

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina**

CECY MARIA LIMA SANTOS

**DURAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
MÃES ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE
DE REFERÊNCIA DE BELO HORIZONTE-MG**

**Belo Horizonte
2009**

CECY MARIA LIMA SANTOS

**DURAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
MÃES ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE
DE REFERÊNCIA EM BELO HORIZONTE-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Dr. Joel Alves Lamounier

Coorientador: Prof. Dr. Francisco José Ferreira da Silveira

**Belo Horizonte
2009**

S237d Santos, Cecy Maria Lima
2009

Duração de aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes atendidas em uma unidade de referência de Belo Horizonte-MG / Cecy Maria Lima Santos. – 2009.

92f.: il.

Orientador: Prof. Joel Alves Lamounier

Coorientador: Francisco José da Silveira

Área de concentração: Saúde da criança e do adolescente.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

1. Aleitamento materno – Duração – Mães adolescentes. 2. Amamentação – Mães adolescentes. I. Lamounier, Joel Alves. II. Silveira, Francisco José da. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. IV. Título.

CDD: 649.33

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof^a. Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Joel Alves Lamounier

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof^a. Maria Aparecida Martins

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Área de Concentração em Pediatria: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof^a. Ivani Novato Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof^a. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a. Regina Lunardi Rocha

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (Representante Discente)

Ao meu marido, pelo incondicional apoio
em todos os momentos da minha
caminhada.

Meus três filhos lindos; Júlia, João Pedro
e Eduardo, que suportaram minha
ausência, ansiedade e impaciência devido
ao momento de trabalho.

A minha Mãe que sempre pedia a Deus
por mim em suas orações!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao Divino Espírito Santo, que sempre ilumina a minha trajetória.

A minha família, pai, mãe, marido e filhos incansáveis incentivadores deste trabalho.

Minhas amigas: Gisele, que me auxiliou neste trajeto final, com muita paciência.

Ângela, que acompanhou toda minha luta, me dando força e conselhos na hora certa! Muito obrigada pelo seu carinho!!

As minhas antigas alunas; Geisy e Michele, que me auxiliaram de alguma forma na minha coleta de dados.

Marco Antônio, professor e amigo no português!!

Meu orientador e amigo Professor Joel Lamounier, pelos ensinamentos e dedicação

Meu coorientador; Francisco, que me apoiou sempre que necessitava!

Aos funcionários da Casa da Criança e do adolescente: Fernando, Virgínia, Magaly, Rosângela, Hilda que me acolheram com carinho e profissionalismo, me fazendo crescer enquanto profissional!

Às mães adolescentes com seus filhos lactentes, que tornaram possível a realização deste trabalho.

RESUMO

Estudos sobre a duração de aleitamento materno exclusivo em adolescentes divulgado na literatura ainda é escassa. Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo, deve ser mantido até o sexto mês e deve ser continuado até os dois anos de idade ou mais, já que é a fonte nutricional adequada para as crianças, beneficiando-a e criando o vínculo mãe-filho, tão importante para esta faixa etária. Este estudo tem como objetivo principal, verificar a duração do aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes, atendidas em uma unidade de referência. Foram avaliadas 103 mães de 12 a 18 anos e 11 meses, por meio de um questionário validado, através de um estudo longitudinal. A duração de aleitamento materno exclusivo encontrada foi de 130 dias. Percebe-se que as mães cujos bebês usam chupeta, têm 1,78 vezes maior risco de pararem de amamentar exclusivamente que as demais. Além disso, aquelas mães que iniciaram o pré-natal aos 4 meses de gestação ou mais tem 1,53 vezes mais risco de pararem de amamentar exclusivamente, que aquelas que iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gravidez. Outros fatores como; fumo, estado civil, tipo de parto, situação sócio econômica entre outros, não obtiveram significância estatística neste estudo, apesar de influenciar indiretamente no tempo de AME. A duração de aleitamento materno exclusivo nesta população, considerando-se a mediana da duração, foi melhor que em estudos citados na literatura, embora ainda abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Portanto, implantação de centros de referência de atendimento ao adolescente é uma estratégia importante e que pode contribuir para promoção e incentivo ao aleitamento materno.

Palavras-chave: Mães adolescentes, aleitamento materno exclusivo, desmame

ABSTRACT

The study about the exclusive breastfeeding period at teenager mothers showed at literature is shorter. It is known that, the exclusive breastfeeding, must to be maintained at least until the first six months of age and must be continuous until two years old or more considering that, this is the adequate nutritional source to the children, which help them to create the vinculum between mother and son, so important to this range of age. This study, target to verify how long the breast feeding is maintained by the teenager mother attended on the reference work. On this study, we have evaluated 103 mothers with age between 12 to 18 years old and 11 months, by using the validated questionnaire, which was done by the longitudinal study. The duration of the exclusive breast feed, was found as been 130 days. During this study, we have observed that, the baby's mothers which use the pacifiers have 1,78 times more change to interrupt the feeding if it's compared to the other's one. Over than that, the mothers which have been started the prenatal by fourth months of gestation have 1,53 times more chance of interrupt the breast feed if compared with the others one which started the prenatal by the third month of gestation. The others factors such as smoking, married stage, kind of delivery, social economic stage between them, didn't have a statistical significance on this study, despite of the influence of this on the period of exclusive breast feeding. The duration of exclusive breastfeeding on this population, considering the average of the duration, was better than the study showed on the literature, despite of lower than the recommendation by WHO. So, the implantation of reference center to attend the teenager is one important strategic which can help the promotion and incentive to the breastfeeding.

Key-words: Teenager mother, exclusive breastfeeding, weaning

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Determinantes Distais.....24
- Figura 2 - Tabela conceitual: Decisão sobre a alimentação da criança de mães adolescentes e práticas de aleitamento materno.....26
- Figura 3 – Tempo médio de duração de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, segundo a idade da mãe28

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias)44
- Gráfico 2 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por sexo do bebê.....44
- Gráfico 3 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por idade da mãe.....45
- Gráfico 4 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por estado civil da mãe.....46
- Gráfico 5 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por tabagismo da mãe47
- Gráfico 6 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por “pai mora na casa”.....48
- Gráfico 7 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por escolaridade do pai49
- Gráfico 8 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por escolaridade da mãe ..50
- Gráfico 9 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por início do pré-natal.....51
- Gráfico 10 – Função de sobrevivência para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por início do pré-natal (teste de log-rank)51
- Gráfico 11 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por hospital de nascimento52
- Gráfico 12 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por tipo de parto53
- Gráfico 13 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo em dias) por hora da primeira amamentação.....54

| | |
|---|----|
| Gráfico 14 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por “recebeu algo a não ser leite materno no hospital” | 55 |
| Gráfico 15 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por pai influenciou na decisão de amamentar | 56 |
| Gráfico 16 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por tempo que deseja continuar amamentando | 57 |
| Gráfico 17 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por idade que o filho deverá receber outro alimento..... | 58 |
| Gráfico 18 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por orientação sobre amamentação no pré-natal..... | 59 |
| Gráfico 19 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por amamentação da avó materna | 60 |
| Gráfico 20 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por uso de chupeta | 61 |
| Gráfico 21 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por sofrer influencia para não amamentar..... | 62 |
| Gráfico 22 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por número de cômodos utilizados para dormir | 63 |
| Gráfico 23 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por renda familiar..... | 64 |
| Gráfico 24 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por baixo peso do bebê ao nascer..... | 65 |
| Gráfico 25 - Função <i>log-survival</i> para as variáveis que permaneceram no modelo final de Cox..... | 67 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses, segundo as capitais brasileiras e DF, 2008.... | 23 |
| Tabela 2 – Caracterização da população estudada, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas (n=103) | 39 |
| Tabela 3 – Caracterização da população em estudo segundo informações sobre filhos anteriores (n=103) | 40 |
| Tabela 4 – Caracterização da população em estudo segundo informações sobre pré-natal e parto (n=103) | 41 |
| Tabela 5 – Caracterização da população em estudo segundo as informações sobre amamentação (n=103)..... | 42 |
| Tabela 6 - Média e mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo (dias) . | 43 |
| Tabela 7 - Mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo (dias) por “recebeu algo a não ser leite no hospital” | 55 |
| Tabela 8 - Mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo (dias) por uso de chupeta..... | 61 |
| Tabela 9 - Modelo final de regressão de Cox buscando fatores associados ao tempo de aleitamento materno exclusivo (n=103) | 66 |

LISTA DE ABREVIATURAS

AM - Aleitamento Materno
AME - Aleitamento Materno Exclusivo
AMP – Aleitamento Materno Predominante
COEP - Comitê de Ética em Pesquisa
FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais
LM – Lactância materna
LME – Lactância Materna Exclusiva
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
TCLE - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF – United Nations Children’s Fund
WHO - World Health Organization.
IAHC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 19 |
| 2.1 Duração da Amamentação | 19 |
| 2.2 Modelo Teórico dos Fatores Associados ao Tempo de Aleitamento Materno | 23 |
| 2.3 Fatores Associados ao Tempo de AME em Mães Adolescentes | 24 |
| 3 OBJETIVOS | 31 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 31 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 31 |
| 4 METODOS | 32 |
| 4.1 Terminologia do Aleitamento Materno | 32 |
| 4.2 Local da Pesquisa | 32 |
| 4.3 Tipo de Estudo | 34 |
| 4.4 Critérios de Inclusão..... | 34 |
| 4.5 Critérios de Exclusão..... | 34 |
| 4.6 Amostra..... | 34 |
| 4.7 Coleta de Dados | 35 |
| 4.8 Processamento e Análise dos Dados | 36 |
| 4.8.1 Caracterização da amostra..... | 36 |
| 4.8.2 Fatores associados ao tempo aleitamento materno exclusivo..... | 36 |
| 4.8.3 Método da revisão bibliográfica | 37 |
| 5 ASPECTOS ÉTICOS | 38 |
| 6 RESULTADOS | 39 |
| 6.1 Características Socioeconômicas e Demográficas da População Estudada | 39 |
| 6.2 Duração do Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo: | 43 |
| 6.2.1 Análise univariada | 44 |
| 6.2.2 Análise multivariada (modelo de Cox) | 65 |

| | |
|--|-----------|
| 7 DISCUSSÃO | 68 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| 9 RECOMENDAÇÕES | 74 |
| REFERÊNCIAS | 75 |
| APENDICE A - Termo de Consentimento..... | 81 |
| ANEXO A - Questionário..... | 83 |
| ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa | 91 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa evolutiva, peculiar ao ser humano, que encerra todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Caracterizada por transformações somáticas, psicológicas e sociais, compreende, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a idade de 10 a 19 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como o período de vida na faixa etária de 10 a 19 anos, que se caracteriza por um rápido e intenso crescimento físico, além de profundas modificações orgânicas e comportamentais (OMS, 1965).

Vários autores têm dedicado especial atenção à adolescência, considerando, geralmente esta etapa da vida como um processo complexo que se desenvolve ao longo de um prolongado período, caracterizado por fenômenos progressivos e regressivos, que atuam alternados ou simultaneamente, abarcando todas as áreas da personalidade. Nessa etapa da vida, as dificuldades são múltiplas porque se dá a elaboração de perdas importantes, assim como a busca do seu próprio eu (VIÇOSA *et al*, 1987).

A modificação dos padrões sexuais, ocorrida a partir da década de 60 provocou um aumento significativo na incidência de gravidez na adolescência, particularmente nos países em desenvolvimento, apesar de um declínio geral das taxas de fecundidade em todo o mundo desde a década de 70, sobretudo devido à inserção da mulher no mercado de trabalho. Contribuíram ainda, para o aumento da incidência de gravidez na adolescência a desinformação, a deficiência, a pouca efetividade dos programas de assistência ao adolescente e o baixo nível sócio-econômico-cultural da população que, em grande parte, são também responsáveis pelos índices alarmantes de gravidez, abortamentos e doenças sexualmente transmissíveis (DST) na adolescência (MONTEIRO *et al*, 1995).

Devido à falta de orientação aos jovens, observa-se cada dia um aumento do número de adolescentes grávidas, chegando a gerar um impacto negativo sobre a condição física, emocional e econômica da adolescente, além de condicionar e

perturbar seu projeto de vida o que leva entre outros a um problema de saúde pública, pois as jovens muitas vezes vão aos centros de saúde devido às complicações da gravidez e do parto, por não terem tido um devido controle durante o pré-natal (ULANOWICZ *et al*, 2006).

Segundo dados do IBGE, em 1980 o Brasil possuía 27,8 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, ou seja, 23% da população total do país. Em 2004 a proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos no Brasil era de 20,6%. Os percentuais variam de acordo com a região: 25,45 na região norte; 23,95 na região Nordeste; 17,7% na região Sudeste; 19,1% na região Sul; 22,15 na região Centro-Oeste (IBGE, 2004).

Estatísticas descritas por López, nos países das regiões da América Latina e no Caribe, apesar de não existir um padrão único das taxas de fecundidade em adolescentes, estima-se que seja de 140 por 1000 nascidos vivos para Nicarágua e algo mais de 40 por 1000 para Cuba e outras ilhas do Caribe. No Paraguai se aproxima de 100 por 1000 e na Venezuela a taxa de fecundidade é de 80 para 1000 nascidos vivos (LÓPEZ, 2005).

Gravidez na adolescência é um problema mundial complexo. O problema das mães adolescentes é reportado pela experiência de uma gravidez carente de cuidados, acarretando bebês prematuros e com baixo peso ao nascer (HOLLINGSWORTH; KREUTNER, 1980). O crescimento e a sobrevivência dessas crianças podem ser comprometidos ainda mais pelo declínio da prática do aleitamento materno. Em adição, mães adolescentes têm normalmente menos conhecimentos e experiências relacionadas às dietas adequadas e gravidez (WHO, 1989). A OMS recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja mantido, até os seis meses de idade da criança, a partir de quando é necessária a introdução de alimentos complementares, concomitante à amamentação, até os 24 meses ou mais (WHO, 2001). Isso ressalva a contribuição do aleitamento materno na redução de “morbi-mortalidade infantil”. Contudo, apesar da excelência do aleitamento materno e da retomada das práticas nos últimos anos, o desmame precoce ainda é bastante freqüente, e os índices de aleitamento observados são inferiores as recomendações oficiais (WHO, 2002). As taxas de

aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Existe estudo mostrando que as mães adolescentes têm maior adesão à amamentação (ROMERO et al, 1983 e 1984); já Valenzuela et al, 1987 em um estudo sobre primeiro ano de vida de filhos de adolescentes, não encontraram diferença entre os grupos.

Um estudo feito por Nelson e Sethi (2005), com o propósito de conhecer experiências sobre amamentação em mães adolescentes do Canadá, confirma o estudo feito por Valenzuela *et al* (1987), em que foram entrevistada 8 mães em idade de 15 a 19 anos, utilizando um questionário demográfico, contendo perguntas sobre decisão para amamentar, aprendizagem sobre aleitamento materno, dificuldades para amamentar e término da amamentação. Os dados foram transcritos, codificados e analisados usando método comparativo. As mães adolescentes, através da entrevista, informaram ser positiva a experiência com amamentação apesar de todas as dificuldades. Os autores concluíram que aparentemente, a experiência da adolescente parece não ser diferente das mães adultas, a não ser pela necessidade de apoio dos profissionais de saúde com relação a amamentação. Esses profissionais devem promover, proteger e dar suporte às mães adolescentes em seu período de amamentação.

Vieira *et al.* (2003), com o objetivo de conhecer a amamentação e alimentação complementar de filhos de mães adolescentes, encontrou que, o tempo de amamentação e o seu padrão foram semelhantes entre os filhos de mães adolescentes e de mães adultas.

Hannon *et al*, (2000) citam que em 1995, nos EUA, apenas 43% das adolescentes iniciavam a amamentação no hospital, comparadas com 62% das mães adultas; e apenas 21% dessas adolescentes continuavam amamentando no 6º mês de idade.

As adolescentes, por sua vez, aliam muitas vezes sua própria insegurança e falta de confiança em si mesmas para prover a alimentação para o seu bebê à falta de

apoio das próprias mães ou familiares mais próximos, ao egocentrismo próprio dessa idade e aos problemas com a autoimagem, alcançando, frequentemente, um menor índice de aleitamento (GIGANTE, VICTORA, BARROS, 2000. FALEIROS, 2006).

O aleitamento materno é a forma de contato íntimo e de proteção entre a mãe e o recém-nascido, com inúmeras vantagens para ambos. O aleitamento materno mostra evidências na promoção da saúde do recém-nascido na forma de proteção e desenvolvimento tanto em relação ao crescimento como na prevenção de doenças e vantagens psico-afetivas, aumentando-lhe a chance de sobrevivência (BERQUÓ, 1986).

As vantagens que o aleitamento materno oferece são indiscutíveis: diminui a incidência de infecções respiratórias, diarreia, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário, morte súbita, diabetes insulino dependente e não insulino dependente, linfomas, leucemia, doença de Hodgkin, excesso de peso, hipercolesterolemia e asma. Além de todas estas associações, foi demonstrado que bebês que amamentam no peito têm melhor desempenho nos testes cognitivos, com significativo aumento na performance do QI (HORWOOD *et al.* 2001).

O reconhecimento que o leite humano não é apenas uma fonte de nutrientes mas também um valioso alimento funcional é cada vez maior, tendo em vista as evidências crescentes dos efeitos fisiológicos benéficos e das repercussões positivas no estado nutricional e saúde no curto e longo prazos (MIRAGLIA DEL GIUDICE; DE LUCA, 2004).

De acordo com a *Declaração de Innocenti, 1990*, para otimizar a saúde e a nutrição materno-infantil, todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida. Até os dois anos de idade, ou mais, mesmo depois de começarem a serem alimentadas adequadamente, as crianças devem continuar sendo amamentadas (OMS/UNICEF, 1990).

Contudo, apesar da excelência do aleitamento materno e da retomada da prática nos últimos anos, o desmame precoce ainda é bastante freqüente e os índices de aleitamento observados são inferiores às recomendações oficiais. (WHO, 2002)

Nos serviços de saúde melhor organizados no Brasil, há grupos de gestantes\puérperas adolescentes, nos quais equipes multiprofissionais trabalham a autoestima dessas adolescentes, incentivando-as a assumir determinadas responsabilidades para consigo e seus bebês, fortalecendo o vínculo mãe-filho e procurando favorecer a amamentação (CHALEM; BOM ÂNGELO, 1996)

Apesar de todos os esforços para incentivar o aleitamento materno em nosso meio, o desmame precoce ainda é um desafio para os profissionais de saúde. A última pesquisa nacional realizada pelo Ministério da saúde, mostra que o tempo médio do período de Aleitamento Materno (AM) no país aumentou um mês e meio: passou de 296 dias em 1999, para 342 dias em 2008, nas capitais e Distrito Federal. O estudo também revelou um aumento do índice de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças menores de quatro meses. Em 1999, era de 35%, passando para 52% em 2008. Outro resultado importante está relacionado com o aumento, em média, de um mês na duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nas capitais e Distrito Federal. Em 1999, a duração do AME era de 24 dias e, em 2008, passou a ser de 54 dias – ou seja, mais que dobrou (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Portanto o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é de fundamental importância para a melhoria dos índices do mesmo. Aumentar a taxa de amamentação exclusiva e a duração mediana de aleitamento materno tem sido um desafio no mundo, e, em especial, no Brasil (ARAUJO *et al.*, 2002).

É importante a implantação de serviços de saúde bem estruturados, com profissionais bem treinados para apoiar a mãe no período da amamentação e principalmente deve ser garantido que a mulher tenha acesso às informações e aos serviços sobre planejamento familiar, permitindo-lhe praticar o aleitamento materno.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Duração da Amamentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno até 2 anos ou mais, sendo exclusivamente até o sexto mês (WHO, 1994).

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 revelou que, apesar de a maioria das crianças brasileiras iniciarem a amamentação, a introdução de outros alimentos era freqüente logo nos primeiros dias de vida. A duração mediana da amamentação estava muito aquém do desejado: 134 dias (LEÃO *et al*, 1989).

Um relatório apresentado pela OMS sobre aleitamento materno em Kosovo, no ano de 1999, envolvendo 900 mulheres, mostrou que: 11% das mães não amamentavam; 35% não amamentavam até os 6 meses; somente 12,2% dos bebês eram amamentados até os 4 meses de idade (UNICEF, 1997); 25% das mulheres não iniciaram a amamentação antes das 24 horas ou mais depois do nascimento dos bebês e deram chás ou água com açúcar até iniciar a amamentação; 68% das crianças em Kosovo recebem leite de vaca diariamente antes de 6 meses. 97% das crianças bebiam chá preto até 12 meses. A alimentação complementar era uma mistura de biscoito com fórmula infantil ou leite de vaca e são introduzidos muito cedo. Até 2 meses de idade 11% dos bebês estão ingerindo esta mistura, até 4 meses 42% e até 6 meses - idade que deveria estar iniciando alimentação complementar- 53% estão recebendo biscoito e leite. Concluíram com este relatório, que deveria haver uma intervenção imediata pela OMS e políticas de incentivo ao aleitamento materno deveriam ser implantadas antes de tudo (HORMAM, 1999).

Quando o aleitamento materno é fortemente inserido na cultura de um povo ou de uma região, esta prática é transmitida de geração a geração e a prevalência do

aleitamento materno é maior. Isso pode ser evidenciado nas populações indígenas, nas quais 100% das mães amamentam, e também em zonas rurais, onde as famílias geralmente são compostas por um grande número de membros, o que possibilita às filhas ver e participar dos momentos em que suas mães amamentam. Acredita-se que a aceitação universal da amamentação deveu-se mais as questões de tradição do que ao conhecimento das vantagens do leite do peito. Por esse motivo, há um grande receio de que o desejo de amamentar tenha se desgastado, e para reverter essa tendência é necessário ensinar as vantagens da amamentação nas escolas, nas comunidades, na sociedade em geral, como parte de um processo educativo, até que essa prática seja resgatada pela cultura (VITOLLO, 2008).

Em Santiago, Chile, um estudo sobre as características de filhos menores de um ano, de mães adolescentes, atendidos em um consultório de adolescência da maternidade, em São Joaquín Aguirre, encontrou recém nascidos com peso e apgar favoráveis, 41% de patologias predominantemente de pouca gravidade; 93,5% em estado normal de nutrição e a amamentação exclusiva acontecia nos três primeiros meses de vida (ROMERO *et al*, 1984). Concluíram que o apoio da família é importante, especialmente da mãe da adolescente e que é preciso continuar mantendo estudos de seguimento de filhos de mães adolescentes a fim de conhecer seus riscos e estabelecer medidas de controle (ROMERO *et al.*, 1984).

Galaz Letelier *et al.* (1994); também em Santiago do Chile, estudou fatores que influenciavam a lactação de filhos de primíparas precoces, em idade de 18 anos ou menos, aplicando uma entrevista estruturada através de visitas domiciliares às mulheres durante os meses de junho e julho de 1994. O principal objetivo foi conhecer alguns fatores sociais, econômicos, biológicos e psicológicos que poderiam influir o tipo de lactação que recebem as crianças de 4 meses de idade. Algumas das conclusões encontradas foram: a idade, no momento do parto dessas mães adolescentes variou entre 16 e 18 anos, com uma média de 17,4 anos de idade. Em relação às variáveis, encontraram que o tipo de lactação predominante foi a mista, incorporando precocemente (antes dos treze dias de vida) à alimentação de seus filhos, água na mamadeira. Destacou-se que

somente quatro das 15 mulheres davam leite materno exclusivo a seus filhos de 4 meses de idade, mostrando, portanto, que essas primíparas possuem um déficit de conhecimento relacionado à alimentação de seus filhos no primeiros meses de vida.

Passos *et al* (2000), estudaram práticas de amamentação em 229 crianças no município de Ouro Preto-M.G. com o objetivo de conhecer a frequência e a duração mediana das práticas de aleitamento materno em crianças de 0-24 meses naquele município. A duração mediana da amamentação foi de 198 dias, sendo de 71 dias para a amamentação exclusiva somada à predominante e de 17 dias para a amamentação exclusiva (PASSOS *et al*, 2000).

Em um estudo feito por Venancio *et al*, (2002) sobre frequência e determinantes do Aleitamento Materno em 84 municípios do Estado de São Paulo, apenas 27 municípios (32%) apresentaram prevalência de AME superior a 20%, enquanto a prevalência de AMP, superior a 20% alcançou 72 municípios estudados (85,7%) (VENANCIO *et al.*, 2002).

Niquini *et al.* (2002) por meio de um estudo transversal avaliaram 1.057 mães de crianças menores de seis meses, das quais 819 tinham idade menor ou igual a 20 anos. Este estudo teve como objetivo, conhecer os fatores associados à introdução precoce de leite artificial, tendo encontrado que as mulheres, menores de vinte anos (adolescentes), com companheiro, têm maior probabilidade de introduzir leite artificial precocemente.

Em outro estudo transversal com mulheres pobres de quatro cidades de Colômbia, identificando fatores associados ao aleitamento materno exclusivo, obteve-se uma média de 4 meses em todas as cidades, sendo que na cidade de Medellín, o tempo foi maior (4,5 meses), justificado pela mãe ter tido mais de cinco controles médicos durante a gravidez e ter sido assistida depois do parto (GARCÍA; ACOSTA-RAMÍREZ; 2008).

Donath e Amir (2005) realizaram uma pesquisa com 1883 crianças em idade abaixo de três anos. O objetivo desse estudo foi estimar a média de aleitamento

materno e a introdução de alimentos sólidos em crianças Australianas, no período de 1998-2001. Encontrou-se o seguinte resultado: 83,3% das crianças foram amamentadas: 64,3% até 13 semanas pós parto, 49% até 25 semanas e 24,9% continuaram amamentar até uma ano de idade. 18,4% das crianças receberam aleitamento materno exclusivo até as 25 semanas e os alimentos sólidos foram oferecidos regularmente em 15,2% das crianças até 13 semanas e 88,0% até 26 semanas. Concluiu-se que menos de 25% das crianças estão recebendo aleitamento materno até os 6 meses e muito poucas crianças Australianas estão sendo amamentadas exclusivamente.

Na II pesquisa de prevalência de aleitamento materno feita em 2008, nas regiões brasileiras, foram coletados dados de 34.853 crianças, sendo que, 469 (1,3%) foram excluídas da análise por falta de informação sobre data de nascimento e 18 (0,05%) por inconsistência na idade, com o objetivo de conhecer a alimentação em menores de 1 ano, Obtiveram o seguinte resultado quanto à duração do AME:

A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF. Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumentos mais expressivos nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. A comparação do percentual de crianças entre 9 e 12 meses amamentadas, entre 1999 e 2008, também mostrou aumento no conjunto das capitais brasileiras e DF, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008.

A Tabela 1 mostra a prevalência de AME para o total de crianças menores de 6 meses (180 dias) segundo capitais e DF, regiões e no conjunto da amostra de crianças nesta faixa etária que participaram da pesquisa. 2008.

Tabela 1 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses, segundo as capitais brasileiras e DF, 2008

| Capital | Região AME (%) | IC 95% |
|---------------------|----------------|--------------------|
| NORTE | 45,9 | 42,9 - 49,0 |
| Belem | 56,1 | 50,2 - 61,9 |
| Macapa | 43,1 | 39,1 - 47,1 |
| Manaus | 41,1 | 37,4 - 44,9 |
| Boa Vista | 40,7 | 35,8 - 45,7 |
| Porto Velho | 36,4 | 31,1 - 42,1 |
| Rio Branco | 36,1 | 29,0 - 43,8 |
| Palmas | 35,7 | 30,3 - 41,4 |
| NORDESTE | 37,0 | 35,0 - 39,0 |
| Sao Luis | 46,7 | 40,3 - 53,1 |
| Teresina | 43,7 | 38,4 - 49,3 |
| Natal | 40,5 | 36,7 - 44,4 |
| Joao Pessoa | 39,1 | 35,4 - 42,9 |
| Recife | 38,3 | 32,7 - 44,2 |
| Salvador | 36,5 | 32,3 - 40,9 |
| Aracaju | 35,0 | 29,0 - 41,5 |
| Maceio | 34,0 | 28,8 - 39,5 |
| Fortaleza | 32,9 | 29,0 - 37,0 |
| CENTRO-OESTE | 45,0 | 42,2 - 47,9 |
| Campo Grande | 50,1 | 44,7 - 55,4 |
| Distrito Federal | 50,0 | 45,8 - 54,2 |
| Goiania | 32,7 | 29,5 - 36,0 |
| Cuiaba | 27,1 | 22,3 - 32,6 |
| SUDESTE | 39,4 | 36,5 - 42,3 |
| Vitoria | 44,0 | 39,8 - 48,3 |
| Rio de Janeiro | 40,7 | 37,3 - 44,2 |
| São Paulo | 39,1 | 35,0 - 43,3 |
| Belo Horizonte | 37,9 | 33,2 - 42,9 |
| SUL | 43,9 | 41,1 - 46,7 |
| Florianopolis | 52,4 | 47,9 - 56,9 |
| Curitiba | 46,1 | 41,6 - 50,6 |
| Porto Alegre | 38,2 | 35,2 - 41,3 |
| BRASIL | 41,0 | 39,7 - 42,4 |

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2009.

2.2 Modelo Teórico dos Fatores Associados ao Tempo de Aleitamento Materno

Vários estudos brasileiros identificaram determinantes da interrupção precoce do AME, tais como: uso da chupeta, baixa escolaridade, idade materna, fatores sócio econômicos, primíparas, cesárea e conselho das avós da criança para a utilização de suplementos, entre outros (FRANÇA, 2008).

Os determinantes distais estão relacionados a variáveis socioeconômicas, já os determinantes intermediários são mais relacionados a condições do ambiente, da doença e a condições de saneamento e higiene. Por último, os determinantes proximais, que são os relacionados às características biológicas e comportamentais próprias do indivíduo (VICTORA *et al*, 1997).

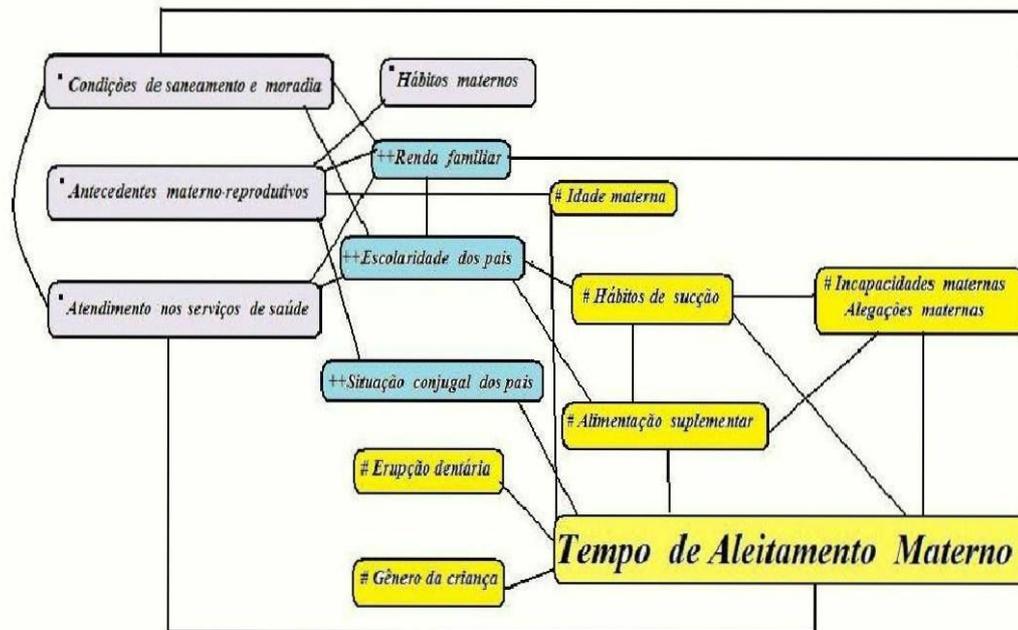


Figura 1- Determinantes Distais

Fonte: Victora *et al*, 1997

- Fatores Associados ao Tempo de Aleitamento Materno
- # Determinantes Proximais.
- ++ Determinantes Intermediários

2.3 Fatores Associados ao Tempo de AME em Mães Adolescentes

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, outros se referem à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores

circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida (FALEIROS *et al*, 2006). No caso dos estudos sobre amamentação, o tempo de aleitamento materno e os fatores de risco relacionados são monitorados periodicamente até a ocorrência do desfecho, nesse caso a interrupção do aleitamento materno (SANTOS NETO, 2007).

Desde os anos 80, já existiam os problemas de saúde dos adolescentes, a presença de mães jovens que acompanham seus filhos durante os dias de internação em unidades de saúde, a procura de soluções para saúde destes. Estas mães, menores de 20 anos, solteiras em sua maioria e com escassos recursos socioeconômicos. Nascida a criança, a adolescente deve assumir o papel de pai e mãe, se sustentar economicamente e enfrentar os problemas de saúde e enfermidade do seu filho sozinha, contando com pouca ou nenhuma ajuda social. Esta situação influi na criança: A falta do pai, de controle do crescimento e desenvolvimento, a incompleta imunização, a amamentação insuficiente, tudo isto se manifesta mais tarde na capacidade escolar (PRIETO DE SOSA, 1988).

Galaz -Letelier *et al* (1994) com o objetivo de conhecer os fatores que influem na lactação em filhos de primíparas jovens, realizou um estudo descritivo, através de entrevista estruturada, aplicada a mães com idade de 18 anos ou menos. No momento da entrevista, mais da metade das mães se encontravam casadas no momento do nascimento do seu filho. Das análises das variáveis, encontrou-se que a prática de aleitamento mais frequente foi a lactação mista, incorporando precocemente (antes dos treze dias de vida) à alimentação de seus filhos água na mamadeira. Concluiu-se com este estudo, que existe um déficit de conhecimento sobre as primíparas jovens e que o estado civil das delas não interferiu.

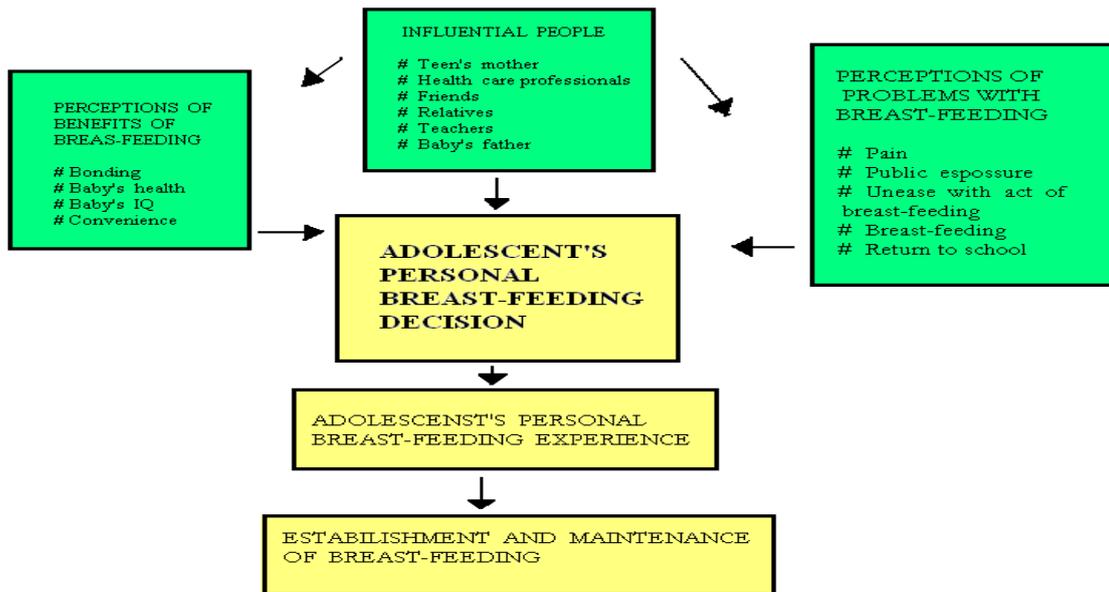


Figura 2 - Tabela conceitual: Decisão sobre a alimentação da criança de mães adolescentes e práticas de aleitamento materno.

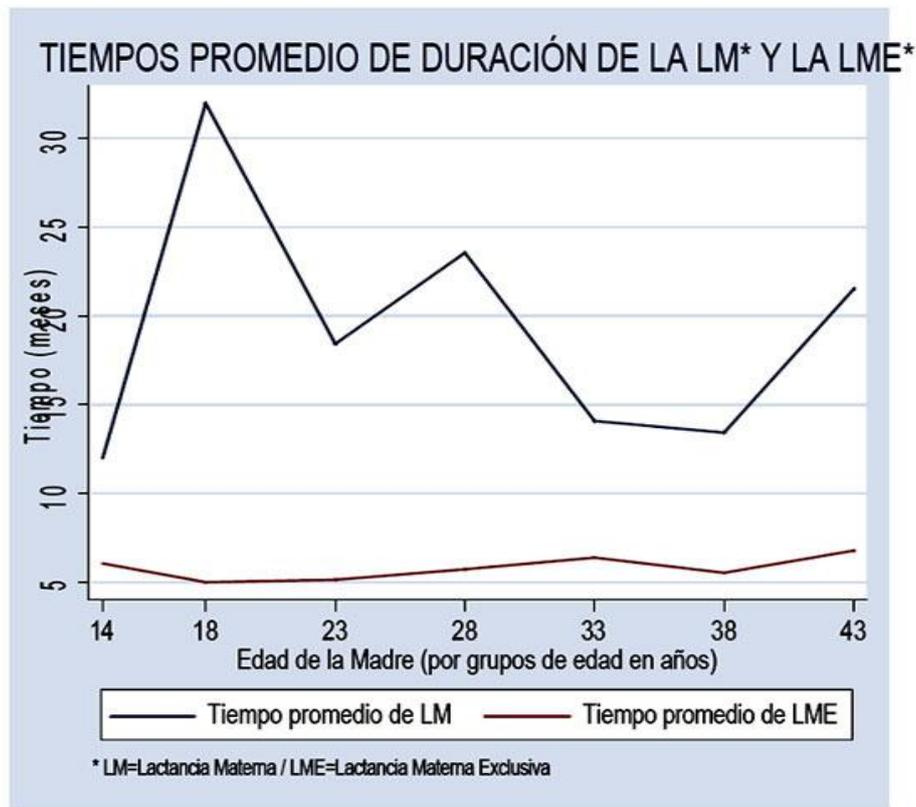
Fonte: Hannon *et al*, 2000

Um estudo qualitativo, usando entrevista semiestruturada, com 35 mulheres latinas e garotas afro-americanas, com idade entre 12 e 19 ,realizado em Chicago, com o objetivo conhecer sobre a prática do aleitamento, encontrou que a adolescentes tem decidido não amamentar, discutindo o benefício e questionando a validade dele. Estas adolescentes mostraram que recebem influencias de outras mães adolescentes sobre a escolha do alimento para o seu filho. A decisão de amamentar é um processo dinâmico. Nesse estudo, cada adolescente evoluiu com a própria percepção sobre os benefícios e os riscos da amamentação e a decisão de continuar ou não amamentando. No período imediatamente pós-parto, as expectativas das adolescentes evoluíram de acordo com a própria experiência (HANNON *et al*, 2000).

A gravidez, entre garotas adolescentes, é de quase um milhão em cada ano nos Estados Unidos. Dados correntes do National Survey of Family Growth (US Department of Health and Human Services, 1997 in Harner, 2004) apontam que 36% das novas mães de idade menor ou igual a 20 anos amamentam seus recém- nascidos com uma duração média de 17,5 semanas. Em contraste, 63% das novas mães, em idade maior ou igual a 25 anos, amamentam seus recém-nascidos com uma duração média de 31.5 semanas.

Um estudo feito em Al-Ain, United Arab Emirates, 1999, com o objetivo de conhecer as práticas de aleitamento materno de 375 mães, com idade entre 15 e 45 anos e de nacionalidades diferentes, mostrou que 46% das crianças foram amamentadas por 4 a 6 meses. As nacionalidades das mães e seus níveis educacionais foram significativamente influenciados pela decisão de amamentar. A maioria das mães que amamentaram por 9 meses não recebeu orientações sobre amamentação. Entretanto, o nível educacional, tempo que trabalha ou não, e idade das mães não influenciaram significativamente na decisão para amamentar exclusivamente ou não (OSMAN, 1999).

Na Espanha, um estudo de corte transversal descritivo foi feito durante o segundo semestre de 2005 no setor Las Marías, município de Girón, para estudar conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres em idade fértil. Convidaram para participar desse estudo 96 mulheres em idade fértil: 14 a 46 anos de idade. Aplicou-se uma entrevista estruturada às participantes do estudo, efetuada por estudantes do último período do curso de Nutrição e Dietética da Universidade Industrial de Santander, previamente treinados. As entrevistas continham dados sociodemográficos e econômicos, conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com leite materno. Considerou-se como prática de aleitamento materno exclusivo aquela em que as mães ofereciam a seus filhos unicamente leite materno durante os seis primeiros meses de vida, sem agregar nenhum outro tipo de alimento. 11,5% das participantes procediam de área rural e 24,0% das entrevistadas tinham idade menor ou igual a 20 anos. A Figura. 3 mostra o tempo médio de LM e LME em relação à idade das mães (GAMBOA, 2008).



* LME: Lactancia Materna Exclusiva / LM: Lactancia Materna

Figura 3 – Tempo médio de duração de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, segundo a idade da mãe

Fonte: Gamboa, 2008

Os resultados desse estudo permitiram identificar, além dos aspectos críticos quanto ao manejo e as dificuldades que as mães apresentam durante a lactação, que o tempo de LM apresenta grandes variações com relação à idade da mãe e o tempo de LME não apresentou grandes variações (GAMBOA, 2008).

A percepção e o conhecimento das adolescentes, frente ao aleitamento materno, devem ser trabalhadas desde o período escolar, pois, se neste período as crianças recebessem informações adequadas sobre o aleitamento materno, quando chegassem a ser mães, as meninas possivelmente estariam mais motivadas a amamentar seu filhos e os meninos mais aptos a apoiar a decisão materna. Foi o que verificaram Nakamura *et al*, 2003, ao estudar percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. Aplicou-se um

questionário estruturado á 346 meninas da 4ª à 8ª série de uma escola particular, com alunos de alto poder aquisitivo, e a outra escola pública com alunos de nível social baixo. As meninas de ambos os extratos sociais sabe que o leite materno é a melhor dieta que um bebê deve receber no primeiro ano de vida. Notou-se, no entanto, que existem muitos aspectos que devem ser esclarecidos e ensinados. A maioria das meninas não dá de mamar para as bonecas e teria vergonha de amamentar em público, indicando que o ato de amamentar não é considerado uma atitude perfeitamente natural para as meninas. Além disso, as bonecas continuam vindas com mamadeira. Outro ponto relevante é que a importância do aleitamento materno exclusivo não está incorporada no conhecimento da maioria dessas meninas, e que o oferecimento de água, de chá e de sucos é ainda considerada por elas práticas adequadas. Ficou-se portanto, a importância desse aprendizado sobre aleitamento materno no período escolar.

Para comparar o conhecimento sobre amamentação entre mães adolescentes e adultas, foi feito um estudo transversal realizado por meio de questionário aplicado a mães, no Hospital Maternidade Santa Izabel, Bauru (SP). Foram estudadas 61 puérperas até 29 dias pós-parto, destas, 18 (29,5%) eram adolescentes primigestas (grupo 1), 1, 23 (37,7%) adultas primigestas (grupo 2) e 20(32,8%) adultas multíparas(grupo 3), a média da idade das puérperas foi de 17,3 no grupo 1, 23,6 no grupo 2 e 26,7 grupo 3. A idade dos neonatos, no dia da entrevista variou de 5 a 29 dias. Todas as puérperas relataram ter feito o pré-natal, mas apenas 10 mães disseram ter recebido orientações quanto a vantagens e condutas facilitadoras para o aleitamento materno neste período. Quanto à importância do preparo da mama, 45 mães não receberam informações em nenhum período, 12 foram orientadas no pré-natal por profissionais de saúde ou familiares e 4 apenas no puerperio. Em torno de 80% das puérperas ignoravam a importância da amamentação no desenvolvimento da fala, sendo o desconhecimento maior no grupo das adolescentes. O grau de conhecimento sobre a amamentação foi baixo nos três grupos de mães, mostrando a necessidade de atuação de equipes profissionais com o objetivo de promover o aleitamento materno (SAES *et al*, 2006).

Ao estimar a prevalência de amamentação entre mães adolescentes (menores de 20 anos de idade) e não-adolescentes aos seis meses de vida da criança e identificar fatores associados ao desmame, Frota e Marcopito (2004) realizaram um estudo transversal por amostragem, com entrevista estruturada e retrospectiva aplicada no domicílio a 237 mães adolescentes e 239 não adolescentes residentes na cidade de Montes Claros- MG, seis meses após a data do parto. A prevalência de amamentação aos seis meses de vida foi de 71,3% entre as mães adolescentes e 77,4% entre as não adolescentes. Os resultados aqui obtidos, no entanto, sugerem que a maternidade na adolescência tem peculiaridades que a tornam um objeto especial e complexo de estudo – a julgar pelas interações observadas só nessa faixa etária. O estado conjugal teve influência diferente sobre o desmame em mães adolescentes. As análises bivariadas e multivariadas mostraram que, em mães adolescentes, a existência de vida conjugal favoreceu o desmame. As mães adolescentes que tinham só estudo como atividade após o parto apresentaram maior proporção de desmame até o sexto mês de vida da criança. Os resultados mostraram que a assistência pré-natal, com orientações sobre amamentação e o alojamento conjunto, protegeram contra o desmame precoce, independentemente da categoria de idade da mãe (se adolescente ou adulta). No entanto, existência de vida conjugal e "só estudo" como atividade fora do lar nos primeiros seis meses foram fatores associados a desmame apenas em mães adolescentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer a situação da prática do aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes acompanhadas no período de 6 meses pós-parto, em uma unidade de referência para atendimento de adolescentes de Belo Horizonte- MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar a duração e a prevalência do aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes.
- Avaliar os conhecimentos das mães adolescentes em relação ao aleitamento materno.
- Identificar alguns fatores associados à duração do aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes.

4 METODOS

4.1 Terminologia do Aleitamento Materno

Para as práticas de aleitamento materno, foram adotadas as terminologias da OMS. (WHO,1991):

Aleitamento materno exclusivo: Quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas de xarope de vitaminas, minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante: Quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, tais como sucos e chás e soro de reidratação oral.

Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado na unidade de referência “Casa da Criança e do Adolescente”, que é um serviço de atendimento integral à saúde da criança e do

adolescente, localizada na área do Hospital Júlia Kubitschek, na região do Bairro Milionários, cidade de Belo Horizonte -MG, tendo iniciado em setembro de 2006 e terminado em dezembro de 2008. Essa unidade pertence à rede Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG).

As ações básicas do programa dessa unidade fundamentam-se em políticas de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação, ações estas de cunho educativo e participativas, assegurando apropriação, por parte dos adolescentes, de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde. Áreas prioritárias de atenção:

- Crescimento e desenvolvimento
- Sexualidade
- Saúde bucal
- Saúde mental
- Saúde reprodutiva
- Saúde do escolar adolescente
- Incentivo ao aleitamento materno para mães adolescentes
- Prevenção de acidentes.

A Casa da Criança e do Adolescente do Hospital Júlia Kubitschek atende uma média de 5 mães adolescentes por semana, realizando o serviço de puericultura dos seus filhos. São mães encaminhadas por médicos de outras unidades de saúde, Espaço Mulher (atividade desenvolvida dentro do pré-natal do HJK) e pela procura espontânea da comunidade. Estas mães normalmente residem no bairro Milionário e adjacências.

A Casa da Criança conta com uma equipe, que inclui os seguintes profissionais: psicólogos, médicos especialistas em adolescente e pediatria, dentista, assistência social, duas auxiliares administrativas, sendo que uma faz o trabalho de técnica de horticultura e jardinagem.

4.3 Tipo de Estudo

Estudo do tipo longitudinal e observacional, que constará no seguimento de mães adolescentes durante os 6 primeiros meses de amamentação e ou até introdução de alimentação complementar.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo todas as crianças filhas de mães adolescentes acompanhadas pelo programa de atendimento integral e que estivessem amamentando no momento da primeira consulta.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as crianças de “mães não biológicas” e de mães impossibilitadas de amamentar por motivo de saúde ou aquelas que não aceitaram participar por algum motivo da pesquisa.

4.6 Amostra

O cálculo amostral foi baseado nos seguintes parâmetros:

- Prevalência de aleitamento materno na população geral- 20%
- Total de mães atendidas no serviço- 25/mês
- Nivel de significância- 5% (erro tipo I)
- Poder da amostra- 90%(erro tipo II)
- Margem de erro- 10%

Com esses parâmetros, o n estimado foi de 16 pacientes/mês. Logo, deverão ser avaliadas 2 mães por dia, dando um total de 96 mães, segundo procedimento para coleta de dados.

4.7 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no mesmo dia e no mesmo horário da puericultura das crianças, todas as quartas-feiras, no horário de 8h30min, tendo início em setembro de 2006 e término em dezembro de 2008. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário validado (SILVEIRA, 2006).

O questionário tinha as seguintes informações (Anexo A):

- Dados sócioeconômicos e culturais.
- Dados sobre a utilização dos serviços de saúde (pré-natal, parto, puerpério).
- Conhecimentos sobre aleitamento materno.
- Frequência do aleitamento materno (aleitamento materno exclusivo, predominante, misto, total e alimentação complementada).
- Saúde da criança.
- Saúde materna.

Esse questionário foi aplicado na data da primeira consulta da criança na unidade. Posteriormente, com periodicidade mensal, as mães foram inquiridas sobre a permanência ou não do aleitamento materno e a introdução de outros alimentos, também dentro da unidade, utilizando o seguinte questionamento: “ *Desde ontem, nesta mesma hora, qual foi a alimentação que seu filho recebeu?*”, evitando assim possível indução de resposta.

Foram feitos contatos telefônicos com as mães para a obtenção de alguns dados, quando não houve retorno da mãe na unidade. O acompanhamento foi feito até o

sexto mês de vida da criança e/ou até quando ocorreu o desmame. Os questionários foram aplicados pela pesquisadora.

4.8 Processamento e Análise dos Dados

4.8.1 Caracterização da amostra

Inicialmente foi feita uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis categóricas foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Já para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

Algumas variáveis contínuas foram categorizadas, utilizando, como ponto de corte, a mediana para facilitar as análises.

4.8.2 Fatores associados ao tempo aleitamento materno exclusivo

Para se analisar o tempo até o término do aleitamento materno exclusivo nas mães estudadas e comparar possíveis fatores associados a esse evento, foi utilizada a metodologia de análise de sobrevivência. Essa é uma técnica empregada quando se deseja estudar o tempo até a ocorrência do evento de interesse (nesse caso o término da amamentação exclusiva). Nesse tipo de análise, a principal característica é a presença de censura, que é a observação parcial da resposta. Isto é, por alguma razão, o acompanhamento do paciente é interrompido. Nesse estudo, as censuras ocorreram porque as mães não retornaram para novas avaliações. O método de análise de sobrevivência possibilita incorporar na análise estatística a informação contida nos dados censurados.

Para análise dos dados em questão, foi utilizado o método de Kaplan-Meier para construção da curva de sobrevida (forma de análise univariada) e teste de Log-Rank para comparação de grupos.

Na análise multivariada, para estimar os riscos relativos (*hazard ratios*), foi utilizado o modelo de regressão de Cox. Para entrada das variáveis preditoras no modelo de Cox, utilizou-se um p-valor de 0,25 e para permanência da variável no modelo final foi adotado um nível de 5% de significância.

A suposição de riscos proporcionais do modelo de Cox foi testada para as variáveis que permaneceram no modelo final por meio do gráfico do logaritmo da função de sobrevida (*log-survival*).

Foi utilizado o software SPSS 15.0 na execução das análises.

4.8.3 Método da revisão bibliográfica

A revisão foi elaborada com artigos publicados em periódicos indexados nas seguintes bases eletrônicas: MEDLINE, LILACS e COCHRANE (www.nlm.nih.gov). ADOLEC - Saúde na Adolescência BDEF - Base de Dados de Enfermagem PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde OMS e PUBMED.

Foram também incluídos publicações em livros de aleitamento materno, Pediatria, Nutrição, Banco de Teses e Dissertações da CAPES.

O período de revisão foi de 1984 a 2009 e compreendeu publicações em língua portuguesa, e espanhol. Foram Consideradas os unitermos: *Breastfeeding, adolescent, lactation, educational status, marital status, father, prenatal*.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pela Câmara Departamental e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG)- (ANEXO B) Obtiveram-se os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos responsáveis pelas crianças estudadas (APÊNDICE A).

Após resultado, os dados do estudo serão repassados ao local onde as mães e crianças foram acompanhadas (Centro de referência da criança e do adolescente do Hospital Júlia Kubistchek.) e para outros órgãos governamentais ligados ao atendimento a saúde de mães adolescentes.

6 RESULTADOS

6.1 Características Socioeconômicas e Demográficas da População Estudada

Foram estudadas 103 mães com idade entre 10 e 18 anos e 11 meses e 29 dias de idade. A Tabela 2 mostra que 91,3% das mães estudadas eram da região de Belo Horizonte, e tinham médias e mediana de idade em torno de 17 anos. Os bebês dessas mães eram em sua maioria do sexo feminino (50,5%), mesmo percentual de mães casadas ou vivendo em união estável. Apenas 13,6% das mães relataram fumar e o ensino fundamental foi a escolaridade de 55,3% das mães. O pai não morava na casa na maioria dos casos (53,4%) o grau de escolaridade mais freqüente entre eles foi o primeiro grau (49,5%). As, características socioeconômicas, mostra que 63,7% das mães utilizam em casa apenas 1 ou 2 cômodos para dormir e a renda familiar mediana é de cerca de 1 salário mínimo.

Tabela 2 – Caracterização da população estudada, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas (n=103)

| | Freqüência | Percentual |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Área de residência | | |
| Belo Horizonte | 94 | 91,3 |
| Contagem | 4 | 3,9 |
| Esmeralda | 1 | 1,0 |
| Ibirité | 3 | 2,9 |
| Mário Campos | 1 | 1,0 |
| Sexo do bebê | | |
| masculino | 51 | 49,5 |
| feminino | 52 | 50,5 |
| Idade da mãe | | |
| 12 | 2 | 1,9 |
| 14 | 6 | 5,8 |
| 15 | 11 | 10,7 |
| 16 | 21 | 20,4 |
| 17 | 53 | 51,5 |
| 18 | 10 | 9,7 |
| Média | 16,4 | |
| Mediana | 17,0 | |
| Desvio padrão | 1,2 | |
| Estado marital | | |

| | | |
|---|---------|------|
| Solteira | 51 | 49,5 |
| Casada/vive junto | 52 | 50,5 |
| Mãe fuma | | |
| Sim | 14 | 13,6 |
| Não | 89 | 86,4 |
| Escolaridade da mãe | | |
| 1º grau | 57 | 55,3 |
| 2º grau | 46 | 44,7 |
| Pai vive junto | | |
| Não | 55 | 53,4 |
| Sim | 48 | 46,6 |
| Escolaridade do pai* | | |
| Analfabeto | 1 | 1,1 |
| 1º grau | 46 | 49,5 |
| 2º grau | 45 | 48,4 |
| Superior | 1 | 1,1 |
| Nº compartimentos usados para dormir | | |
| 1 ou 2 | 65,00 | 63,7 |
| 3 ou mais | 37,00 | 36,3 |
| Renda familiar | | |
| Média | 663,84 | |
| Mediana | 479,50 | |
| Desvio padrão | 519,71 | |
| Mínimo | 0,00 | |
| Máximo | 2129,00 | |

*10 casos (9,7%) sem informação

De acordo com a Tabela 3, apenas 6,8% das mães tiveram outros filhos nascidos vivos e uma mãe (1%) teve um filho anterior nascido morto. A prevalência de aborto nessas mulheres foi de 7,8%.

Tabela 3 – Caracterização da população em estudo segundo informações sobre filhos anteriores (n=103)

| | Frequência | Percentual |
|---|-------------------|-------------------|
| Nº filhos anteriores (nascidos vivos) | | |
| 0 | 96 | 93,2 |
| 1 | 6 | 5,8 |
| 2 | 1 | 1,0 |
| Nº filhos anteriores (nascidos mortos) | | |
| 0 | 102 | 99,0 |
| 4 | 1 | 1,0 |
| Já teve aborto | | |
| Sim | 8 | 7,8 |
| Não | 95 | 92,2 |
| Nº abortos espontâneos | | |
| 0 | 97 | 94,2 |
| 1 | 5 | 4,9 |
| 2 | 1 | 1,0 |

| Nº abortos provocados | | |
|------------------------------|-----|------|
| 0 | 102 | 99,0 |
| 1 | 1 | 1,0 |

A Tabela 4 mostra que 69,7% das mães iniciaram o pré-natal do 1º ao 3º mês de gravidez e em 97,1% dos casos o parto foi feito por um médico. Na maior parte dos casos o parto foi normal (73,8%) e realizado no Hospital JK (83,5%). O peso médio e mediano do bebê ao nascer foi em torno de 3kg e 69,7% dos bebês ficaram com a mãe na 1ª hora de vida.

Tabela 4 – Caracterização da população em estudo segundo informações sobre pré-natal e parto (n=103)

| | Frequência | Percentual |
|--|-------------------|-------------------|
| Em que mês iniciou o pré-natal* | | |
| 1º ao 3º mês | 68 | 68,7 |
| 4º mês em diante | 31 | 31,3 |
| Média | 3,2 | |
| Mediana | 3,0 | |
| Desvio padrão | 1,6 | |
| Quem fez o parto? | | |
| Médico | 100 | 97,1 |
| Outro | 3 | 2,9 |
| Como foi o parto? | | |
| normal | 76 | 73,8 |
| fórceps | 2 | 1,9 |
| cesariana | 25 | 24,3 |
| Hospital de nascimento | | |
| HJK | 86 | 83,5 |
| outros | 17 | 16,5 |
| Peso do bebê ao nascer (gramas) | | |
| Média | 3019 | |
| Mediana | 3050 | |
| Desvio padrão | 480 | |
| Mínimo | 1855 | |
| Máximo | 4530 | |
| A que horas após o nascimento a criança ficou com a mãe?* | | |
| 1ª hora | 69 | 69,7 |
| Depois da 1ª hora | 30 | 30,3 |

*4 casos (3,9%) sem informação

A Tabela 5 mostra que 34% das crianças receberam algo a não ser leite materno (água ou outro leite) no hospital. 57,8% das mães relataram que receberam orientação sobre amamentação no pré-natal. A maioria das mães amamentou com menos de 1 hora após o nascimento do filho (67%) e relataram que o pai influenciou favorável na decisão de amamentar (79,6%). Em 17,5% dos casos

houve relato de que alguém influenciou a mãe a não amamentar, sendo entre esses avós, tia, vizinhos ou outro. 46,6% das mães disseram que seu filho deverá receber outro alimento após 6 meses e a grande maioria (98,1%) deseja continuar amamentando. Em 70,6% dos casos a avó materna amamentou seus filhos e apenas 26,2% usavam chupeta.

Tabela 5 – Caracterização da população em estudo segundo as informações sobre amamentação (n=103)

| | Frequência | Percentual |
|--|------------|------------|
| A criança recebeu algo a não ser leite materno no hospital?* | | |
| Sim | 35 | 34,0 |
| Não | 68 | 66,0 |
| O que recebeu? | | |
| água | 3 | 8,6 |
| outro leite | 32 | 91,4 |
| Recebeu alguma orientação sobre amamentação no pre-natal? | | |
| Sim | 59 | 57,8 |
| Não | 43 | 42,2 |
| Com quantas horas de vida a criança mamou no peito a primeira vez?* | | |
| Menos de 1 hora | 65 | 67,0 |
| Mais de 1 hora | 32 | 33,0 |
| Pai influenciou favorável na decisão de amamentar? | | |
| Sim | 82 | 79,6 |
| Não | 21 | 20,4 |
| Alguma pessoa influenciou você a não amamentar? | | |
| não | 85 | 82,5 |
| avó | 2 | 1,9 |
| tia | 1 | 1,0 |
| vizinho | 4 | 3,9 |
| outro | 11 | 10,7 |
| Com qual idade seu filho deverá receber outro alimento? | | |
| 1 a 6 meses | 43 | 41,7 |
| depois de 6 meses | 48 | 46,6 |
| não sabe | 12 | 11,7 |
| Deseja continuar amamentando? | | |
| Sim | 101 | 98,1 |
| Não sabe | 2 | 1,9 |
| Avó materna amamentou os filhos? | | |
| Sim | 72 | 70,6 |
| Não | 17 | 16,7 |
| Não sabe | 13 | 12,7 |
| Usa chupeta ou bico? | | |
| Sim | 27 | 26,2 |
| Não | 76 | 73,8 |

*3 casos (2,9%) sem informação

**6 casos (5,8%) sem informação

6.2 Duração do Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo:

De acordo com a Tabela 6 e o Gráfico 1 (função de sobrevivência), os tempos médio e mediano de aleitamento materno exclusivo foram de aproximadamente 130 dias (4,3 meses). O intervalo de confiança para a mediana do tempo de aleitamento materno variou entre 122 e 150 dias (4,1 a 5 meses).

Tabela 6 - Média e mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo (dias)

| Média | | | | Mediana | | | |
|--------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------|-----------------|-----------------|
| Estimativa | Erro-padrão | IC 95% | | Estimativa | Erro-padrão | IC 95% | |
| | | Limite inferior | Limite superior | | | Limite inferior | Limite superior |
| 127,6 | 6,0 | 115,8 | 139,4 | 131,0 | 9,7 | 111,9 | 150,1 |

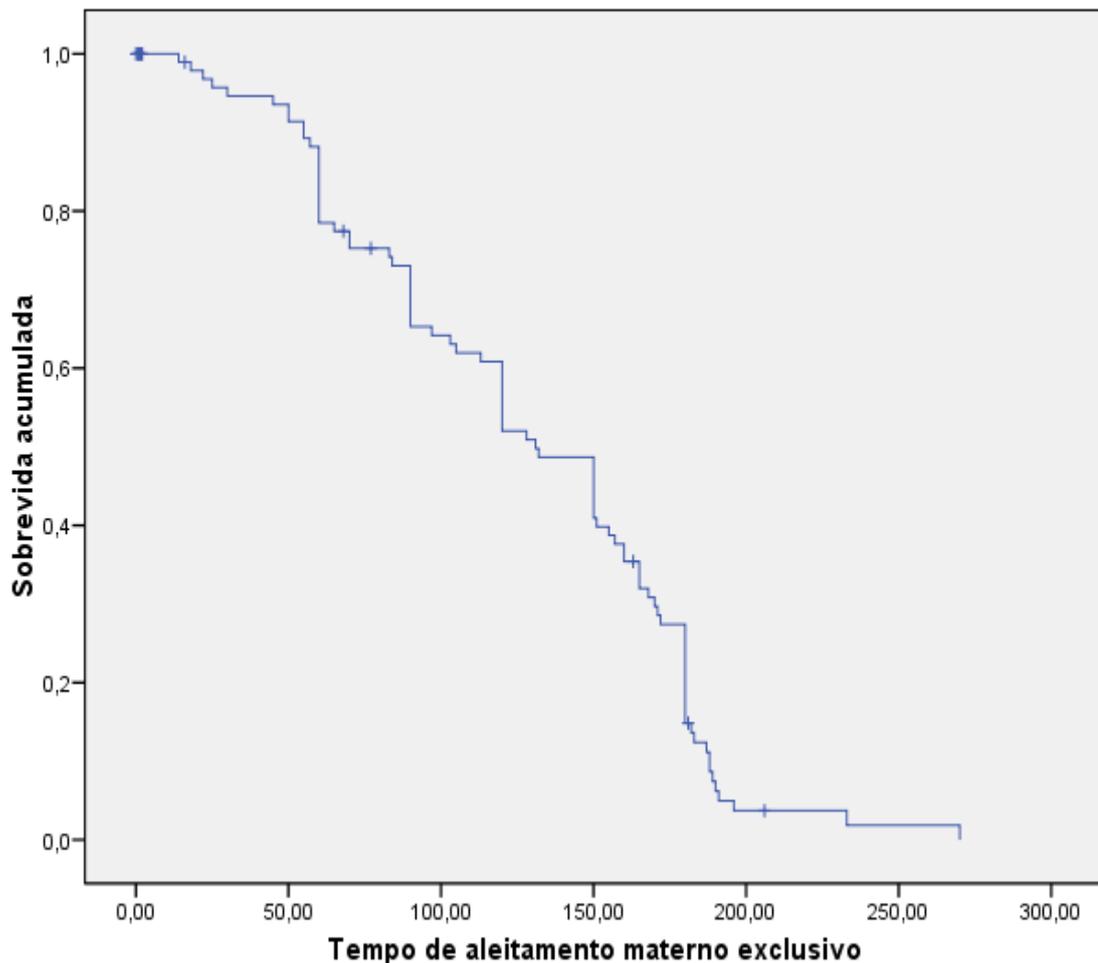


Gráfico 1 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias)

6.2.1 Análise univariada

Como ilustrado no Gráfico 2 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por sexo do bebê (valor-p=0,650).

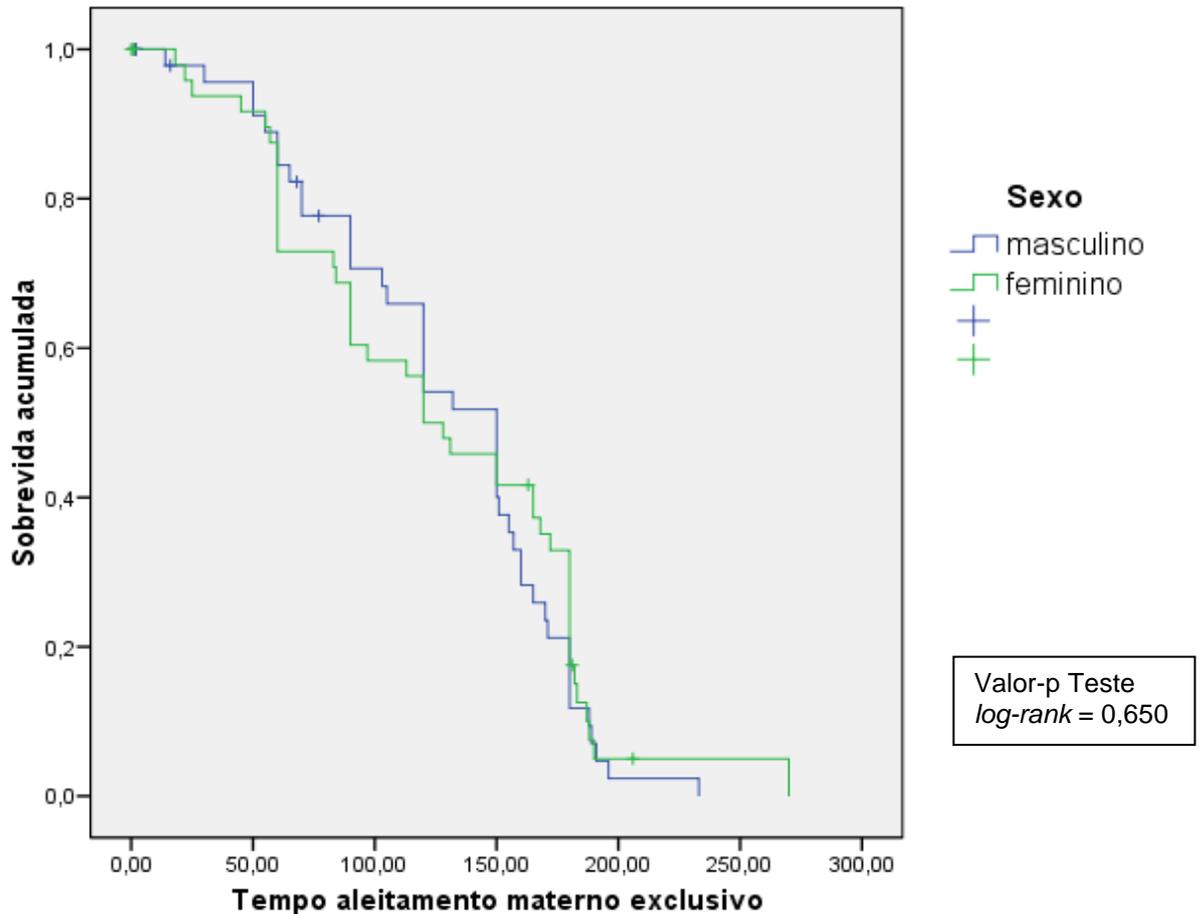


Gráfico 2 -: Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por sexo do bebê

Segundo o Gráfico 3 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por idade da mãe (valor-p=0,650).

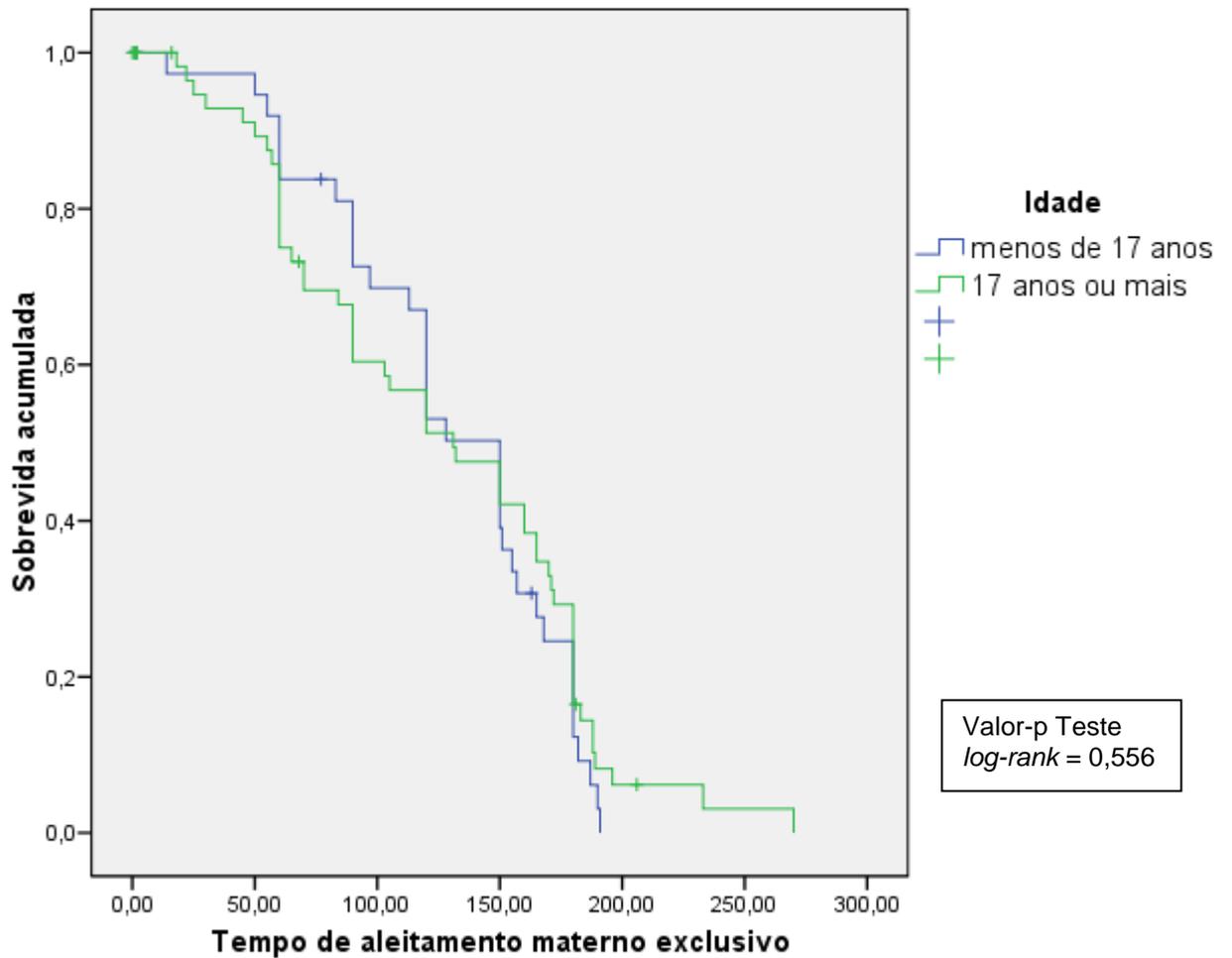


Gráfico 3 - Função de sobrevivida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por idade da mãe

Como mostra o Gráfico 4, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e estado marital da mãe (valor-p=0,085). Entretanto, o valor-p do teste de log-rank mostrou-se limítrofe indicando que há uma tendência no tempo de aleitamento materno exclusivo ser menor entre as mães solteiras se comparadas com as casadas.

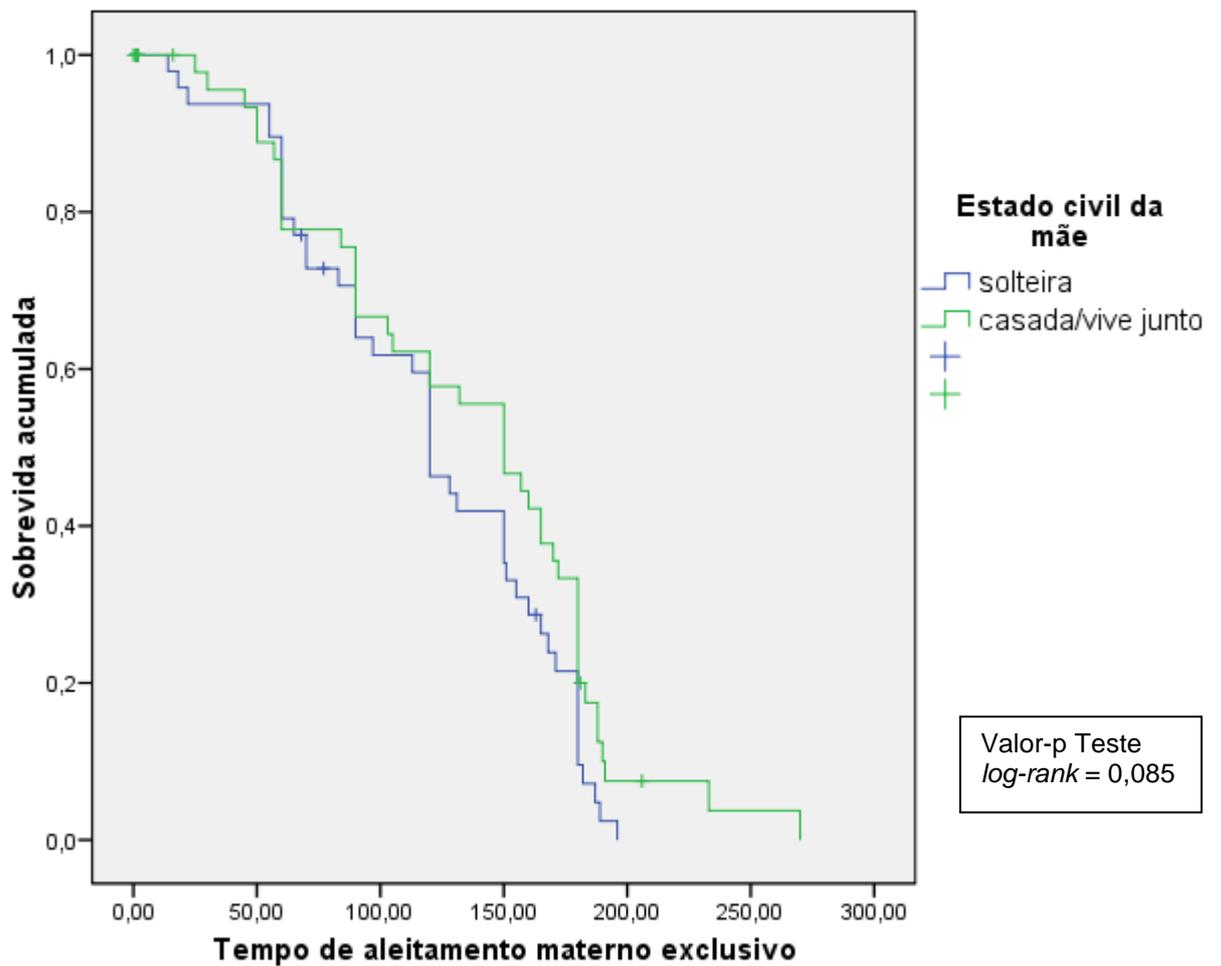


Gráfico 4 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por estado civil da mãe

Como ilustrado no Gráfico 5 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por tabagismo da mãe (valor-p=0,989).

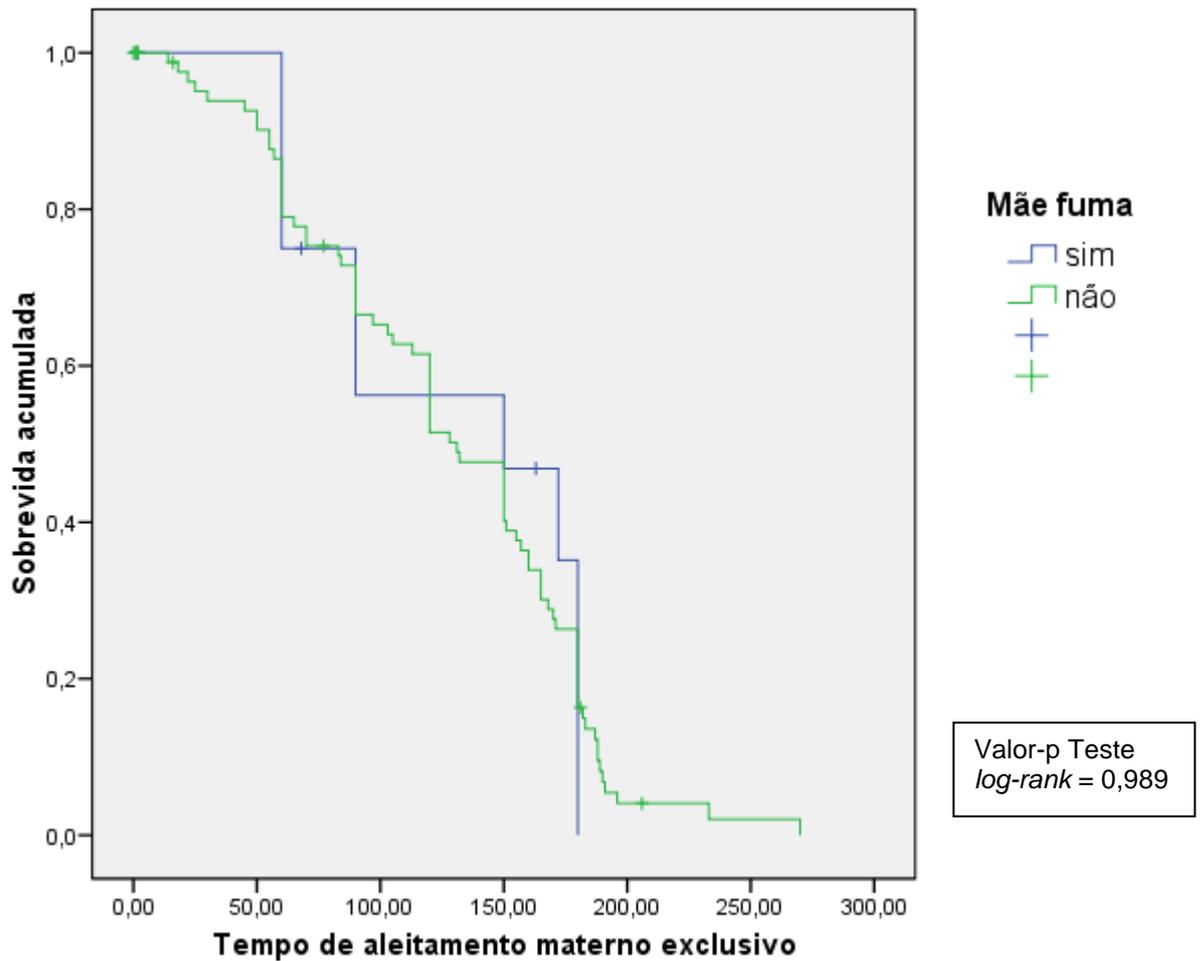


Gráfico 5 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por tabagismo da mãe

Segundo mostrado pelo Gráfico 6 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por “pai mora na casa” (valor-p=0,393).

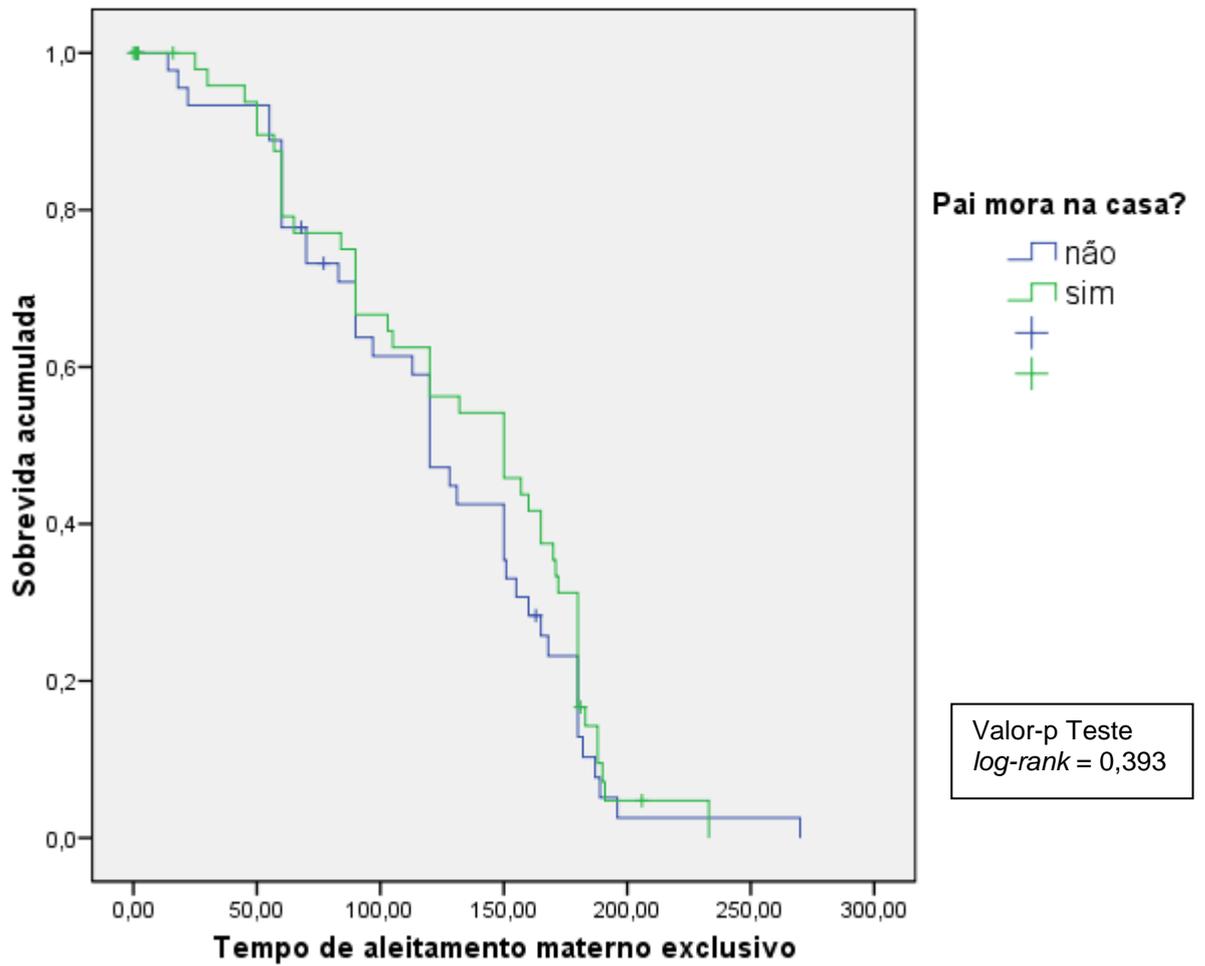


Gráfico 6 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por “pai mora na casa”

Como mostrado no Gráfico 7 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por escolaridade do pai (valor-p=0,554).

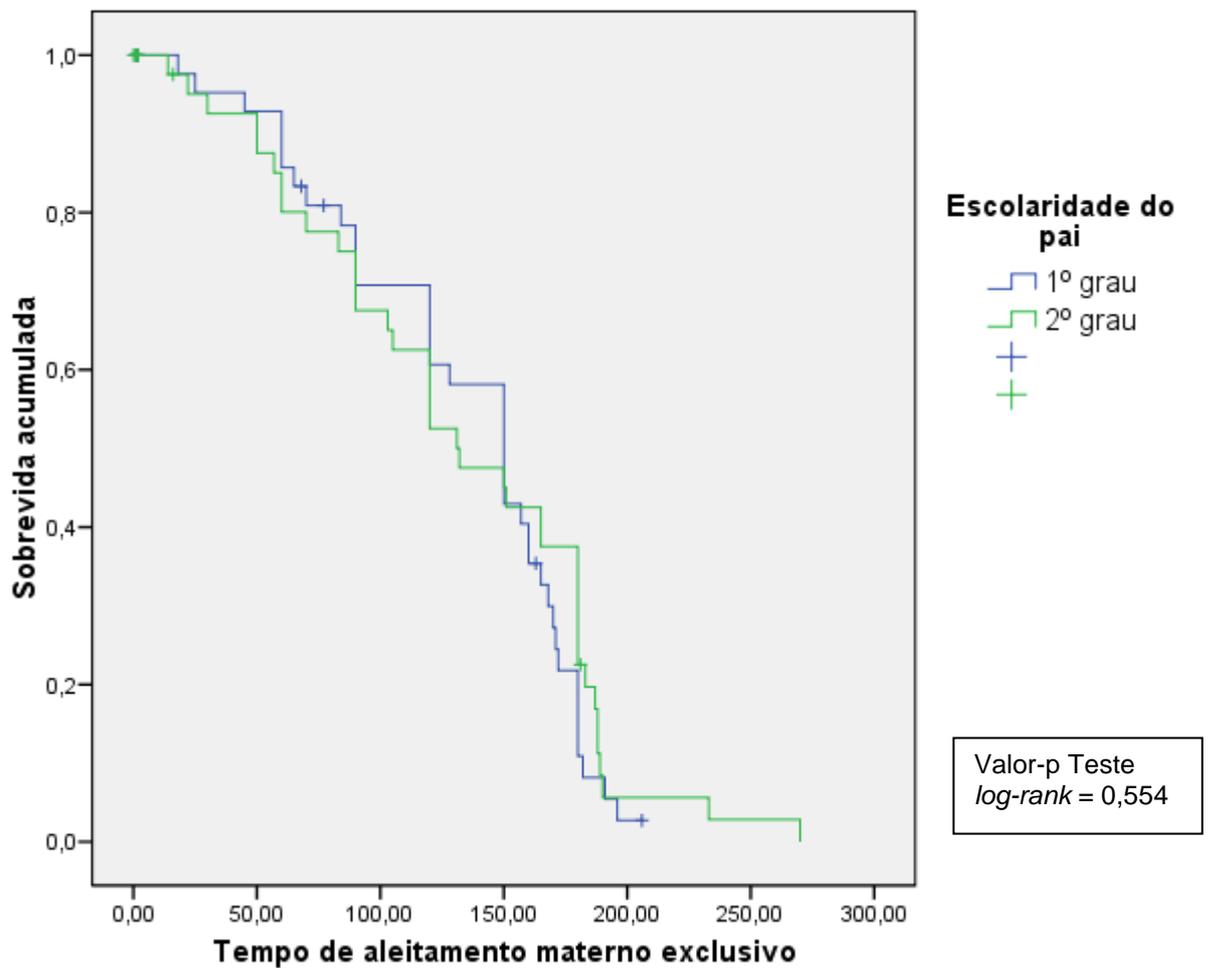


Gráfico 7 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por escolaridade do pai

Segundo mostrado no Gráfico 8 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por escolaridade da mãe (valor-p=0,485).

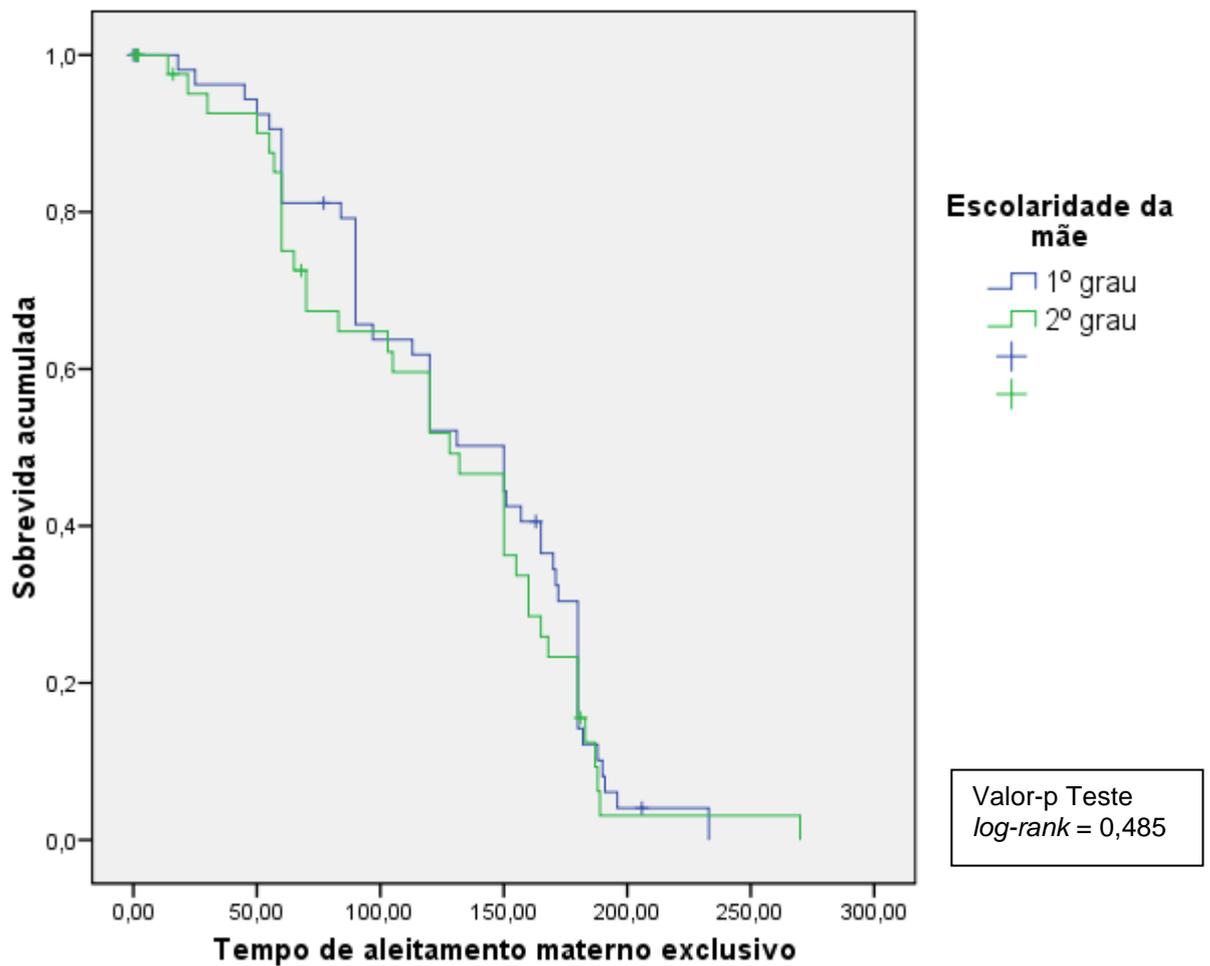


Gráfico 8 - Função de sobrevivida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por escolaridade da mãe

Segundo mostrado no Gráfico 9, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por mês de início do pré-natal (valor-p=0,112). Entretanto, o valor-p do teste de log-rank mostrou que há uma tendência no tempo de aleitamento materno exclusivo ser menor entre as mães que iniciaram o pré-natal mais tardiamente.

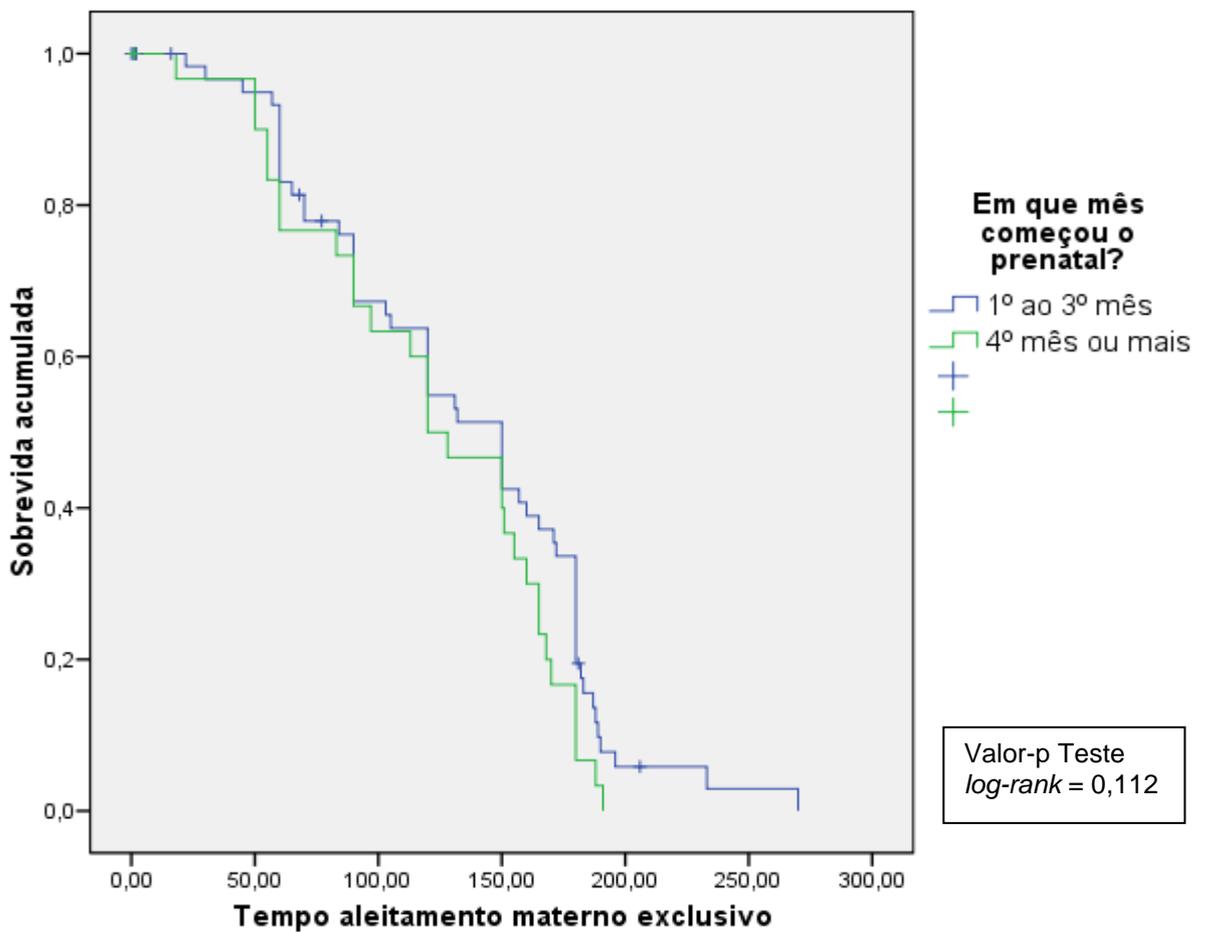


Gráfico 9 - Função de sobrevida (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por início do pré-natal

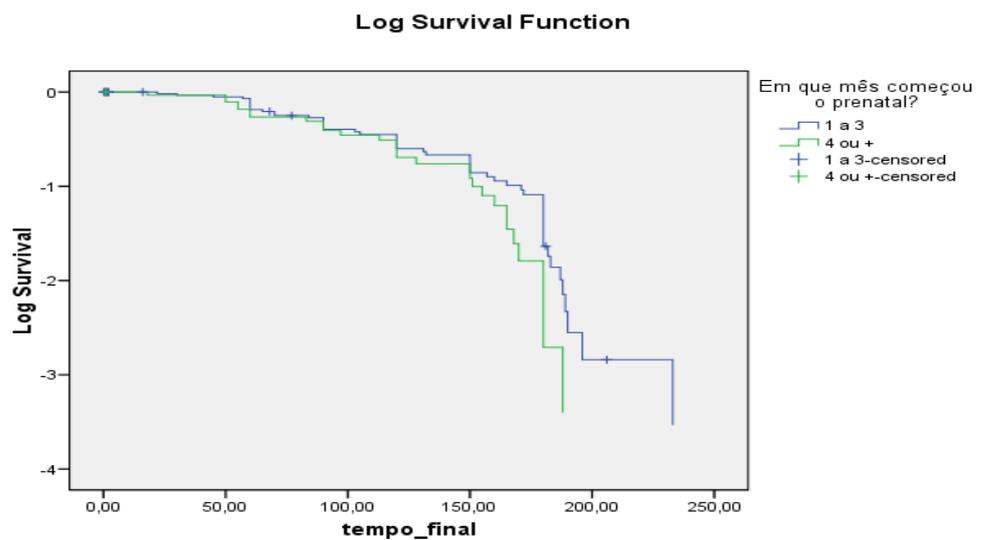


Gráfico 10 – Função de sobrevida para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por início do pré-natal (teste de log-rank)

Segundo mostrado no Gráfico 11, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por hospital de nascimento (valor-p=0,735).

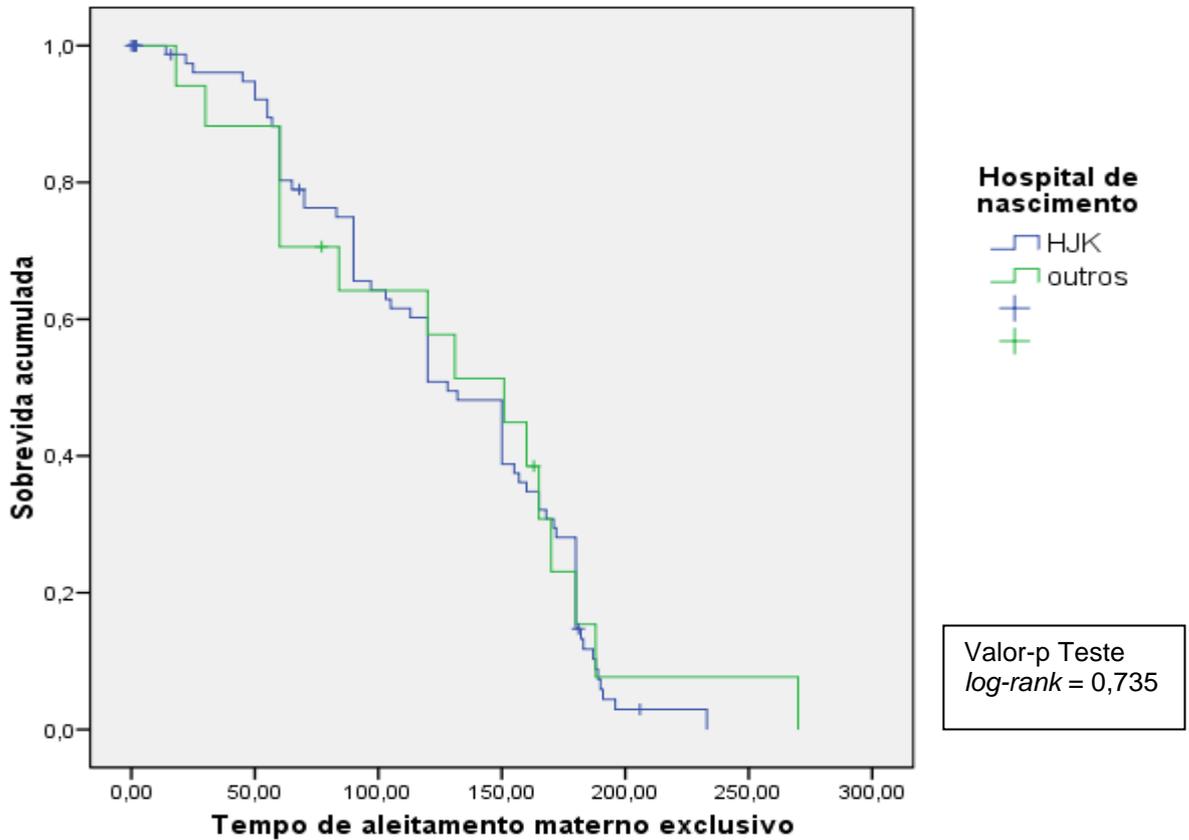


Gráfico 11 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por hospital de nascimento

Segundo mostrado no Gráfico 12, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por tipo de parto (valor-p=0,136). Entretanto, o valor-p do teste de log-rank mostrou que há uma tendência no tempo de aleitamento materno exclusivo ser maior entre as mães que fizeram partos normais.

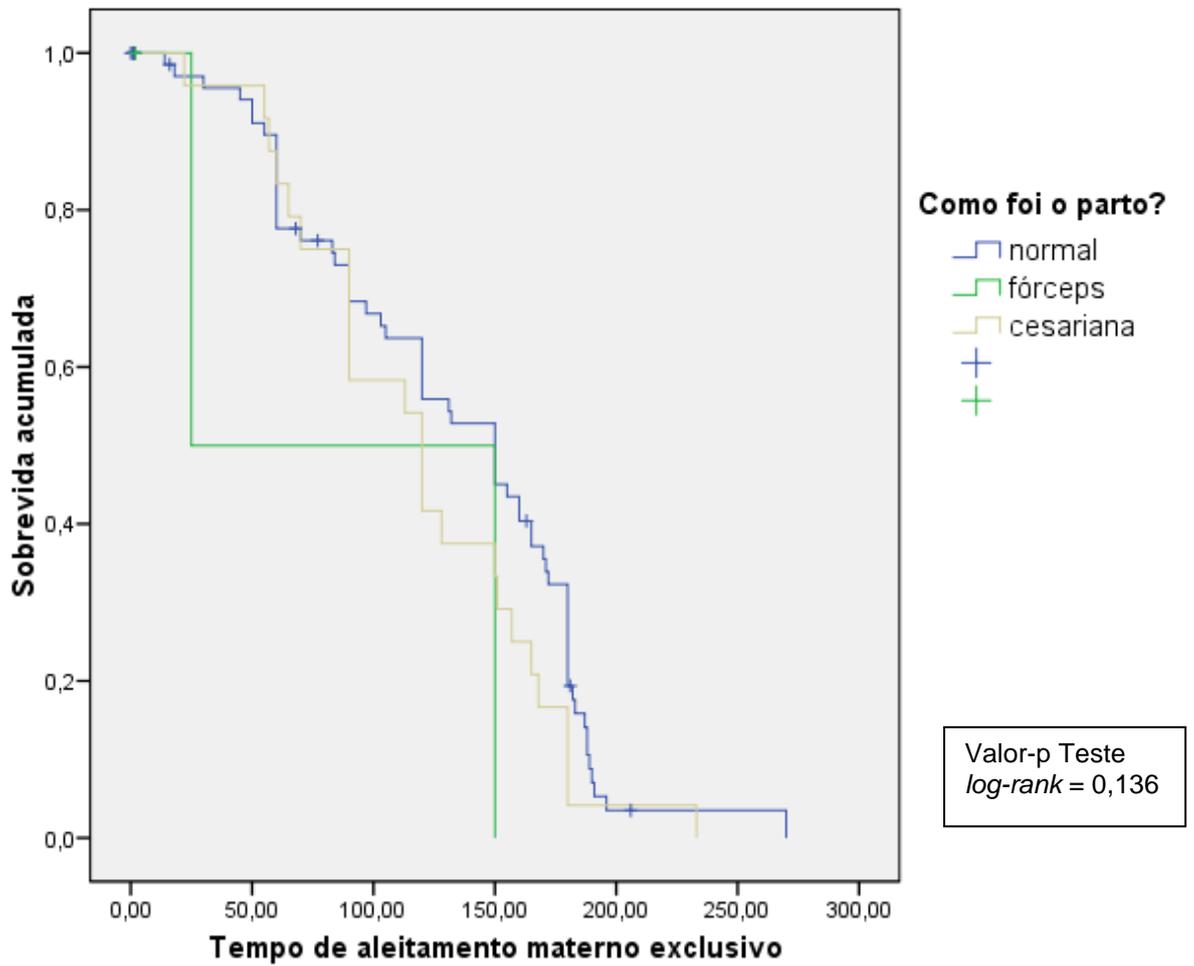


Gráfico 12 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por tipo de parto

Como ilustrado no Gráfico 13, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por hora da 1ª amamentação (valor-p=0,634).

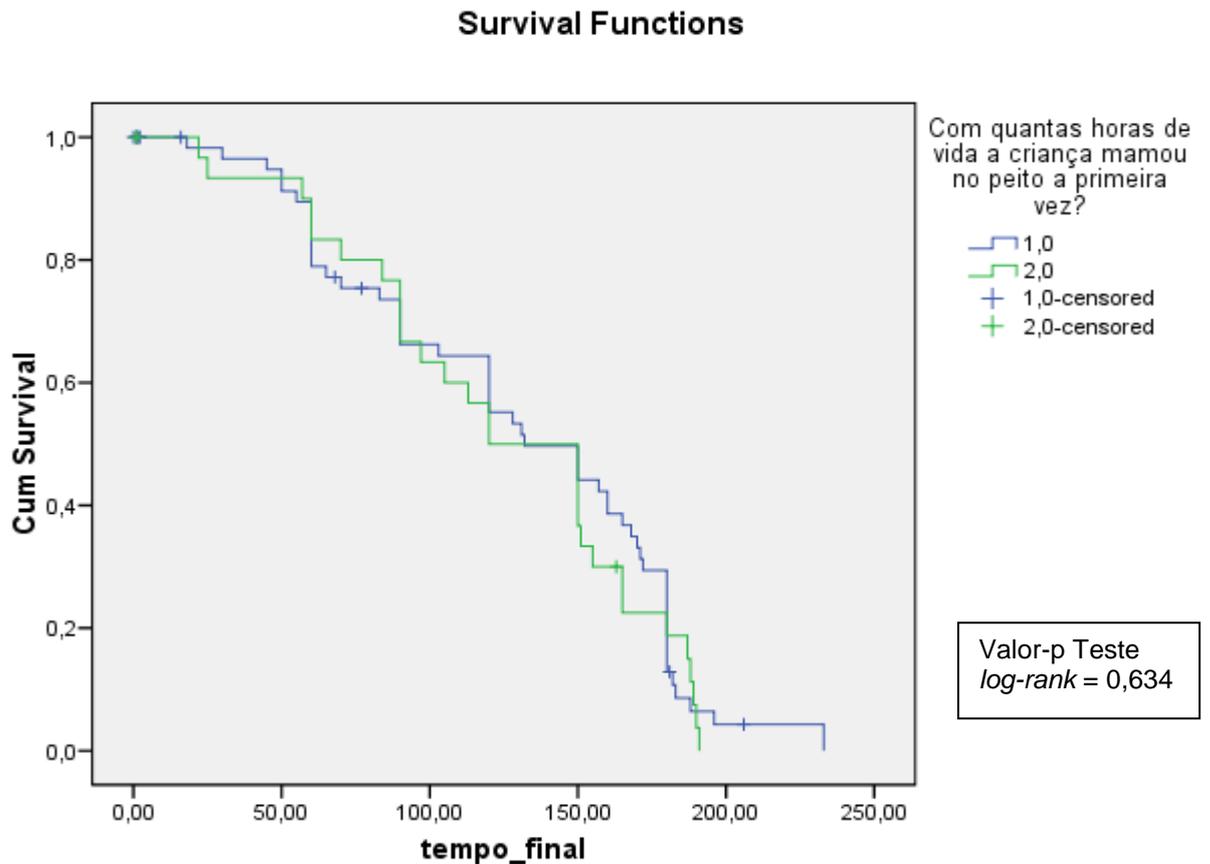


Gráfico 13 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo em dias) por hora da primeira amamentação.

Segundo mostrado no Gráfico 14 e na Tabela 7, **há diferença** entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por “recebeu algo a não ser leite no hospital” (valor- $p=0,004$). Aquelas mães cujos filhos receberam água ou outro leite no hospital tem tempo de aleitamento materno exclusivo significativamente menor que as demais. A TAB. 8 mostra as medianas para os dois grupos.

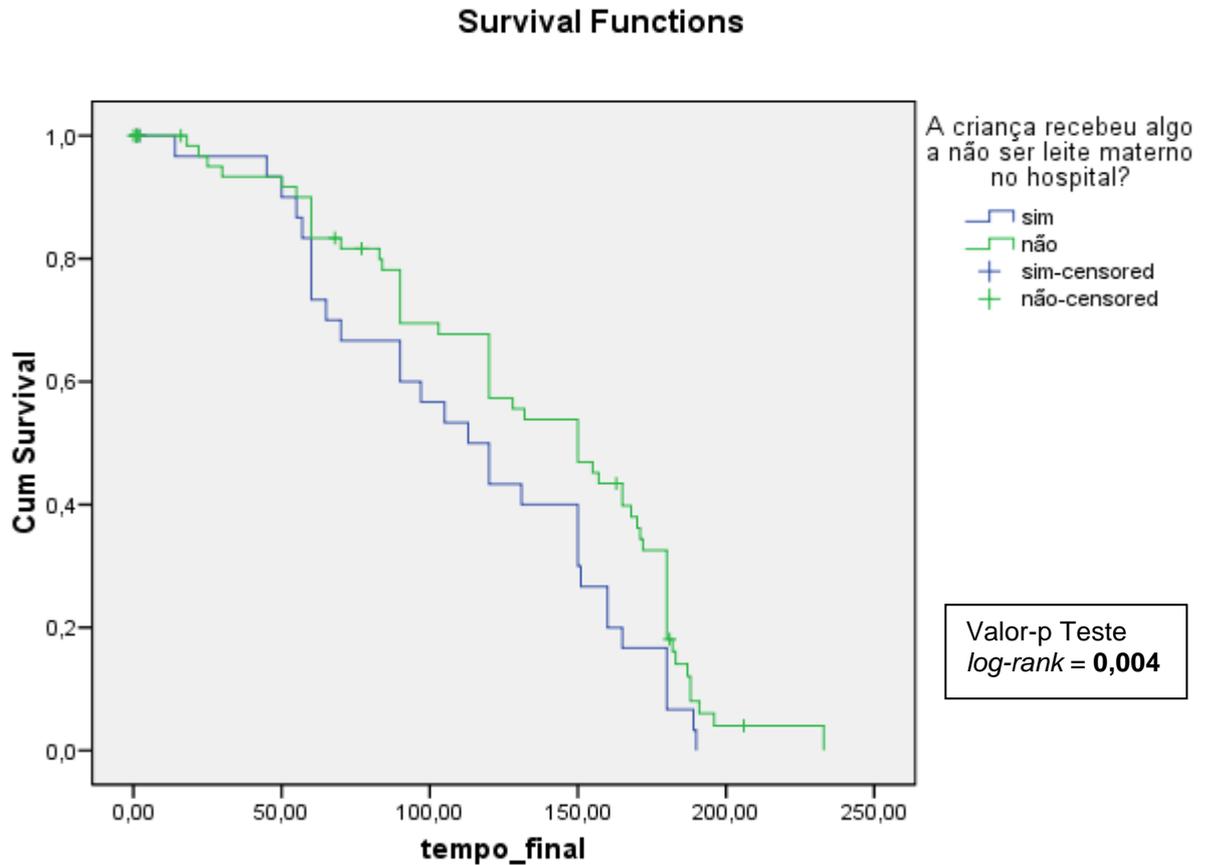


Gráfico 14 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por “recebeu algo a não ser leite materno no hospital”

Tabela 7 - Mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo (dias) por “recebeu algo a não ser leite no hospital”

| Recebeu algo a não ser leite no hospital | Mediana | Erro-padrão | IC 95% | |
|--|---------|-------------|-----------------|-----------------|
| | | | Limite inferior | Limite superior |
| Sim | 113,0 | 15,7 | 82,1 | 143,9 |
| Não | 150,0 | 15,6 | 119,4 | 180,6 |

Segundo mostrado no Gráfico 15 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por pai influenciou na decisão de amamentar (valor-p=0,479).

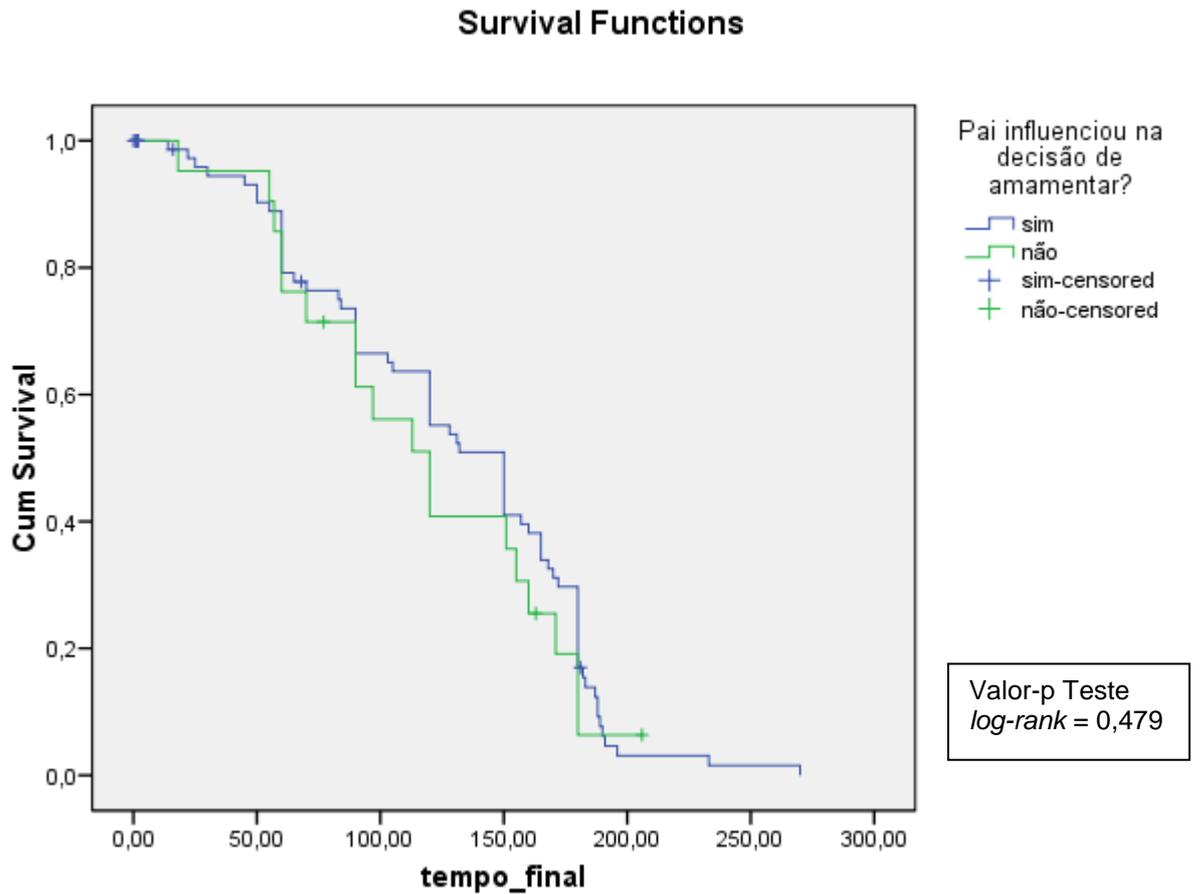


Gráfico 15 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por pai influenciou na decisão de amamentar

Como ilustrado no Gráfico 16 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por tempo que deseja continuar amamentando (valor-p=0,279)

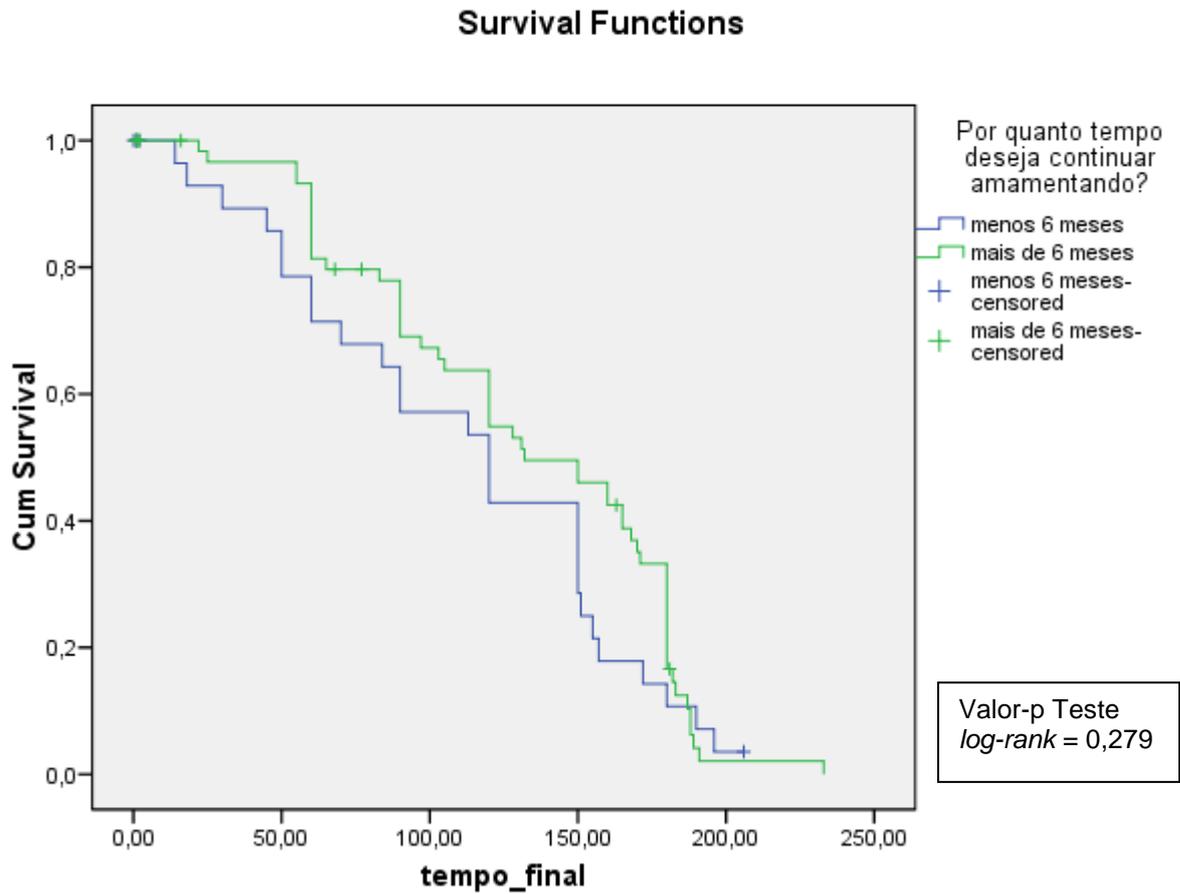


Gráfico 16 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por tempo que deseja continuar amamentando

Como mostrado no Gráfico 17 não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por idade que o filho deverá receber outro alimento (valor- $p=0,792$).

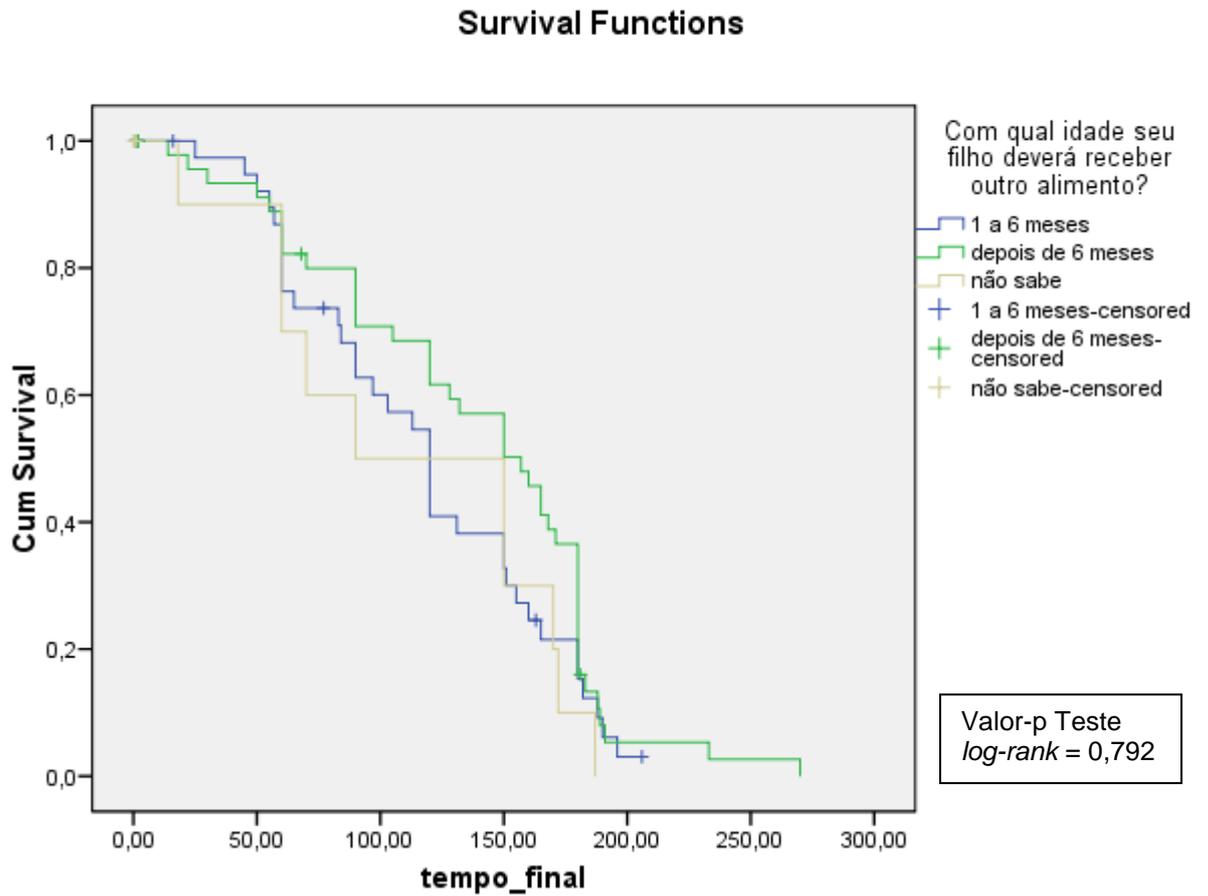


Gráfico 17 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por idade que o filho deverá receber outro alimento.

Segundo mostrado no Gráfico 18, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por orientação sobre amamentação no pré-natal (valor- $p=0,744$).

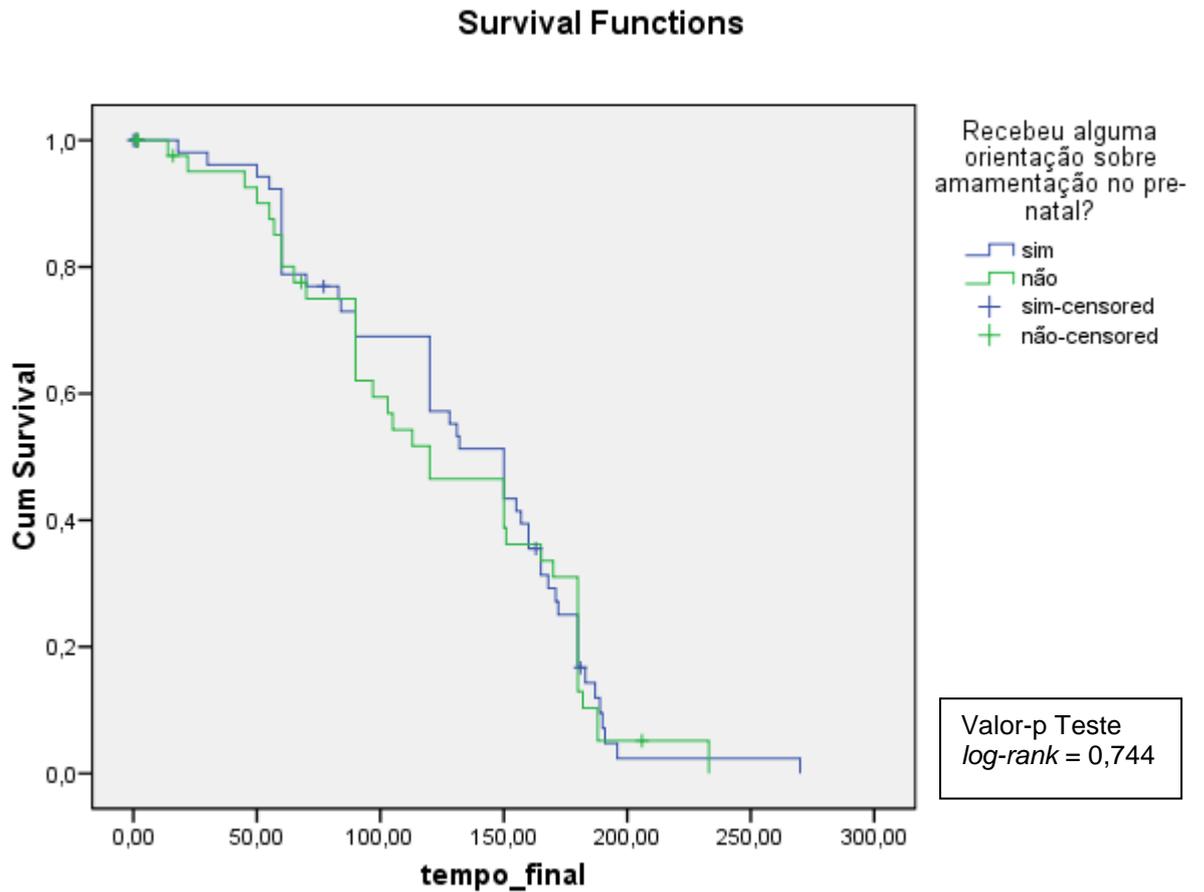


Gráfico 18 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por orientação sobre amamentação no pré-natal

Como mostrado no Gráfico 19, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por amamentação da avó materna (valor-p=0,960).

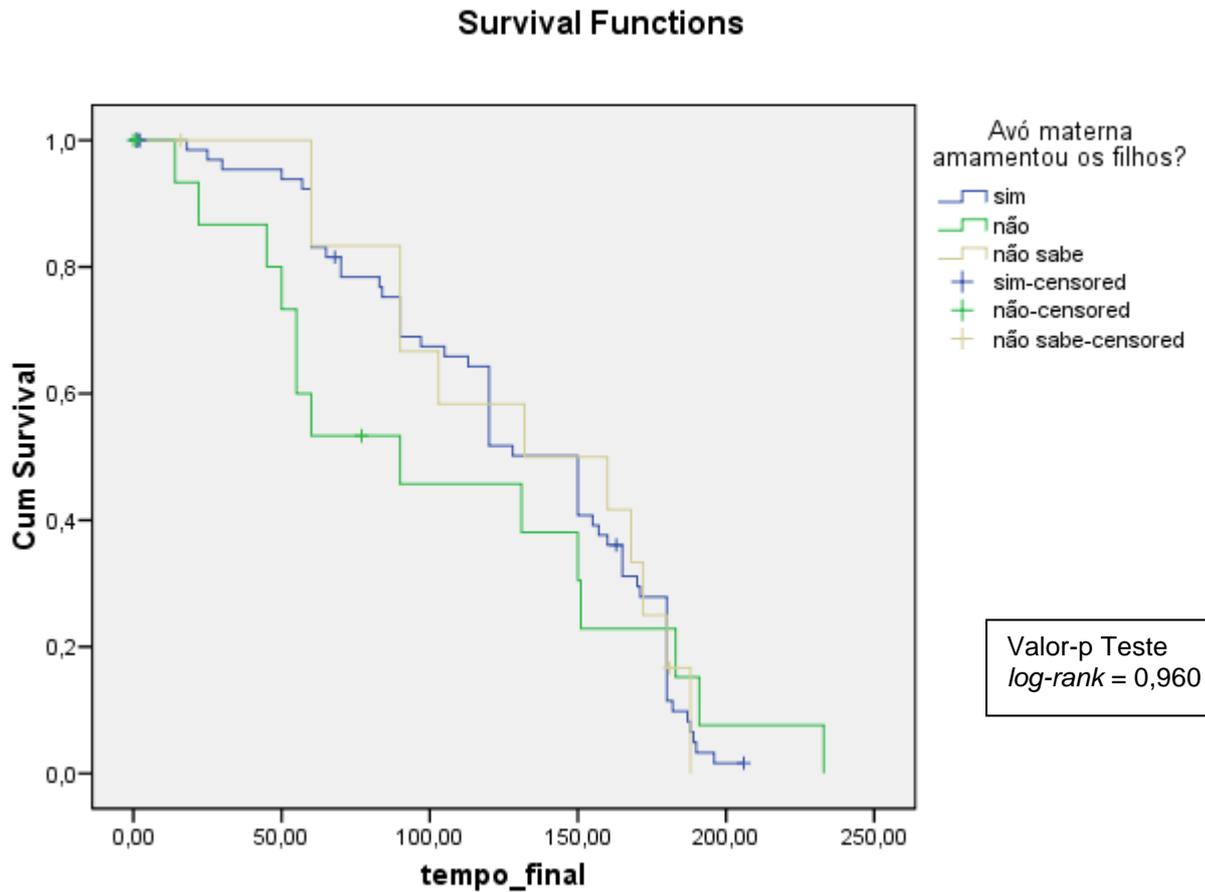


Gráfico 19 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por amamentação da avó materna

Segundo mostra o Gráfico 20 e a Tabela 8, **há diferença** entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por uso de chupeta (valor- $p=0,021$). Aquelas mães cujos filhos usam chupeta tem tempo de aleitamento materno significativamente menor que as demais.

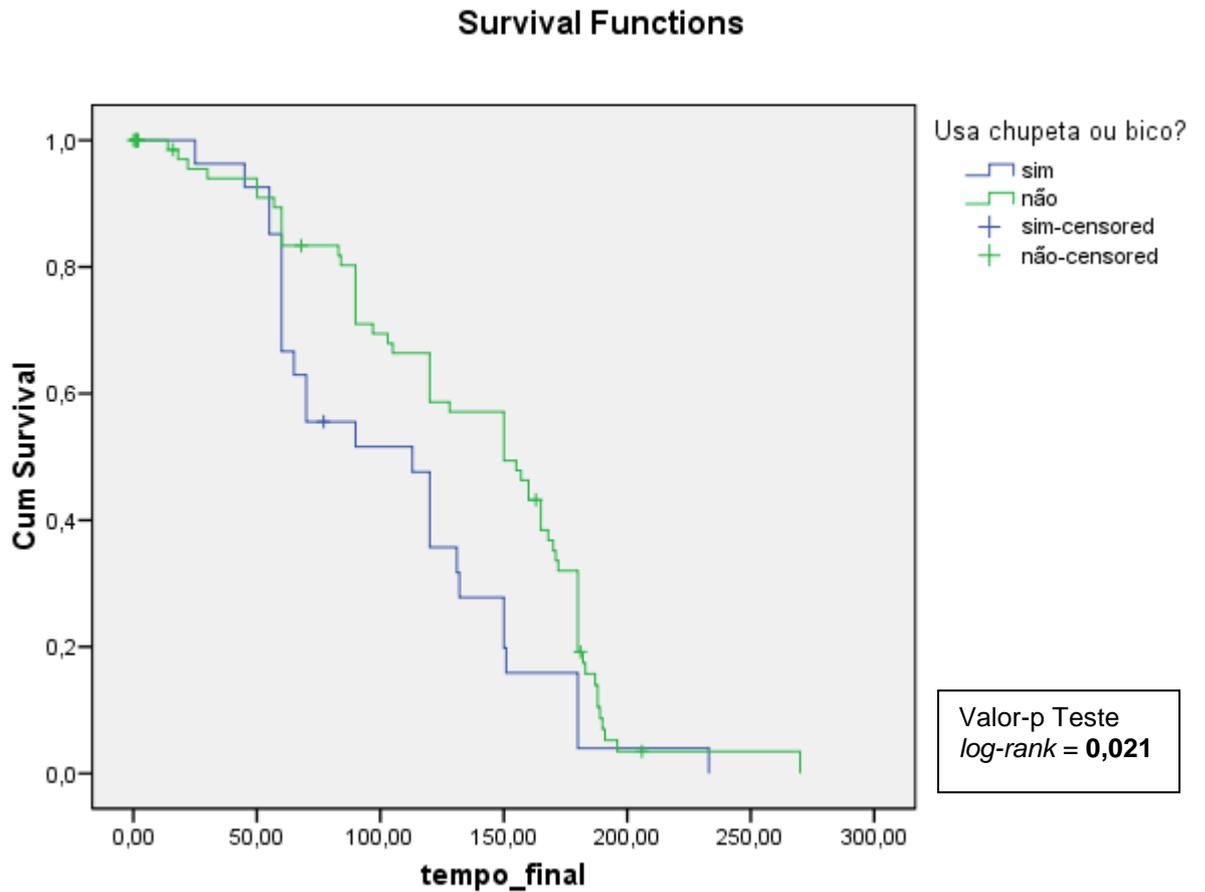


Gráfico 20 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por uso de chupeta

Tabela 8 - Mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo (dias) por uso de chupeta

| Usa chupeta | Mediana | Erro-padrão | IC 95% | |
|-------------|---------|-------------|-----------------|-----------------|
| | | | Limite inferior | Limite superior |
| Sim | 113,0 | 24,5 | 65,1 | 160,9 |
| Não | 150,0 | 14,3 | 122,0 | 178,0 |

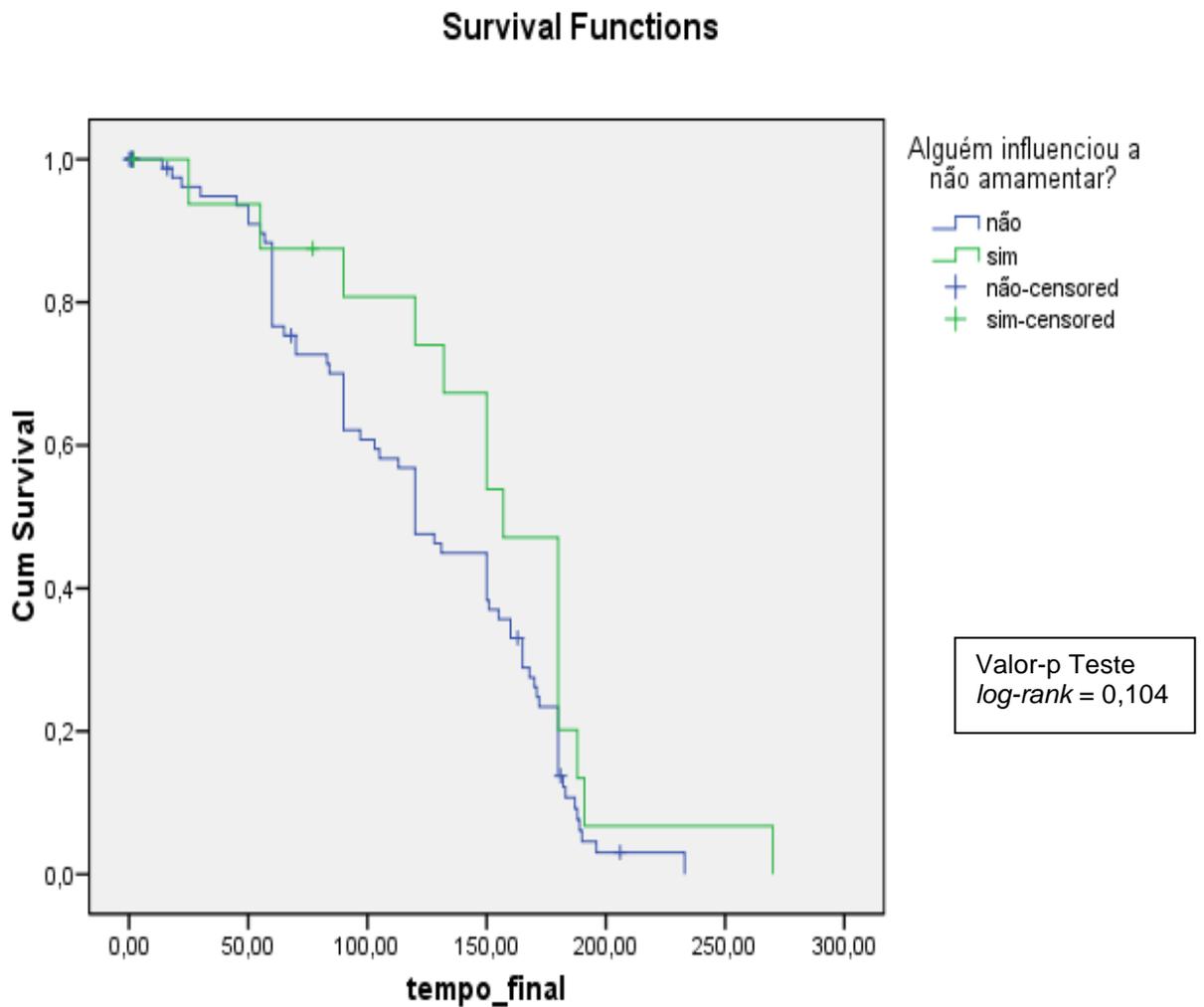


Gráfico 21 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por sofrer influência para não amamentar

Segundo mostra o Gráfico 21, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por sofrer influência para não amamentar (valor-p=0,104).

Segundo mostra o Gráfico 22, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por número de cômodos utilizados para dormir (valor-p=0,217).

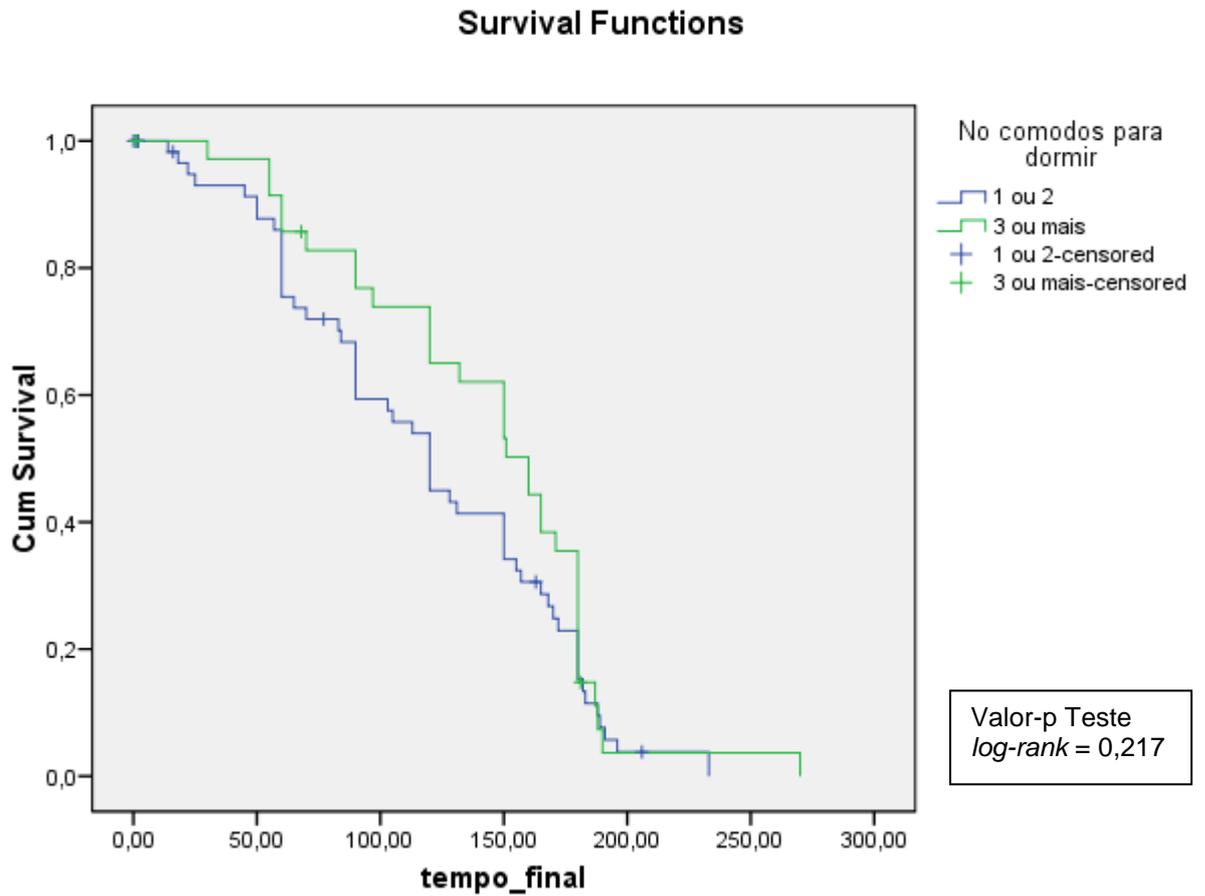


Gráfico 22 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por número de cômodos utilizados para dormir

Como ilustrado no Gráfico 23, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por renda familiar (valor-p=0,651).

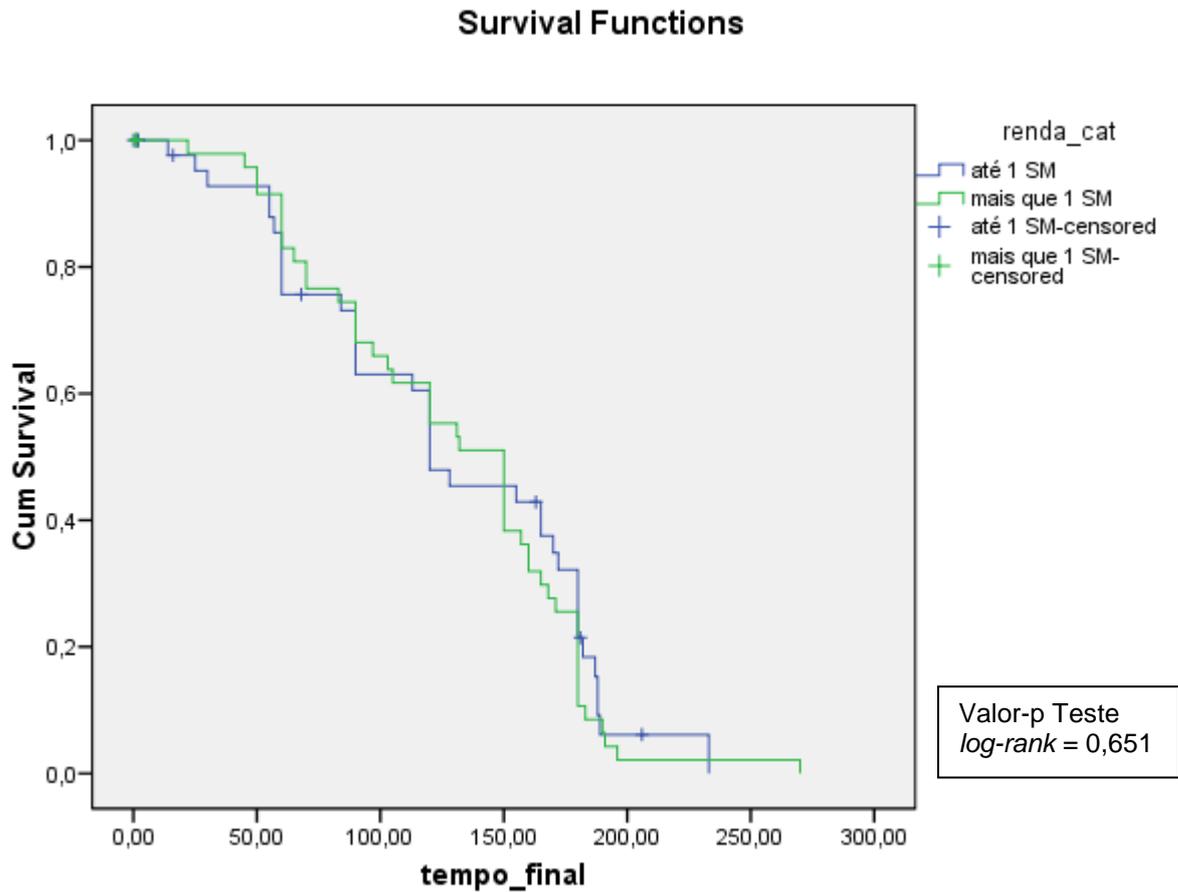


Gráfico 23 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por renda familiar

Como ilustrado no Gráfico 24, não há diferença entre o tempo de aleitamento materno exclusivo por baixo peso do bebê ao nascer (valor-p=0,223).

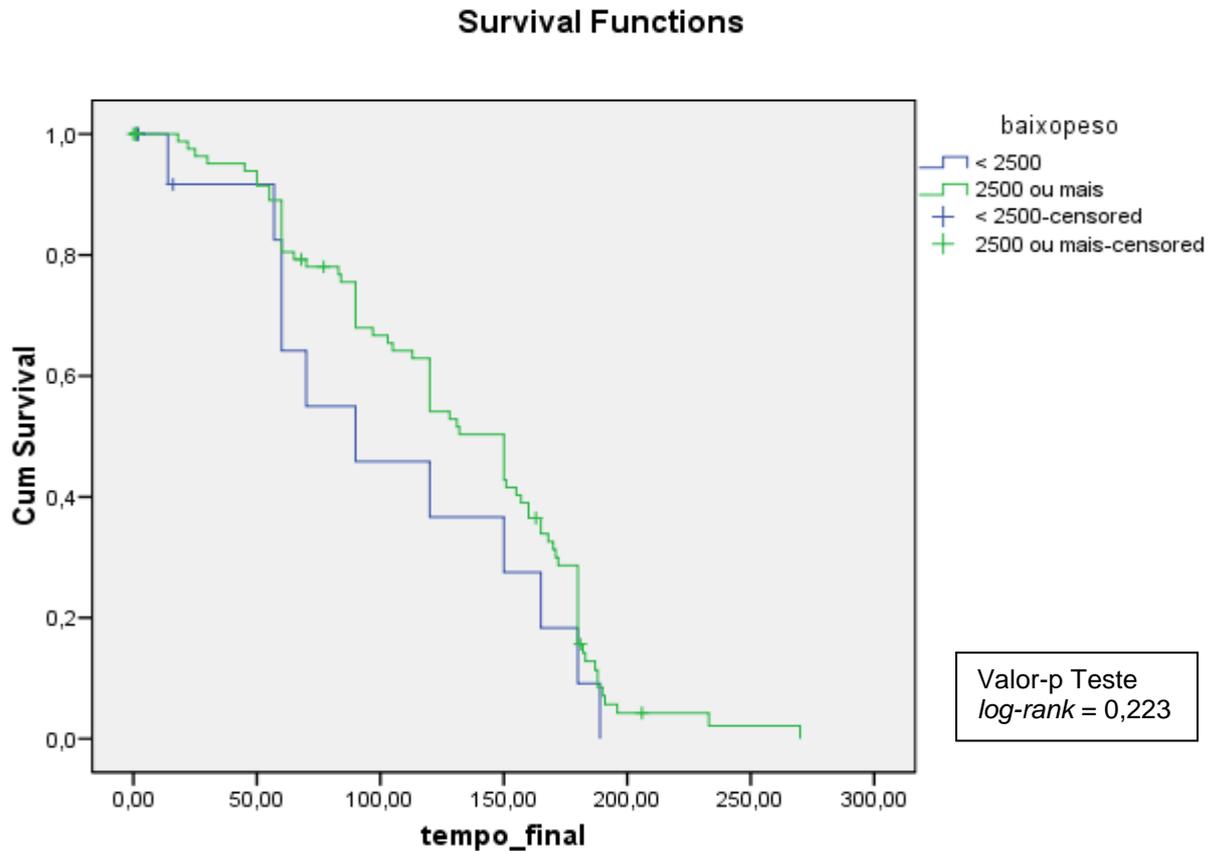


Gráfico 24 - Função de sobrevivência (método Kaplan-Meier) para o tempo de aleitamento materno exclusivo (em dias) por baixo peso do bebê ao nascer

6.2.2 Análise multivariada (modelo de Cox)

Todas as variáveis significativas ao nível de 25% foram levadas para o modelo multivariado: estado marital da mãe, mês que iniciou o pré-natal, tipo de parto, recebeu algo a não ser leite no hospital, sofreu influencia para não amamentar, usa chupeta, número de cômodos, baixo peso ao nascer.

Como ilustrado na Tabela 9, as variáveis que permaneceram no modelo final sendo associados ao tempo de aleitamento materno exclusivo foram uso de chupeta e mês de início do pré-natal (valor-p limítrofe).

Percebe-se que as mães cujos bebês usam chupeta tem 1,78 vezes maior risco de interromperem a prática de aleitamento materno exclusivo que as demais. Além disso, aquelas mães que iniciaram o pré-natal aos 4 meses de gestação ou mais tem 1,53 vezes mais risco de cessar o aleitamento exclusivo, que aquelas que iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gravidez.

Tabela 9 - Modelo final de regressão de Cox buscando fatores associados ao tempo de aleitamento materno exclusivo (n=103)

| | Valor-p | RR | IC 95% | |
|---|---------|------|-----------------|-----------------|
| | | | Limite inferior | Limite superior |
| Iniciou pré-natal aos 4 meses de gestação ou mais | 0,071 | 1,53 | 0,96 | 2,42 |
| Usa chupeta | 0,019 | 1,78 | 2,89 | 1,10 |

Deve-se ressaltar que a suposição de riscos proporcionais do modelo de Cox foi testada para as duas covariáveis que permaneceram no modelo final e mostrou-se válida. Portanto, o modelo pode ser considerado como bem ajustado.

O Gráfico 25, mostra que as curvas são paralelas, o que indica que a suposição de riscos proporcionais de Cox é válida.

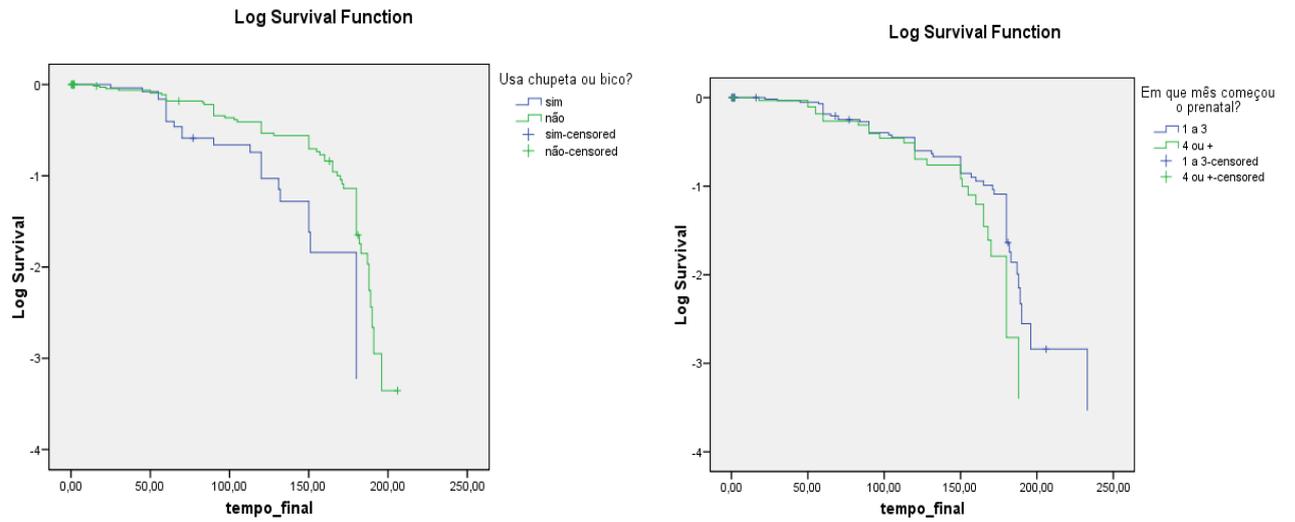


Gráfico 25 - Função *log-survival* para as variáveis que permaneceram no modelo final de Cox

7 DISCUSSÃO

O tempo médio e mediano de aleitamento materno exclusivo foi de aproximadamente 130 dias (4,3 meses). Estes valores são menores do que o recomendado pela OMS, entretanto melhor quando comparados a outros estudos brasileiros.

Lima *et al.* (1990); Haug *et al.* (1998), citaram também que mães adolescentes, amamentam menos tempo que a adulta. Galaz Letelier em Santiago do Chile 1994 estudando fatores que interferem na amamentação entre primíparas jovens, encontrou que o tipo de lactação predominante foi a mista, incorporando precocemente (antes dos treze dias de vida) à alimentação de seus filhos, água na mamadeira (Galaz- Letelier, 1994). Já Vieira (2003), em um estudo sobre a diferença entre amamentação e alimentação complementar de mães adolescentes e de adultas, constatou que o tempo de amamentação e o seu padrão foram semelhantes entre os filhos de mães adolescentes e de mães adultas. Valenzuela (1987) também não encontrou diferença entre os grupos.

Amador *et al.* (1992), em sua revisão bibliográfica sobre amamentação entre adolescentes e não adolescentes, mostrou que a proporção de mães amamentando exclusivamente era menor entre adolescentes. Constatou ainda que a frequência de desmame completo no final do terceiro mês também era maior neste grupo.

Isso demonstra que ainda há controversas na literatura quando compara o tempo de aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes e a adesão à amamentação quando comparadas com as mães adultas.

Quanto aos fatores que podem interferir na amamentação exclusiva, não foi encontrada significância estatística entre a escolaridade do pai e a da mãe, situação sócioeconômica, estado civil, fumo, número de filhos, aborto, tipo de parto, local onde nasceu o bebê, sexo da criança, peso ao nascer e desejo de continuar amamentando.

Existem vários estudos relacionados a esses fatores intervenientes, como foi o estudo feito por Ratner *et al* (1999), no qual fez uma análise secundária de dados de um estudo-controle, para conhecer se o hábito de fumar está associado ao desmame precoce. A população estudada incluiu 241 mulheres com idade entre 16 e 40anos, que tinham bebês nascidos em 4 hospitais de British Columbia, Canadá, entre fevereiro e setembro 1996. Das 241 mulheres que tinham bebê até 6 meses de idade que eram fumantes e tinham parado de fumar durante a gravidez, 228 (94,6%) relataram ter amamentado. Encontrou-se então uma forte associação entre o fumo diário e o desmame precoce. Todas as mulheres que fumavam diariamente entre os seis primeiros meses do período pós-parto tinham 3,6 vezes mais vontade de desmamar mais cedo (65.1%) do que mulheres que se abstiveram ou que fumavam ocasionalmente (33,8%). Tais constatações sugeriram a existência de uma relação entre o desmame precoce e o ato de fumar.

Dados do Ministério da Saúde, referente a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno entre as capitais do Brasil e Distrito Federal, mostrou uma tendência crescente da prevalência do AME. Este aumento foi verificado com maior escolaridade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Um estudo feito na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil, 2002 , para pesquisar conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas, com aplicação de um questionário, composto por perguntas abertas e fechadas, realizado com três grupos de mulheres com a faixa etária entre 20 a 29 anos, com idade gestacional entre 3 e 8 meses, puérperas e mães de crianças de 12 a 18 meses de idade. O objetivo deste estudo foi conhecer a expectativa de amamentação entre as primíparas, tendo como resultado que, de acordo com as respostas das gestantes e puérperas, há um desejo de amamentar por um período preconizado pelos serviços de saúde. Muitas delas consideram o leite materno o melhor alimento para o bebê, entretanto, apresentam dúvidas quanto á efetivação de amamentar. Observou-se que a falta de informação das mães, da sociedade em geral e de alguns profissionais de saúde que além de não estimularem a amamentação, acabam prejudicando-a (MELO, 2002).

O profissional de saúde, além do conhecimento sobre aleitamento materno e competências clínicas, precisa aprender a se comunicar com a nutriz, não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio deste profissional de saúde (GIUGLIANI E LAMOUNIER, 2004).

Informações, sobre aleitamento materno, por profissionais de saúde, antes do nascimento de seus bebês, ou na maternidade, mostram que as mulheres Bolivianas amamentaram exclusivamente por um período mais longo, evitando a introdução de fórmulas e que a chance de a criança amamentar o colostro foi de 200% maior. (LUDVIGSSON,2003). É fundamental o acompanhamento, principalmente de adolescentes, no período gestacional e puerperal, com vistas à conscientização sobre a importância da amamentação. O desmame precoce deve ser evitado. Para isso é necessário que os profissionais da saúde, estejam aptos a orientar e auxiliar na prática do aleitamento materno (SEPKA, 2007).

O pediatra ocupa importante papel no cenário da saúde da criança e do adolescente, sendo referência decisiva para os pais na prática do AM e da alimentação geral, este profissional deveria se preparar melhor, para ocupar com a máxima eficiência, os espaços a que tem direito e dever(SANTIAGO, 2003).

Narchi *et al* (2009) também não constatou influência na continuidade da amamentação exclusiva, relacionado ao contato precoce, quarto passo da IAHC, favorecedor não só do aleitamento como também do vínculo mãe-filho, em seu estudo sobre variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Entretanto, no presente estudo pela análise de sobrevivência para o tempo de aleitamento materno exclusivo e ter recebido algum outro alimento no hospital, houve uma relação significativa. A criança que recebeu outro alimento amamentou por menos tempo.

Houve uma variação enorme pelo modelo de Cox, quando comparou-se o uso de chupeta e o tempo de AME. As mães, cujos filhos usavam chupeta, têm tempo de aleitamento materno significativamente menor que as demais.

Suzely et al, 2008 em estudo sobre a associação entre a amamentação e hábitos de sucção, em uma amostra randomizada de 100 mães de crianças até 12 meses de idade que foram entrevistadas durante o dia de campanha de vacinação nacional, a amamentação foi categorizada como aleitamento materno exclusivo, aleitamento predominante e aleitamento complementar ou desmame. Este estudo revelou que 75% das crianças estavam sendo amamentadas. O uso de chupeta e chupar o dedo foram comuns em 55%. Mamadeira foi prevalente em 74% das crianças. A amamentação foi negativamente associada com uso de chupeta, mas não foi estatisticamente significativa com o ato de chupar o dedo, e a mamadeira teve uma associação muito forte com o desmame (SUZELY *et al*, 2008).

O primeiro estudo designado para testar a associação do aleitamento materno e o uso de chupetas foi feito em Pelotas, no sul do Brasil, por Victora *et al*, 1997. Em seu estudo, constatou que as crianças estão sendo amamentadas em um mês de vida e que freqüentemente o uso de chupetas tem 2,4 vezes mais chances de ser a causa do desmame em idade entre 1 a 6 meses.

Estudo, com 250 crianças em Porto Alegre, constatou que 20,4% das mães traziam chupetas para a maternidade. Durante o primeiro mês, o uso de chupeta foi utilizado por 87,8% das crianças. A amamentação e o aleitamento materno exclusivo foi maior em crianças que não usaram a chupeta durante o primeiro mês. Nas crianças que estavam sendo amamentadas até um mês a incidência de desmamar entre o segundo e sexto mês foi de 22,4% para crianças que não usaram a chupeta e 50% para as que usaram. Setenta e três por cento das crianças que usaram a chupeta pararam de amamentar exclusivamente no fim do seu segundo mês de vida. Observou-se uma associação entre o hábito do uso da chupeta e o desmame precoce. (SOARES *et al*, 2003). Resultado semelhante ao de Silveira, 2006, que estudando fatores associados ao tempo de aleitamento materno em três municípios na região do alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil

encontrou um risco de interrupção do aleitamento materno em crianças que usaram chupeta, de 3,16 vezes em relação às que não usaram chupeta.

Outro estudo, sobre fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno, feito por Santiago, 2003 encontrou também a interferência do uso da chupeta, onde a criança que fazia o uso da chupeta, seu tempo de aleitamento materno exclusivo foi menor(26,2%) comparado a outras práticas alimentares(62,5%), tendo concluído que a utilização de bicos ou chupetas em lactentes nos primeiros 4 meses de acompanhamento, associou-se negativamente ao AME, podendo entretanto tratar-se de um marcador de dificuldades do AM.

Com relação ao tempo de iniciar-se o pré-natal, no presente estudo constatou-se que foi menor o tempo de AME em mães que iniciaram o pré-natal mais tardiamente. Em Porto Alegre (RS), Espirito Santo *et al* (2007), apontaram relação semelhante quando anunciou que menos de seis visitas ao médico, durante o pré-natal, é fator determinante para a cessação de AME antes dos seis meses em filhos de mães adolescentes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o tempo de aleitamento materno exclusivo das mães adolescentes neste estudo foi menor (130 dias) do que o recomendado pela OMS(180 dias), porém melhor dos que a maioria dos estudos citados na literatura(90 dias). Esse fato pode ter sido influenciado devido ao local da pesquisa ser um centro de referência ao adolescente e estudos em centros de referência não foram encontrados na literatura. Sugere-se, então, a importância da implantação de serviços especializados para esta faixa etária.

Em relação a fatores determinantes, que possam influenciar o tempo de AME, foi encontrado significância estatística com relação ao uso da chupeta, fator exaustivamente discutido também em outros estudos, afirmando a importância de orientar estas mães a não utilizá-los.

Outro fator que também expressou significância foi o tempo em que a mãe inicia o seu pré-natal. Esse fator isolado não foi encontrado em relevância na literatura, porém foi encontrado que, quando se trata de informações sobre aleitamento materno por profissionais de saúde antes do nascimento de seus bebês, ou seja, durante o pré-natal, as mães amamentaram exclusivamente por um período mais longo e evitaram a introdução de fórmulas, podendo sugerir então, que quanto mais cedo a mãe iniciar o seu pré-natal mais orientação em relação à amamentação ela poderá receber.

Esses resultados demonstram que os profissionais de saúde ainda se encontram despreparados para lidar com a mãe adolescente e que existem poucos modelos assistenciais para esta faixa etária, quando a adolescente é assistida sem considerar a sua imaturidade, receios, dúvidas, transição pelo difícil caminho de ser mulher, e, mais importante, o grau de risco pelo seu estado biológico. A maioria é acompanhada juntamente com mães adultas sem normas e critérios definidos, acentuando ainda mais todas as dificuldades que esta adolescente irá enfrentar com o seu novo ser.

9 RECOMENDAÇÕES

Após a obtenção dos resultados, podemos afirmar a importância de centros de saúde especializado para o atendimento de mães adolescentes. A Casa da Criança e do Adolescente, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, por ser um setor público, tenta manter este contato mais próximo com estas mães. Todos profissionais lá existentes procuram ter uma postura única relacionada ao aleitamento materno, mantendo reuniões multidisciplinar semanalmente, com discussões de casos e aleitamento materno.

Faz-se necessário, ainda, que a Instituição, juntamente com o setor de pré-natal do hospital Júlia Kubstichek, procure recursos para divulgação e orientação relacionadas ao aleitamento materno, principalmente no que diz respeito à introdução de chupeta e divulgação da importância do acompanhamento das gestantes adolescentes durante o pré-natal. Para reforçar esta necessidade, fica a importância do repasse destes resultados a estas instituições.

Ao acompanhar essas mães adolescentes, tive a oportunidade de verificar que, apesar das condições sócioeconômicas serem baixas, elas são comprometidas, com o cuidado dos seus bebês, empenhando-se na continuidade do aleitamento materno. Essa postura não foi relatada na maioria dos estudos citados.

A continuidade de estudos, relacionada a aleitamento materno entre mães adolescentes, é necessária para se obter mais dados a fim de que os profissionais de saúde se comprometam com os fatos e saibam lidar com esta faixa etária, tão controversa quanto complexa.

Enfim, implementação de estratégias para a promoção e o encorajamento do aleitamento materno em mães adolescentes é função de todos, não somente dos profissionais de saúde, como também da sociedade, pois os benefícios são patentes e estão plenamente comprovados.

REFERÊNCIAS

- AMADOR, M.; HERMELO, M.P.; CANETTI, J.E.; CONSUEGRA, E. Adolescent mothers: do they breast-feed less? **Acta Pediatr. Hung**, n.32, p. 269-285, 1992.
- ARAÚJO, M.F.M.; DEL FIACO, A.; WERNER, E.H.; SHIMITZ, B.A.S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: Evolução do projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3, n. 2, p. 195-204, abr./jun. 2003.
- BERGADA, C. A puberdade e a medicina do adolescente. In: **Anais Nestlé**, São Paulo, v.55, p.1-8, 1998. Suplemento especial.
- BERQUÓ, E. Aleitamento materno diferencial para meninos e meninas. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n.56, p.27-29, fev. 1986.
- CHALEM, E.; BOM ÂNGELO, M.L. A mãe adolescente. **Pediatria Moderna**, v.32, n.2, p.188-191, 1996.
- COLLET, D. Modelling survival data in medical research. London: Chapman & Hall, 1994.
- COLOSIMO, E. A.; GIOLO, S. R. **Análise de sobrevivência aplicada**. São Paulo: Edgard Blucher, 2006.
- DONATH, S.M.; AMIR, L.H. Breastfeeding and the introduction of solids in Australian infants: data from the 2001 National Health Survey. **Aust N Z J Public Health**, Austrália, v. 29, n. 2, p.171-175, Apr. 2005.
- ESPIRITO SANTO, L.C.; OLIVEIRA L.D.; GIUGLIANE E.R.J. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. **Birth**, v.34, n.3, p.212-219, Sept. 2007.
- FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, M. C. E.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n. 5, set/out., 2006.
- FRANÇA M.C.T.; GIUGLIANI, E.R.J.; OLIVEIRA, L.D.; WEIGERT, E.M.L.; SANTO, E.L.C.; KÖLER, C.V.; BONILHA, A.L.L. Uso da mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 out. 2009.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.85-92, fev. 2004.

GALAZ LETELIER, L. M.; LIVESEY AGUIRRE; A.; NAVARRO CABEZAS, S. **Factores que influyen en la lactancia que reciben los hijos de primíparas precoces**. 1994. 56p. Tese (Profesional) - Pontificia Universidad Católica do Chile, Escuela de Enfermería, São Joaquim, Chile, 1994.

GAMBOA D.E.M.; LOPEZ, B.N.; PRADA, G.G.E.; GALLO, P.; YANITZE, K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable **Rev. Chil. Nutr.**, v. 35, n.1, p.43-52, mar. 2008.

GARCÍA J. R.; ACOSTA-RAMÍREZ N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. **Rev de Salud Pública**, Bogotá, v.10, n.1, p.71-84, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scieloOrg/php/related.php?pid=S0124-00642008000100007&lang=en>>. Acesso em: 5 out. 2009.

GIGANTE, D.P.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.3, p. 259-65, 2000.

GIUGLIANI, E.R.J; LAMOUNIER, J.A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J. Pediatria*, R.J., v.80, n5, supl. Porto Alegre, nov. 2004.

HANNON, P. R.; WILLIS S.K.; BISHOP-TOWNSEND, V.; MARTINEZ ISABEL M. SCRIMSHAW S. C.. African-american and latina adolescent mothers infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. **J. Adolesc. Health**, v.26, n.6, p. 399-407, Jun. 2000.

HARNER, H.M.; McCARTER-SPAUDING, D. Teenage mothers and breastfeeding: does paternal age make a difference? **J. Hum Lact.**, v.20, n. 4, p. 404-408, Nov.; 2004.

HAUG, K.; IRGENS, L.M.; BASTE, V.; MARKESTAD, D.; SCHREUDER, R.S.P. Secular trends in breastfeeding and parenteral smoking. **Acta Paediatr.**, n. 87,

HOLLINGSWORTH, D.; KREUTNER, A. Teenage pregnancy. **N. Eng. J. Med.**, n. 303, p. 516-518, 1980.

HORMANN, E. **Report on breastfeeding consultancy**. Kosovo: WHO, Sept./Dec. 1999. Disponível em: <www.euro.who.int/Document/Nut/infantkosovo.pdf>. Acesso em: 5 out. 2009.

HORWOOD, L.J.; DARLOW, B.; MOGRIDGE, N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal*, v.84, p.23-27, 2001.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied survival analysis: regression modeling of time to event data**. New York: John Wiley, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística de registro civil de 2004**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=512&id_pagina=1>. Acesso em: 5 out. 2009.

LAMOUNIER, J.A; CARDOSO J. A. M.; ABRANTES M. M.; SILVA A. A.; DINIZ C.M./I. Fatores relacionados com aleitamento materno em mães adolescentes. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, supl.2, p.27-29, 2003.

LEÃO, M.M.; COUTINHO, D.C. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Fundação IBGE/UNICEF. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. p.97-110.

LIMA M.; FIGUEIRA F.; EBRAHIN G.J. Malnutrition among children of adolescent mothers in a squatter community of Recife, Brazil. **J. Tropical Pediatrics**, n.6, p.14-19, 1990.

LÓPEZ, J. Factores psicosociales del embarazo adolescente. In: BRACHO, C. *et al.*(ed.). **Producción científica sobre la adolescencia**. Valencia, Venezuela: El Viaje delPez; 2005. p.25-36.

LUDVIGSSON J. F.; Breastfeeding in Bolivia: information and attitudes. **BMC Pediatrics**, v.3, n.4, May 2003.

MELO, A.M.C.A.; CABRAL, P.C.; ALBINO, E.;MOURA, L.M.D.; MENEZES, E.B.; WANDERLEY, L.G. Conhecimento e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Materno infantil**, Recife, v.2, n.2, p.137-142, maio/ago. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 3 out. 2009.

MIRAGLIA DEL GIUDICE, M.; DE LUCA, M.G. The role of probiotics in the clinical management of food allergy and atopic. **J. Clin. Gastroenterol.**, v. 38, p.84-85, 2004.

MONTEIRO, D.L.M.; CUNHA, A.A.; FAGIM, I.G.; PAIVA, A.S. Modelo de assistência Multidisciplinar na adolescência, visando o bem estar materno-fetal e a contracepção. **Reprod. Climat.** v.10, n.2, p.67-72, abr./jun. 1995.

MORAES, M.S.; ANDRÉA, M.A.; YAGI, R. G. R. A expectativa de amamentar: da intenção a prática. **Arq. Ciências da Saúde**, v.11, n.3, p. 149-153, jul./set. 2004.

NAKAMURA, S. S.; VEIGA, K.F.; FERRARESE, S.R.B.; MARTINEZ, F.E. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 2 mar./abr. 2003.

NELSON, A.; SETHI, C. The breastfeeding experiences of Canadian teenage mothers. **JOGNN Clinical Research**, v. 34, n. 5, p 615-624, sept./oct. 2005.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.1, mar. 2009.

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M. A.; LEAL, C. Fatores associados á introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300013>. Acesso em: 05 out. 2009.

OMS / UNICEF. Declaração de Innocenti. In: **Breastfeeding in the 1990s: A global initiative**. Apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority, Florença, Itália, 30 de jul./1 ago.1990.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Problemas de salud de la adolescência**. Geneva: OMS, 1965. (Série de Informes Técnicos, 308).

OSMAN N.A.; EL SABBAN F.F. Infant-feeding practices in Al-Ain, United Arab Emirates. **J. East Mediterr Health**; v. 5, n.1, p. 103-10, Jan. 1999.

PASSOS, M.C.; LAMOUNIER J. A.; SILVA C. A M.; FREITAS, S.N.; BAUDSON, M.F.R.; Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102000000600009&script=sci_isoref>. Acesso em: 29 set. 2009.

PETERSON, C.E.; DA-VANZO, J. Why are teenagers in the United States less likely to breast-feed than older women? **Demography**, v. 29, n.3, p.431-450, 1992

PRIETO DE SOSA, R. I. El hijo lactante de madre adolescente. **Anales de La Facultad de Ciências Médicas de la Universidad Nacional de Asunción**, v. 20, n. 1-2, p. 151-168, 1988.

RATNER P.A.; JOHNSON J. L.; BOTTORFF J. L.; Smoking relapses and early weaning among postpartum women: is there an association? **Birth**; Canadá, v.26, n.2, p. 76-82, Jun.1999.

ROMERO M.I.; YENTZEN G.; RAMIRO M.; ALARCÓN G.; GONZALEZ, E.; ARESTIZÁBAL, E.; BAÑARES, E.; FAUNES, V.; GAMBOA, L.; GONZÁLES, L.; HERNANDO, M. Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes: Un estudio descriptivo de seguimiento. **Cuad. Méd.-Soc.**, Santiago de Chile, v.25, n. 3, p. 124-129, Sept. 1984. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596&indexSearch=D>>. Acesso em: 5 out. 2009.

SAES, S. O.; GOLDBERG, T. B. L; ONDANI, Leticia Mayumi. Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 24, n. 2, p.121-126, jun. 2006.

SANTOS NETO, E.T. **Fatores associados ao tempo de aleitamento materno em coorte dos primeiros anos de vida**. 2007. Dissertação (Mestrado em atenção à saúde coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

SANTIAGO, L.B. Fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno nos primeiros 4 meses de vida: a importância do pediatra com treinamento específico. 2003. Tese (doutorado em saúde pública) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, departamento de puericultura e pediatria.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2006.

SEPKA, G.C.; GASPARELO, L.; SILVA, A.B.F.; MASCARENHAS, T.T. Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando esta prática. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.3, p.313-322, jul./set. 2007.

SUZELY M. A. S.; ZINA, L.V.; SALIBA, N.A.; SALIBA, O. Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. **Journal of Indian Soc. of Pedod. and Prevent. Dent.**, v. 26, p. 102-106, Sept. 2008.

ULANOWICZ, M.; PARRA, K.; WENDLER, G.; MONZON, L. Riesgos en el embarazo en la adolescente. **Rev de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina**, v.153, n. 4, p.13-17, 2006.

US. Department of Health and Human Services. **Fertility, family planning and women's Health: New data from the 1995 National survey of Family Growth**. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics; 1997. (Vital and health statistics. Series 23, Data from the national survey of family growth; n. 19)

VALENZUELA M.S.; ABARCA, B.C.; AILLACHE, E.B.; ALISTE, V.C.; ALVARADO, C.S.; BOCIC, G.A.; DIEZ, C.M.; GOSTIN, X.B.; HERNANDEZ, R.N.; PEÑARANDA, P.P. Primer año de vida en hijos de adolescentes. **Bol. Hosp. San Juan de Dios**, v.34, n.2, p. 81-5, mar./abr. 1987.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C.A. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300009>. Acesso em: 29 set. 2009.

VIÇOSA G. R.; RUZICKI, E.M.; MARIA, E.; PRZYBYLSKI, J.; AZAMBUJA, H.C.; QUEIROS, L.; DALCIN, V.E.; LEONOR, D.B.E.; BEHLE, I. Gestação na adolescência: a experiência do hospital Presidente Vargas. **Rev. Psiq. do Rio Grande do Sul**, v.9, n. 2, p. 97-104, maio/ago. 1987.

VICTORA, G.G.; GIGANTE, D.P. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v.26, n.1, p.224-227, 1997.

VICTORA, C.G.; TOMASI, E.; OLINTO, M.T.A.; BARROS, F.C. Use of pacifiers and breastfeeding duration. **Lancet**, v.13, n. 341, p.404-406, Feb. 1993.

VIEIRA M.L.F.; SILVA J.L.C.P.; BARROS FILHO A. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.79, n.4, p.317-324, jul./ago. 2003.

VIEIRA M.L.F. **Filhos de mães adolescentes**: avaliação do crescimento e desenvolvimento com um ano de idade. Campinas, SP, 2002. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdades de Ciências Médicas, 2002.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WHO (World Health Organization). The prevalence and duration of breast-feeding: update information 1980-1989, part 1. **Weekly Epidemiol. Record**, v.64, n. 42, p. 321-324, 1989.

WHO (World Health Organization). Global strategy on infant and young child feeding. In: 55th WORLD HEALTH ASSEMBLY. Genova, 2002.

WHO (World Health Organization). Working Group on Infant Growth. **An evolution of infant growth**. Geneva: World Health Organization, 1994.

APENDICE A - Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

Sr^a. mãe,

Seu filho está sendo alimentado somente com seu leite (amamentação exclusiva) e por isso você está sendo convidada a participar do estudo “**Duração de Aleitamento materno exclusivo em adolescentes atendidas em unidade de referência em Belo Horizonte MG**”. Os avanços na área de saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é muito importante. O objetivo deste estudo é conhecer a situação do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes acompanhadas nesta unidade de referência, “casa da criança”. Caso você participe, será necessário responder a um questionário sobre alimentação de seu filho, seu pré-natal e condições de saúde sua e de seu filho. Não será feito nenhum procedimento que possa trazer qualquer desconforto ou risco de vida para seu filho.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não permitir a participação do seu filho(a) na pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento dele. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e também não terá nenhuma despesa. O nome do seu filho não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado com um número.

Termo de consentimento livre após o esclarecimento

Eu,

_____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo. A explicação que recebi esclarece que não haverá riscos e quais os benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o acompanhamento do meu filho(a), sendo o mesmo garantido pelo serviço de puericultura da casa da criança do Hospital Júlia Kubistchek da FHEMIG. Sei que

o meu nome e do meu filho (a) não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro pela participação no estudo.

Eu concordo em participar deste estudo.

Belo Horizonte,...../...../.....

Assinatura da mãe:

Assinatura do pesquisador responsável:

Assinatura do pesquisador orientador:

Telefone de contato dos pesquisadores: Francisco da Silveira (31)32739608/

Cecy Santos (31)33714393

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – PHEMIG: (31) 3239-9579

ANEXO A - Questionário

**QUESTIONÁRIO DA PESQUISA SOBRE ALEITAMENTO
MATERNO DE MÃES ADOLESCENTES DA CASA DA CRIANÇA E
DO ADOLESCENTE – BH.**

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME: _____

2- N^o do prontuário _____

3- Ficha N^o _____

4- Endereço: _____

5- Bairro: _____ Tel.: _____

6- Cidade: _____ CEP _____ - _____

| | |
|---|-------------------|
| 1-Número: _____ 2- Município: _____ | qst: _____ |
| | mun: _____ |
| 3- Micro área: _____ Família: _____ 4- Número da criança: _____ | loca: _____ |
| | fam: _____ |
| | ncri: _____ |
| 5- Área: (1) Urbana (2) Rural | área: _____ |
| 6- Nome da criança: _____ | |
| 7- Nome da mãe: _____ | |
| 8- Data nascimento criança: ____/____/____ | dn ____/____/____ |
| 9- Sexo: (1) masculino (2) feminino | — |
| | sexo: _____ |

| | |
|--|---|
| 10- O que a senhora é da <CRIANÇA>? (1) mãe biológica (2) mãe adotiva (3) avó (4) irmã () outro: _____ | inform:____ |
| 11- Data nascimento da senhora? ___/___/___ 12- Qual a idade da senhora? ___ | dnm:____ idade:____ _ |
| 13- A senhora é solteira, casada, viúva ou separada? (1) solteira (2) casada/vive junto (3) viúva (4) separada/divorciada | estciv:____ |
| REFERENTES À MÃE BIOLÓGICA: perguntas de 14 a 22 | |
| 14- Quantos filhos a senhora teve antes e depois da criança? Antes: _____ Depois: _____ ___ nascidos vivos ___ nascidos vivos (00= nenhum; 88= NSA 99= ign) ___ nascidos mortos ___ nascidos mortos (> 28 semanas gestação ou 1.000 g) | natvivoa__ _ natviod__ _ natmorta__ _ natmortd__ _ |
| EM CASO DE TER UM FILHO OU MAIS: | |
| 15- Data de nascimento do irmão que nasceu antes da <CRIANÇA>? ___/___/___ Data de nascimento do irmão que nasceu depois da <CRIANÇA>? ___/___/___ | D1___/___/___ D2___/___/___ |
| 16- A senhora já teve algum aborto? (1) sim (2) não | aborto:____ |
| 17- SE SIM, quantos abortos a senhora já teve? Aborto espontâneo___ aborto provocado___ | aboesp:___ aborpro:___ |
| 18- Mãe é fumante? Sim ___ Não ___ Outra pessoa residente na casa é fumante? Sim ___ Não ___ Se Sim, reside na casa há ___ meses | Maefuma_ Outfuma:_ Reside:____ |

| | |
|---|--|
| <p>19- Vamos conversar sobre situação familiar. Quais as pessoas que moram na casa?</p> <p>Pai: (1) biológico (2) adotivo (3) não mora (4) falecido</p> <p>Mãe: (1) biológica (2) adotiva (3) não mora (4) falecida</p> <p>Irmãos: _____ (número)</p> <p>Outros _____ (número)</p> <p>NÃO INCLUIR A CRIANÇA QUE ESTÁ SENDO EXAMINADA</p> | <p>pai:_____</p> <p>mãe:_____</p> <p>nirm:_____</p> <p>noutr:_____</p> |
| <p>20- O pai de <CRIANÇA> sabe ler e escrever?</p> <p>(1) sim (2) não (3) só assinar (9) não sabe</p> | <p>alfabpai:___</p> |
| <p>21- Até que série o pai de <CRIANÇA> estudou?</p> <p>_____série do _____grau (00 = sem escolaridade)</p> | <p>escolpai:___</p> |
| <p>22- E a senhora? Sabe ler e escrever?</p> <p>(1) sim (2) não (3) só assina (9) não sabe</p> | <p>edmul:___</p> |
| <p>23- Até que série estudou na escola?</p> <p>_____série do _____grau (00 = sem escolaridade)</p> | <p>escolmul___</p> |
| <p>24- No mês passado, quanto ganharam em Real, as pessoas que trabalham? <u>R\$/mês</u></p> <p> pessoa1: _____ por mês pessoa2: _____ por mês</p> <p> pessoa3: _____ por mês pessoa4: _____ por</p> <p> mês</p> | <p>r1:_____</p> <p>r2:_____</p> <p>r3:_____</p> <p>r4:_____</p> |
| <p>25- A família tem outra renda, como aluguel ou pensão? R\$ _____</p> <p>por mês</p> | <p>oren:_____</p> |
| <p>AS PERGUNTAS ABAIXO SE REFEREM AO CHEFE DA FAMÍLIA (PESSOA DE MAIOR RENDA)</p> | |
| <p>26- Que tipo de trabalho ele (a) faz ou fez: _____</p> | <p>tipotrab:___</p> |
| <p>SE FOR TRABALHADOR DA AGRICULTURA:</p> | |
| <p>27- É dono de terra ou trabalha para alguém?</p> <p>(1) proprietário (2) parceiro/meeiro (3) posseiro (4) assalariado (5)</p> <p>outros:_____</p> | <p>terra:_____</p> |

| | |
|--|------------------------|
| SE A RESPOSTA FOR ASSALARIADO: | |
| 28- Trabalha todo o ano ou na safra? (1) ano todo (2) somente na safra (3) na entressafra | tranot:___ |
| 29- A sua família planta a maior parte do que come? (1) sim (2) não | famipla:___ |
| Agora vamos falar sobre o seu trabalho: | |
| 30- A senhora trabalhou fora de casa nos últimos 12 meses do ano passado? (1) não (2) sim (3) sim, em casa, para fora (4) estudante (5) outro:_____ | trabmae:___ |
| VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE < CRIANÇA >: | |
| 31- A senhora fez consulta pré-natal durante a gravidez desta criança? (1) sim (2) não | prenat:___ |
| SE NÃO, PULE PARA A PERGUNTA 35: | |
| 32- Em que mês da gravidez iniciou as consultas pré-natal____ (00= primeiro mês 88= NSA; 99= ignorado) | prenatm:____ |
| 33- Quantas consultas de pré-natal fez?____ (88= não fez pré-natal) | prenatn:___ |
| 34- Recebeu vacina antitetânica durante a gravidez da <CRIANÇA>? Quantas doses? ____ doses (0= não recebeu; 9= ign; 7= já imunizada) | prenatet:___ |
| 35- Onde nasceu <CRIANÇA>? (1) hospital ou maternidade (2) domicílio (3) casa de parto (4)outro:_____ Se hospital ou maternidade, qual foi?_____ | nasceu:___ mat:___ |
| 36- Quem fez o parto? (1) médico (2) parteira (4) outro:_____ _____ | atendeu:___ |
| 37- Como foi o parto? (1) normal (2) fórceps (3) cesariana | parto:___ |
| 38- Quanto pesou ao nascer?_____g | pn:_____ |
| 39- O peso ao nascer foi?(1) confirmado (2) só informado | pnconf:___ |
| 40- Depois que a criança nasceu ficou com a mãe no hospital? Sim ___ Não ___ Se Sim a partir de ___ horas após nascimento | Maehos___ Hrspos___ |

| | |
|--|--|
| <p>41- Com quantas horas de vida a criança mamou no peito a primeira vez?</p> <p>(1) menos de 1 (2) de 1 a 3 (4) de 4 a 6 (5) mais de 6 horas, se + 6 hs Por que?_____</p> <p>42- <CRIANÇA> recebeu algo a não ser leite materno no hospital?</p> <p>Sim __ Não __</p> <p>Não sabe __ Se Sim, o que? (1) água (2) chás (3) outro leite (4) soro glicosado</p> <p>(5) outro _____</p> | <p>Mama1__</p> <p>Algo____</p> <p>Tipo:____</p> |
| <p>43- Pai influenciou na decisão de amamentar? Sim __ Não __</p> | <p>Paiama:__</p> |
| <p>44- Depois que seu filho nasceu, a senhora se consultou alguma vez, antes dele fazer 2 meses? (1) sim (2) não</p> <p>SE SIM: QUAL FOI O MOTIVO?</p> <p>_____</p> | <p>Consu__</p> <p>Motco__</p> |
| <p>45- <CRIANÇA> mama no peito? (1) sim (2) não</p> <p>Se não pule para o número 50</p> <p>VAMOS CONHECER O QUE VOCÊ SABE SOBRE AMAMENTAÇÃO:</p> | <p>mama:__</p> |
| <p>46-Deseja continuar amamentando seu filho?</p> <p>(1)Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Se sim, por quanto tempo? (1)1mês (2)3meses (3)6meses (4) mais de 6 meses</p> | <p>Cont ama</p> <p>_____</p> <p>Temp_____</p> |
| <p>47- Quais são as vantagens do leite materno?</p> <p>(1) Proteção (2) barato (3) facilidade</p> | <p>Vant_____</p> |
| <p>48- Com qual idade seu filho deverá receber outro alimento?</p> <p>(1)1mês (2)3meses (3)6meses (4) depois dos 6 meses (5)não sabe</p> | <p>Outro alim</p> <p>_____</p> |
| <p>49- Você recebeu alguma orientação sobre amamentação no seu pré-natal?</p> <p>(1) Sim (2) não</p> <p>Se sim, de qual forma? (1) palestras (2) folhetos (3) ginecologista (4) outros</p> | <p>orient_____</p> <p>tipo orient</p> <p>_____</p> |

| | |
|---|---|
| <p>50- POR QUE NÃO AMAMENTOU? (1)- leite fraco (2)- pouco leite (3)- leite secou (4)- Criança não quis mais (5)- Doença da criança. Qual: _____</p> <p>(6)- Doença da mãe. Qual: _____</p> <p>(7)- Trabalho da mãe (8)- Problema no seio (9) outras causas_____</p> | <p>Não amam</p> <hr/> <p>motivo</p> <hr/> |
| <p>51- Alguma pessoa influenciou você a não amamentar? (1) Avo (2) Pai (3) Tia (4) Vizinho (5) Médico (6) Enfermeiro (7) Outro profissional de saúde (8) Outro.</p> | <p>Infl amam</p> <hr/> |
| <p>52- Avó materna amamentou filhos? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> | <p>Avó amam</p> <hr/> |
| <p>53- <CRIANÇA> Tem cartão que marque o peso? (1) sim, visto (2)sim, não visto (3) tinha, mas perdeu (4)nunca teve número do cartão</p> | <p>cartpeso: _</p> <p>num_____</p> |
| <p>54-<CRIANÇA> Usa chupeta ou bico? Sim _____ Não _____</p> | <p>Bico_____</p> |
| <p>55- <CRIANÇA> Tem cartão que anote as vacinas? (1) Sim, Visto (2) Sim não Visto (3) Tinha, mas perdeu (4) Nunca teve.</p> | <p>Cartvac : _</p> <p>num_____</p> |

| | |
|--|---|
| <p>56- <CRIANÇA> Quantas doses de vacinas já recebeu?</p> <p style="text-align: center;">cartão mãe cicatriz</p> <p>Sabin (gota na boca) _____ _____</p> <p>Tríplice (injeção na nádega) _____ _____</p> <p>Contra sarampo (braço)..... _____ _____</p> <p>Triviral..... _____ _____</p> <p>Contra hepatite B..... _____ _____</p> <p>Contra Haemophilus..... _____ _____</p> <p>BCG (ver cicatriz no braço) _____</p> <p>- Fez teste do pezinho? Sim _____ Não _____</p> | <p>Sabin: __</p> <p>DPT : __</p> <p>Vacsar : __</p> <p>Triv: __</p> <p>Hepat: __</p> <p>Haem: __</p> <p>Bcg: __</p> <p>Pez : __</p> |
| <p>VAMOS CONVERSAR AGORA SOBRE A SENHORA:</p> | |
| <p>57- Tipo de casa:</p> <p>(1) tijolos (2) taipa (3) mista tijolo e taipa (4) palha (5) edifício (6) papelão (7) papelão, lata (8) outro _____).</p> | <p>casa:_____</p> |
| <p>58- Quantos compartimentos usam para dormir _____</p> | <p>dormir:_____</p> |
| <p>59- Tem água encanada? (1) sim, dentro de casa (2) sim, no quintal (3) não</p> | <p>aguaenc:_____</p> |
| <p>60- De onde vem a água da casa usada para beber?</p> <p>(1) rede pública (2) chafariz (3) cacimba, poço (4) rio, riacho. lagoa, açude (5) olho d'água (6) outro _____</p> | <p>aguaonde: _____</p> |
| <p>61- Como é a privada da casa?</p> <p>(1) sanitário com descarga (2) sanitário sem descarga (3) casinha/fossa negra (4) não tem</p> | <p>privada:_____</p> |

| | |
|--|--|
| EXAME ANTROPOMÉTRICO (caso não tenha feito) 62- Peso: _____ g | peso:_____ |
| 63- Estatura _____ cm | est:_____ |
| 64- Perímetro cefálico _____ cm | pecefa:____ |
| 65- Desde ontem, nesta mesma hora, a criança foi amamentada? Sim__ Não__ Caso afirmativo foi a única fonte de alimento? Sim ____ Não ____ Desde ontem, nesta mesma hora, a criança recebeu? Água pura.....sim____ não____ Água adoçada ou com sabores..... sim____ não ____ Suco de frutas..... sim____ não____ Leite em pó ou fresco.....sim____ não____ Vitaminas ou suplementos minerais.....sim____ não____ Chás ou infusões.....sim____ não____ Papa de verduras/legumes..... sim____ não____ Angu..... sim____ não____ Fruta machucada/esmagada.....sim____ não____ Arroz com feijão..... sim____ não____ Carne..... sim____ não____ Outro..... sim____ não ____ | Ontmama_ Única__ Água1__ Água2__ Suco__ Leite__ Vita__ Cha__ Papa__ Angu__ Fruta__ Arrozfeij__ Carne__ |
| 66- Data da entrevista: ____/____/____ | de__/__/__ |
| 67- Entrevistador(a) _____ | entrev:____ |

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Caro Celso

PARECER Nº 387

Interessados: Cecy Maria Lima Santos

Hospital: Hospital Júlia Kubistchek

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP/FHEMIG) aprovou, no dia 14 de setembro de 2006, o projeto de pesquisa intitulado « **Duração do aleitamento materno exclusivo em adolescentes atendidas em unidade de referência de Belo Horizonte/MG** ».

Relatórios parciais e final devem ser encaminhados ao CEP/FHEMIG com um intervalo mínimo de 6 meses (entre os relatórios), a partir da data de início do estudo.

[Assinatura]
Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Coordenador do CEP/FHEMIG

Celso
Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Médico do Estado e Pesquisa/HUK
Coordenador
10/10/2006