

ÉRIKA CRISTINA JACOB GUIMARÃES PAIXÃO

SER MÃE NA ADOLESCÊNCIA:

658604002 **UMA REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO**

CAMPINAS

2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

ÉRIKA CRISTINA JACOB GUIMARÃES PAIXÃO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Campinas, 27 de Agosto de 2003.


Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa
Orientadora

**SER MÃE NA ADOLESCÊNCIA:
UMA REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: PROFª DRª ANA MARIA SEGALL

CO-ORIENTADORA: PROFª. DRª. MARLA HELENA BAENA DE MORAES

CAMPINAS

2003

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	P167s
V	EX
TOMBO BCI	580546
PROC.	16P117/04
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	26/5/04
Nº CPD	

= 58045

CM00198037-6

B113 ID 316882

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P167s

Paixão, Érika Cristina Jacob Guimarães

Ser mãe na adolescência: uma reflexão sobre o cuidado do recém-nascido / Érika Cristina Jacob Guimarães Paixão. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientadores : Ana Maria Segall Corrêa, Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Adolescente. 2. Amamentação. 3. Cuidados pessoais com a saúde. 4. Assistência à maternidade e a infância. I. Ana Maria Segall. II. Maria Helena Baena de Moraes Lopes. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Membros:

1. Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

2. Profa. Dra. Marina Ferreira Réa

3. Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27/08/2003

Dedicatória

Ao meu querido esposo, Edmar.

*Às filhas, Isabella e Ana
Carolina, que são minha riqueza
e alegria.*

*Aos meus pais, José Roberto e
Sonia, que são o porto do meu
saber.*

AGRADECIMENTOS

À minha admirada orientadora Professora Doutora Ana Maria Segall Corrêa, pela orientação competente, compreensiva e paciente no desenvolvimento deste trabalho.

Com muito carinho, à Professora Doutora Maria Helena Baena de Moraes Lopes, acompanhando meus trabalhos durante a trajetória da graduação e pós-graduação.

Às entrevistadoras Abigail Bueno, Ana Maria Silva e Maria Aparecida que, com muita dedicação e força de vontade, estiveram sempre presentes no trabalho de campo.

Ao Professor Doutor Rafael Pérez-Escamilla, pelas orientações pertinentes e atenção ofertada ao trabalho. Ao Professor Doutor Heleno e ao Eduardo, pela colaboração e compreensão demonstradas durante a análise dos dados.

Às autoridades da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente ao Doutor Carlos Avancini, e Unidades Básicas de Saúde do distrito norte do município de Campinas pela prontidão com que auxiliaram.

Aos meus amigos, pelo estímulo e apoio durante toda a elaboração deste estudo.

À FAPESP, pelo apoio e auxílio financeiro essencial à realização desta pesquisa.

“O bem-estar da criança está estreitamente ligado à mãe pela própria evolução da gravidez e parto, pelas práticas adotadas para nutri-la e pela utilização dos serviços de saúde. Porém, a qualidade de vida da mulher também precisa ser valorizada independentemente da sua condição de mãe”.

CORRELA e MCAULIFFE, 1999

	PÁG.
RESUMO.....	xxxi
ABSTRACT.....	xxxv
1- INTRODUÇÃO.....	39
1.1- Vida dos adolescentes – um breve contexto histórico.....	41
1.2- Conceitualizando a adolescência.....	42
1.3- Riscos e vulnerabilidade.....	43
1.4- O processo da gravidez e do ser mãe na adolescência.....	44
1.5- Os filhos das adolescentes e o aleitamento materno.....	46
1.6- Justificativa.....	49
2- OBJETIVOS.....	51
2.1- Objetivo Geral.....	53
2.2- Objetivos específicos.....	53
3- MATERIAIS E MÉTODOS.....	55
3.1- Aspectos éticos da pesquisa.....	57
3.2- Local de Estudo.....	57
3.3- Cálculo seleção de amostra.....	59
3.4- Critérios de inclusão e exclusão.....	59
3.5- População de referência e de estudo.....	59
3.6- Instrumento de coleta de informações.....	60
3.6.1- Variáveis Independentes.....	60
3.6.1.1- Perfil sócio demográfico.....	60
3.6.1.2- Suporte de apoio familiar.....	61
3.6.1.3- Rede de apoio social.....	62
3.6.1.4- Características da assistência à saúde maternas.....	62
3.6.1.5- Características da assistência à saúde da criança.....	62
3.6.1.6- Características do aleitamento materno e alimentação complementar dos filhos dos adolescentes.....	63
3.6.2- Variável dependente.....	64

3.7- Coleta e registro de dados.....	64
3.8- Metodologia de análise.....	65
3.8.1- Variáveis sócio-demográficas.....	65
3.8.2- Variáveis referentes à gestação, parto e puerpério.....	66
3.8.3- Variáveis referentes ao bebê.....	67
4- RESULTADOS.....	69
4.1- Descrição do perfil sócio-demográfico.....	72
4.2- Descrição do suporte de apoio familiar.....	75
4.3- Descrição da rede de apoio social.....	78
4.4- Características da assistência à saúde materna.....	80
4.5- Características da assistência à saúde da criança.....	82
4.6- Características do aleitamento materno e alimentação complementar dos filhos das adolescentes.....	84
4.7- Condições associadas à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.....	89
4.7.1- Procedimentos descritivos.....	89
4.7.2- Procedimentos multivariados.....	91
5- DISCUSSÃO.....	93
5.1- Rede de apoio familiar e social.....	96
5.2- A assistência à saúde materno-infantil.....	98
5.3- O cuidado do recém-nascido.....	102
6- CONCLUSÕES.....	105
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
8- ANEXOS.....	119
9- APÊNDICES.....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMEX	Aleitamento Materno Exclusivo
BEMFAM	Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar do Brasil
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CETS	Centro de Extensão aos Trabalhadores da Área de Saúde
CRAISA	Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde de Adolescentes
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
KELLOGG	Fundação W. K. Kellogg
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNDS	Programa Nacional sobre Saúde e Nutrição
SINASC	Sistema de Informações Nacional sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância/United Nations Childrens Fund
WHO	World Health Organization

TABELA 1-	Análise de variáveis maternas de adolescentes participantes da pesquisa e não participantes (comparação entre proporções), disponíveis no banco de dados do SINASC (N=434) cujos nascimentos são referentes aos períodos de maio a agosto de 2001, dezembro de 2001 a maio de 2002 e janeiro a março de 2003.....	71
TABELA 2-	Análise de variáveis maternas de adolescentes participantes da pesquisa e não participantes (comparação entre médias), disponíveis no banco de dados do SINASC (N=434) cujos nascimentos são referentes aos períodos de maio a agosto de 2001, dezembro de 2001 a maio de 2002 e janeiro a março de 2003.....	72
TABELA 3-	Características do hábito de fumar apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	74
TABELA 4-	Características do consumo de bebidas alcoólicas apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	74
TABELA 5-	Idade da criança expressa em dias, em que as adolescentes foram orientadas a introduzir água e chás, segundo orientador – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	86
TABELA 6-	Idade da criança expressa em dias, em que as adolescentes foram orientadas a introduzir outros tipos de leite, segundo orientador – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	87
TABELA 7-	Idade da criança expressa em dias, em que as adolescentes foram orientadas a introduzir outros tipos de alimentos, segundo orientador – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	87

TABELA 8-	Frequência e idades média e mediana em dias de introdução de alimentos complementares e bicos artificiais aos filhos de mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	88
TABELA 9-	Associações bivariadas entre condições maternas e do bebê e aleitamento materno exclusivo (AMEx) - Campinas, 2001-2003 (n=164).....	90
TABELA 10-	Associação multivariada entre duração do AMEx em categorias e variáveis maternas, estimada em modelo de regressão logística (n=108).....	92

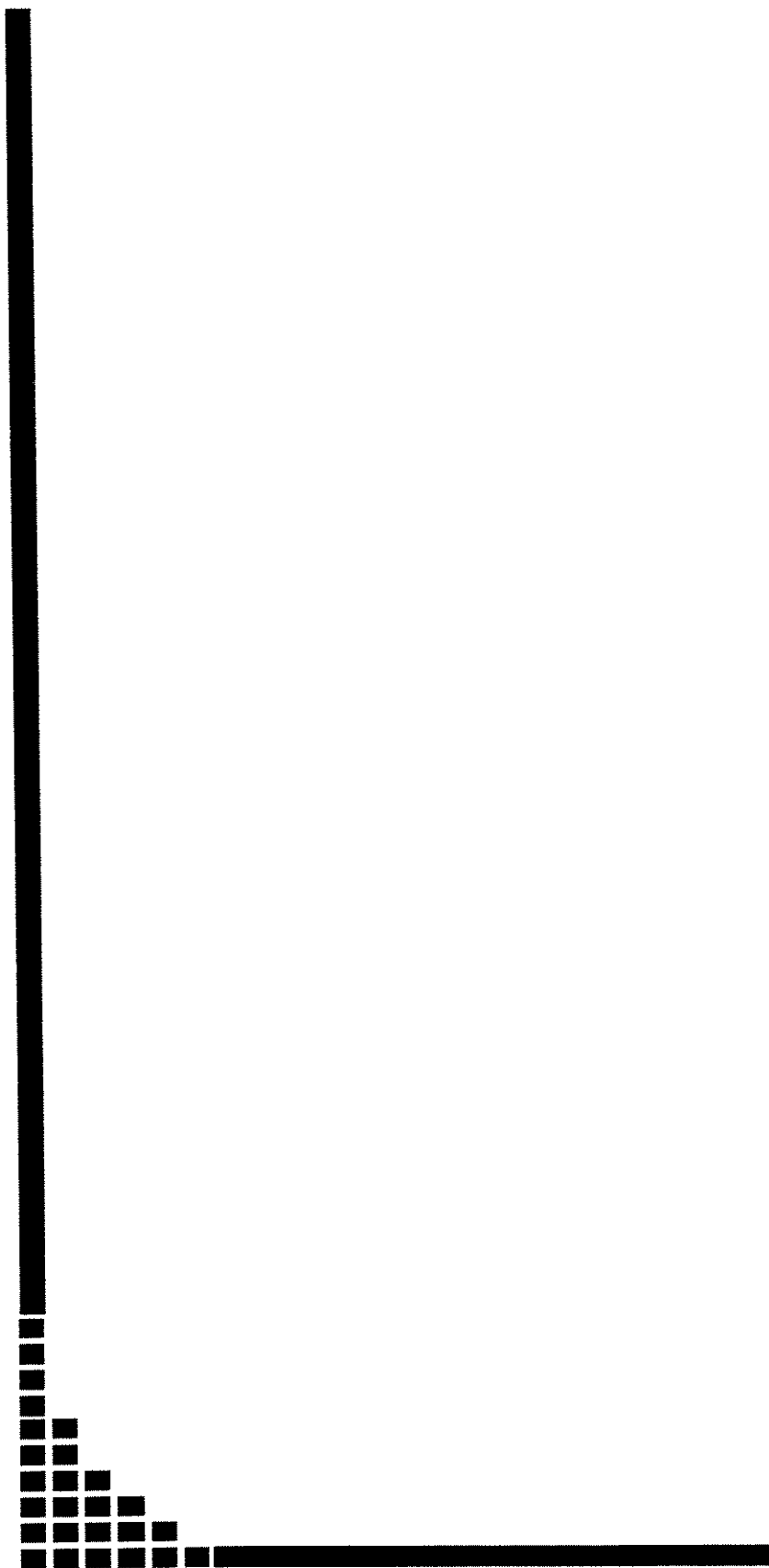
	PÁG.
GRÁFICO 1- Estado marital referido por mães adolescentes no momento da entrevista – Campinas, 2001-2003 (n=164)	73
GRÁFICO 2- Escolaridade em anos de estudos apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	74
GRÁFICO 3- Características do tipo de método anticoncepcional utilizado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	75
GRÁFICO 4- Características dos tipos de dificuldades encontradas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	76
GRÁFICO 5- Apoiadores das mães adolescentes diante das dificuldades vivenciadas – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	76
GRÁFICO 6- Apoiadores com quem mães adolescentes gostariam de contar diante das dificuldades vivenciadas – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	77
GRÁFICO 7- Características da frequência de ajuda das atividades domésticas às mães adolescentes após a saída da maternidade – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	77
GRÁFICO 8- Colaboradores das mães adolescentes com as atividades domésticas após a saída da maternidade – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	78
GRÁFICO 9- Realização de alguma atividade remunerada, quando do diagnóstico da gravidez, referido por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	79
GRÁFICO 10- Frequência em escola, quando do diagnóstico da gravidez, referido por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).	79
GRÁFICO 11- Problemas mais comuns apresentados por mães adolescentes, durante a gestação – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	80

GRÁFICO 12-	Problemas mais comuns apresentados por mães adolescentes durante a internação para o parto e puerpério imediato – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	81
GRÁFICO 13-	Tipo de parto apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	81
GRÁFICO 14-	Problemas apresentados pelos recém-nascidos ainda na maternidade Campinas, 2001-2003 (n=164) Campinas, 2001-2003 (n=164).....	82
GRÁFICO 15-	Problemas apresentados pelos recém nascidos ainda na Maternidade, aos quais foi necessário manter a internação hospitalar – Campinas, 2001-2003 (n=164)	82
GRÁFICO 16-	Frequência de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos de mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	83
GRÁFICO 17-	Problemas de saúde detectados em consulta médica aos filhos de adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	83
GRÁFICO 18-	Desejo de amamentar seu bebê, manifesto durante a gravidez das mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	84
GRÁFICO 19-	Características das orientações recebidas por adolescentes durante a gravidez – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	85
GRÁFICO 20-	Apoiadores das adolescentes, durante a gravidez, em relação ao aleitamento materno – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	85
GRÁFICO 21-	Quartis da duração média de idades orientadas para a introdução de alimentação complementar – Campinas, 2001-2003 (n=164)..	86
GRÁFICO 22-	Dificuldades para amamentar vivenciadas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164).....	88

QUADRO 1 -Lista de UBSs do Distrito Norte de Campinas que participaram da pesquisa, nos períodos de maio a agosto de 2001, dezembro de 2001 a maio de 2002 e janeiro a março de 2003 (n=434).....	58
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

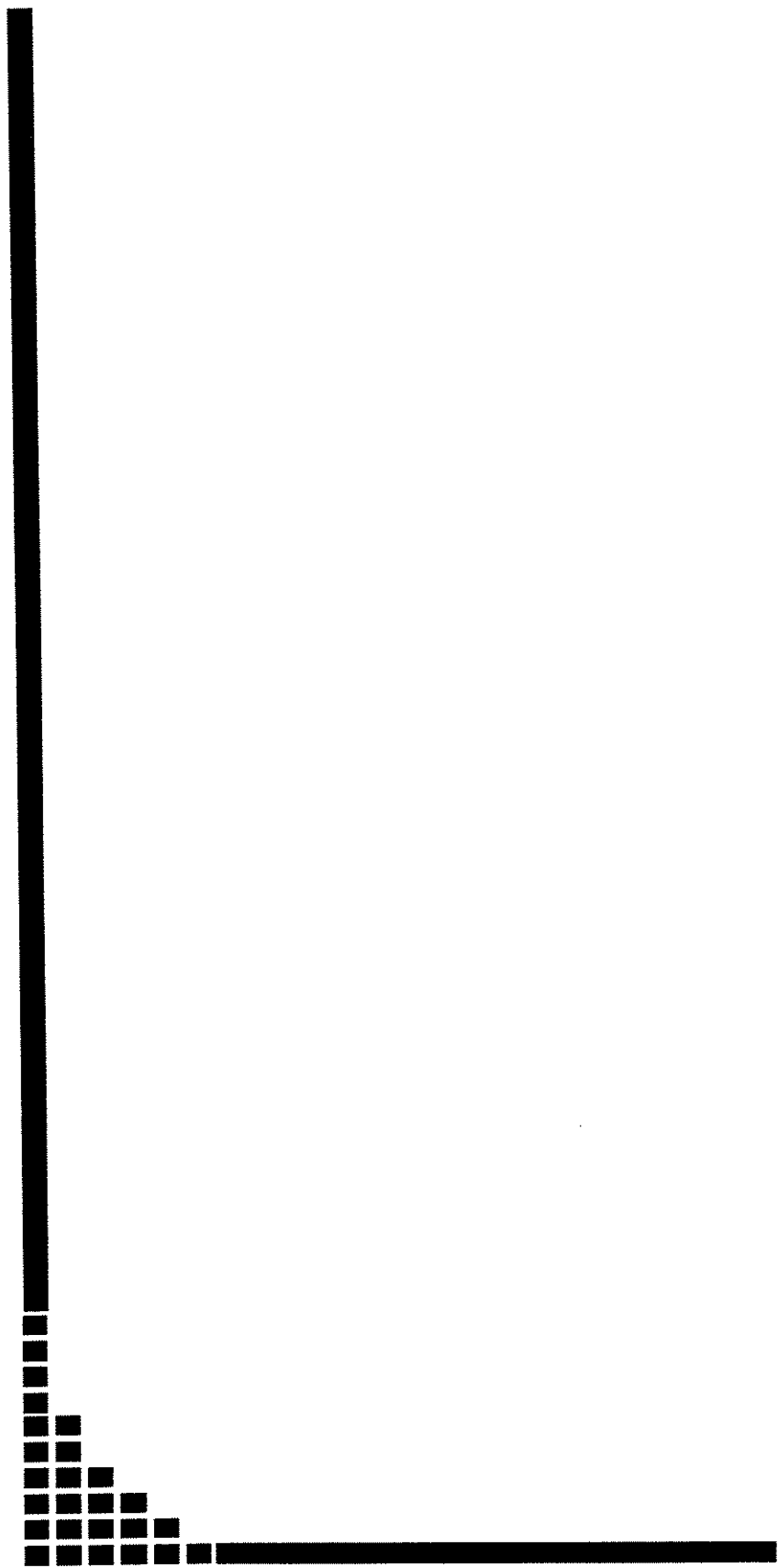
	<i>PÁG.</i>
MAPA 1 -Município de Campinas, segundo Divisão por Distritos de Saúde – Campinas/SP, 2003.....	58



RESUMO

A gravidez na adolescência vem, nas últimas décadas, tornando-se um problema de Saúde Pública, tanto pelo aumento da fertilidade nesta faixa de idade quanto pela observada inadequação da assistência prestada na gestação, no parto, à mãe e à criança, em períodos posteriores. Em Campinas, em média, 20% dos nascidos vivos são filhos de mães adolescentes. O objetivo central do trabalho é analisar a estrutura de apoio familiar, social (escola, trabalho) e de saúde à mãe adolescente (13 a 19 anos) para realizar o cuidado em geral do recém-nascido, avaliando o impacto das ações de saúde prestadas na gestação, parto e puerpério, assim como de outras variáveis maternas, antecedentes à prática do aleitamento materno exclusivo. A amostra (164) de mães adolescentes foi identificada por meio das declarações de nascidos vivos e as entrevistas realizadas no domicílio das mesmas seis meses após o parto. A idade média das mães era de 17 anos no nascimento do bebê, morando com seus companheiros ou outros familiares, em domicílios pequenos e com boas condições de saneamento. Foram não planejadas 78,7% das gestações e 49% não desejadas, entretanto, no momento da entrevista, 44,5% não utilizavam nenhum método anticoncepcional. A maioria fez pré-natal, em média oito consultas, porém não receberam orientações que fossem efetivas à manutenção do aleitamento materno exclusivo (AMEX) até o 6º mês. Quanto à presença de apoio familiar, 9,1% relataram não ter recebido ajuda no pós-parto, 63,4% não consideraram seus companheiros colaborativos com aos afazeres domésticos e 51,8% quanto ao cuidado do recém-nascido. Grande parte das adolescentes já havia interrompido os estudos antes de engravidar, e, das estudantes, metade perdeu o ano escolar. O modelo de regressão logística obtido permitiu considerar como associações significativas ao AMEX mais prolongado as seguintes variáveis: fazer uso de método anticoncepcional no momento da entrevista (OR=0,24; IC=95%: 0,07 – 0,81), a adolescente sentir-se preparada para ter o bebê (OR=0,30; IC=95%: 0,09 – 1,00) e sentir necessidade de conversar com alguém diante de alguma dificuldade (OR=0,29; IC=95%: 0,10 – 0,87). Intervalo superior a 2 horas entre parto e a primeira mamada (OR=3,45; 95% de IC: 1,08 – 11,05) esteve associado à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. Conclui-se que as adolescentes, apesar de morarem com seus companheiros ou outros parentes, não estão recebendo apoio suficiente e adequado para o êxito do AMEX. As adolescentes estudantes não tiveram garantido seu direito ao exercício domiciliar e, em muitos casos, perderam o ano escolar. Entre aquelas que realizavam alguma atividade

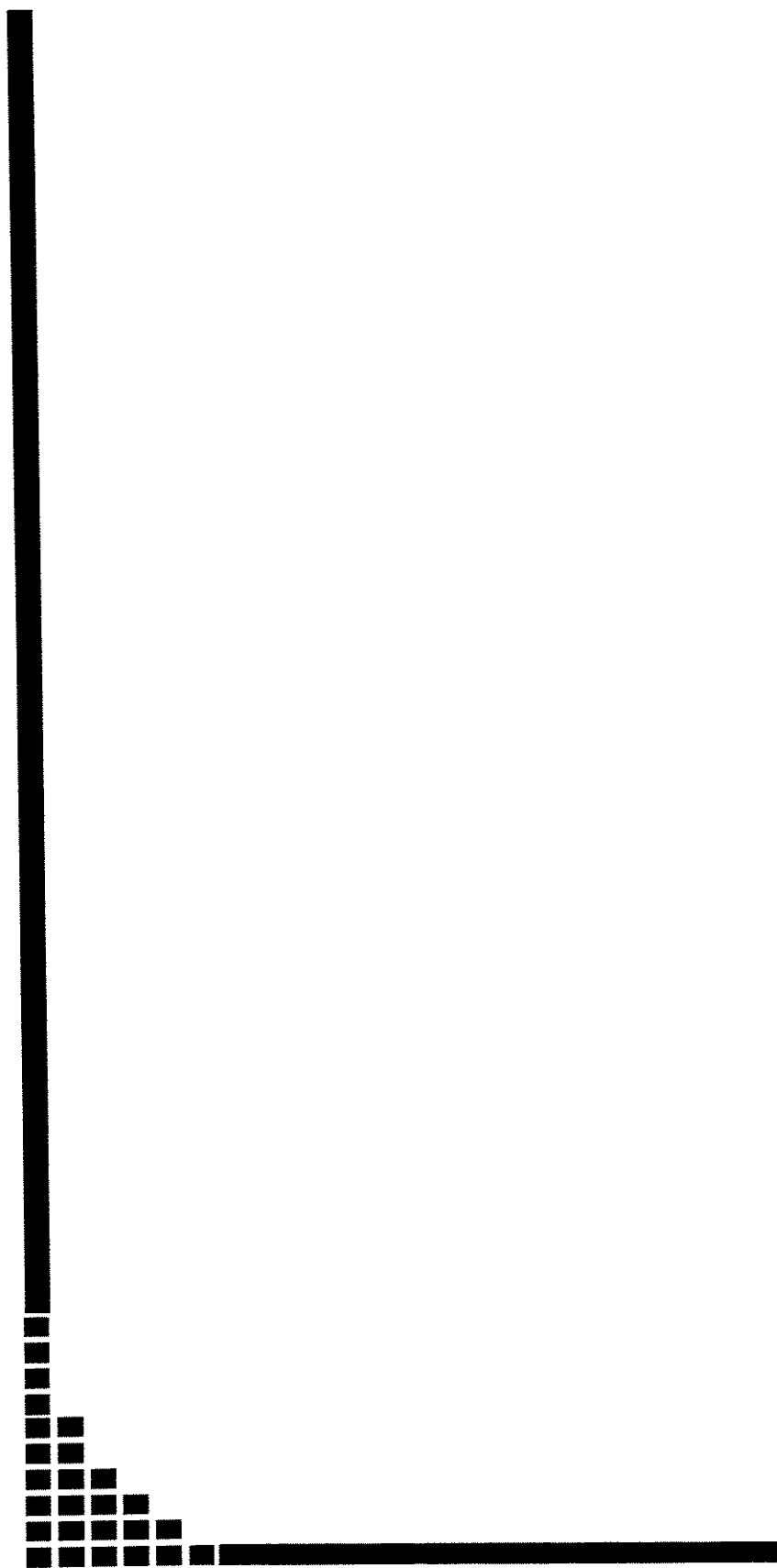
remunerada, algumas foram despedidas ainda durante a gravidez e às outras não foram assegurados seus direitos como mães trabalhadoras. A assistência prestada durante os períodos pré e pós-natal foi inadequada, incentivando o desmame precoce, além de não estar garantindo a estas adolescentes um suporte que as resguardasse de uma nova gestação não planejada.



ABSTRACT

Teenage pregnancy, during the last decades, has become a serious public health problem, not only due to the increasing of fertility among teenagers, but also because of the inadequate assistance given to mothers during pregnancy carriage and labor and to their children after birth. In the city of Campinas, in average, 20% of the live born babies are the children of adolescent mothers. This work aims the analysis of family, social (from school and job) and health structures in support of adolescent mothers (from 13 to 19 years of age), structures that help with general cares for the new born babies, evaluating the impact of the health services during pregnancy carriage, labor and puerperium, as well as other maternal variables prior to exclusive breast feeding. The sample of 164 teenage mothers was identified through live born declarations and interviews carried out at these women's homes six months after labor. The standard age of the mothers was of 17 years at the time of the baby's birth. They usually lived with their partners or other family members, in small households with conditions of sanitation. The research showed that 78,7% of the pregnancies had not been planed and 49% were undesired. However, at the time of interviews, 44,5% of the women weren't making use of some contraceptive method. Most of them had gone through pre-natal practices, eight appointments in average. Nevertheless, they did not receive effective orientations as to the maintenance of exclusive breastfeeding up to the child's 6th month. Regarding the presence of family support, 9,1% stated that they received no help during post-labor, 63,4% did not consider their partners collaborative with domestic duties and 51,8 did not consider them collaborative with cares for the new born baby. Most of the teenagers had already interrupted their studies before getting pregnant, and half of those that were studying lost their school year. The logistic regression model obtained allowed us to consider as significant associations to longer periods of exclusive breastfeeding the following variables: the use of contraceptive methods at the time of the interview (OR=0,24; IC=95%: 0,07 – 0,81), the adolescent feeling prepared to have the baby (OR=0,30; IC=95%: 0,09 – 1,00) and feeling the need to talk to someone due to any difficulty (OR=0,29; IC=95%: 0,10 – 0,87). The time laps superior to 2 hours between labor and the first breastfeeding (OR=3,45; 95% de IC: 1,08 – 11,05) was associated to premature interruption of exclusive breastfeeding. The drawn conclusion is that the adolescents, even though living with partners or family members, are not receiving enough nor adequate support to the success of exclusive breastfeeding. The teenagers that were still

studying did not have the right home schooling guaranteed and, in many cases, lost their school year. As to those who had jobs, some were dismissed during pregnancy and others did not have their rights assured as working mothers. The assistance given during pre and post-natal periods was inadequate, encouraging premature weaning as well as not guaranteeing a kind of support to these mothers that would prevent other non planed pregnancies.



1- INTRODUÇÃO

1.1-VIDA DOS ADOLESCENTES – UM BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

No período colonial brasileiro era comum a mulher casar-se muito cedo, às vezes, ao redor de oito anos de idade. Em geral não freqüentavam a escola e eram educadas, basicamente, para casar e cuidar dos filhos (REIS e ZIONE, 1993), com o agravante de que os casamentos eram acertados de forma a atender, apenas, aos interesses sociais e econômicos das famílias.

Neste mesmo período, por razões também econômicas, as escravas submetiam-se precocemente à iniciação na vida sexual (REIS e ZIONE, 1993). Elas eram vistas como objetos de produção e reprodução. Realizavam trabalhos braçais na lavoura ou na casa grande e ainda eram obrigadas a servir sexualmente aos senhores.

Os casamentos arranjados permaneceram presentes, mesmo depois do período colonial, sendo que a autoridade patriarcal e o imaginário da família burguesa e capitalista continuavam a submeter a vontade dos jovens aos interesses econômicos (COSTA, 1998).

A partir da década de 30, mais precisamente com a Constituição de 1934, observaram-se modificações importantes na situação social da mulher. Ela passou a ter direito ao voto e foi beneficiada por leis trabalhistas, conquistando, assim, maior participação na sociedade. Mudanças passaram a ser observadas, também, em sua vida sexual (POMAR, 1998). CAMARANO (1998) descreve em seu estudo que, nos anos 30, ocorreu um acréscimo de fecundidade dos jovens entre 15 e 19 anos, seguido de um decréscimo até os anos 60, voltando, esta taxa, a crescer, a partir desta década.

Nos anos 80 e, especialmente, 90, ocorreu uma redução importante da fecundidade da mulher brasileira, observada em todas as regiões do país, entretanto, permaneceu o crescimento da fecundidade na adolescência. Este fenômeno é conhecido como rejuvenescimento da fecundidade e tem justificado a grande preocupação dos profissionais de saúde com a gravidez na adolescência (GUIMARÃES, 2001; SILVA, 2001b).

GUIMARÃES (2001) ainda coloca que “esse aumento não ocorreu de forma homogênea: foi muito intenso a partir dos anos 70 e, sobretudo nos anos 80 e permaneceu estável no quinquênio de 1990 a 1995. Nos últimos anos tem havido um crescimento, embora leve, na adolescência inicial (10 a 14 anos)”.

1.2-CONCEITUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA

Em SAITO (2001b), encontra-se o conceito de adolescência sendo construído historicamente, recebendo contribuições de diversas áreas do conhecimento:

Para a Sociologia, a adolescência estaria na dependência da inserção do ser humano em cada cultura, sendo, portanto, produto singular de cada uma; a Antropologia a percebe envolvida por ritos de iniciação e passagem, até que seja alcançada a adultícia; o Direito a insere nas questões da menoridade e maioridade e considera o (a) adolescente conforme a legislação vigente; (...) a Medicina (...) vê a adolescência como um período do processo de crescimento e desenvolvimento, caracterizada por grandes transformações biopsicossociais, iniciando-se com a puberdade e terminando no final da segunda década de vida. (...). O que se pode afirmar com segurança é que a adolescência é uma etapa da vida do ser humano, fundamental para a construção do sujeito, resultante de tudo que a precedeu, e determinante de tudo que há de vir, ou seja, a vida adulta.

Texto técnico da OPAS (1986) inicia a definição de adolescência, diferenciando-a da juventude. Neste, o termo adolescência denomina um processo primariamente biológico que transcende a área psicossocial, constituindo um período durante o qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Enquanto a juventude é considerada uma categoria fundamentalmente sociológica e se refere ao processo de preparação dos indivíduos para que os mesmos assumam, com plenos direitos e responsabilidades, o papel social do adulto, tanto do ponto de vista familiar quanto profissional.

A Organização Mundial de Saúde (OPAS, 1990) preconiza que seja considerada adolescência o período que vai dos 10 aos 19 anos e juventude o período que transcorre entre 15 e 24 anos. Já, o Estatuto da Criança e do Adolescente Brasileiro considera criança, para efeitos da lei, toda pessoa até 12 anos incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990).

Do ponto de vista biológico, mas não apenas, trata-se de uma fase em processo acelerado de transformação. SIGAUD e VERÍSSIMO (1996) relatam que em um ano chega a haver um ganho estatural de oito a nove centímetros para as meninas e de até 10

centímetros para os meninos, fase denominada de estirão. Atréadas a este crescimento vão ocorrendo, mais lentamente, mudanças corporais, sendo as mais evidentes e, muitas vezes conflitantes, as alterações referentes à maturação sexual.

1.3-RISCOS E VULNERABILIDADES

A adolescência compreende uma faixa etária exposta a altos riscos, entendidos não apenas aqueles considerados do ponto de vista biomédico mas também os acrescidos por condições relacionadas ao comportamento e a outros aspectos da esfera social.

Em geral, os riscos, aqui entendidos como a vulnerabilidade a uma maior probabilidade de ocorrência de determinado dano ou resultado indesejado (SAITO, 2001a), associam-se a hábitos individuais (tabagismo, consumo abusivo de bebida alcoólica, uso de drogas e porte de armas) ou comportamentais (sexo não seguro, gravidez não desejada e aborto). O impacto destas condições de risco é sempre mais acentuado nos contextos de pobreza a que muitos adolescentes estão submetidos (VERMELHO e JORGE, 1996).

ADORNO (1995) também trata a relação violência e saúde como representada por um conceito de risco: ameaça à vida, alteração da saúde, produção de enfermidades e morte. As intervenções para prevenção destes riscos devem ser obrigatoriamente baseadas em políticas intersetoriais, que visem reintegrar os adolescentes à sociedade, através de programas que envolvam escola, famílias, grupos comunitários e serviços de Saúde Pública.

BORUCHOVITCH (1992) considera a adolescência como uma fase caracterizada pela necessidade de explorar e experimentar o meio onde o indivíduo está inserido. Com isso, freqüentemente estes jovens se expõem a riscos, graças a comportamentos e hábitos despojados e irreverentes. Tornam-se desta forma, muito vulneráveis a uma série de eventos e agravos relacionados a esses fatores comportamentais. A adolescência constitui uma fase da vida em que o indivíduo não se apercebe como vulnerável, nem reconhece os comportamentos que envolvem riscos pessoais, deixando assim, de utilizar meios que possam protegê-lo (BORUCHOVITCH, 1992; HENRIQUES-MUELLER e YUNES, 1993; CORREIA e MCAULIFFE, 1999; GUIMARÃES, 2001). É

neste contexto que a gravidez inesperada e muitas vezes não desejada passa a ser um problema relevante, tanto do ponto de vista social quanto de saúde.

Deve-se notar que uma adolescente que engravida e que possui hábitos ou comportamentos considerados de risco, ou ainda esteja sujeita a outras condições sociais adversas, pode também expor seu conceito ou a criança pequena a condições desfavoráveis ao seu bem-estar. Isto é bastante claro em situações de uso de substâncias psicoativas, presença de doenças sexualmente transmitidas, ausência de apoio, entre outros fatores (BORUCHOVITCH, 1992; HENRIQUES-MUELLER e YUNES, 1993). Apesar de tratar-se de uma fase da vida em que um forte desejo de independência e liberdade facilita a transgressão de alguns limites, a sociedade espera, paradoxalmente, que os jovens ajam com responsabilidade e consciência.

1.4-O PROCESSO DA GRAVIDEZ E DO SER MÃE NA ADOLESCÊNCIA

Desconhecimento acerca dos métodos anticoncepcionais, desejo concreto ou abstrato de ser mãe, de constituir seu núcleo familiar, enfim, são estes alguns dos fatores que podem levar uma adolescente a engravidar, sem perceber, muitas vezes, ou mesmo vislumbrar, antecipadamente, as conseqüências de suas ações (AMAZARRAY et al., 1998). Independente das motivações, a conseqüência a uma gravidez não planejada será quase sempre o comprometimento do futuro da adolescente. Resultará, muitas vezes, em aborto ou em uma gravidez conturbada.

Estudo de SILVA e SARMENTO (1998) demonstrou que adolescentes pertencentes a classes mais favorecidas tendem a optar pela interrupção das gestações, por meio de técnicas nem sempre adequadas (OPAS e OMS, 1993), o que acaba por comprometer sua integridade física e psicossocial. Contudo, a maioria das adolescentes opta por levar a gestação adiante, observando, em geral, com apreensão as progressivas mudanças no seu corpo, tendo que se adaptar à nova realidade e se preparar para o nascimento e o cuidado que deverá dispensar ao novo ser.

SILVA e SARMENTO (1998) relatam, também, que a mulher vivencia em seu ciclo vital três fases como momentos de crise, bem definidos por mudanças biológicas e psicossociais significativas: a adolescência, a gravidez e a menopausa. Nestas três fases,

observa-se com clareza a mudança do *status quo* da identidade da mulher, quais sejam: a perda da infância (teoricamente início da vida reprodutiva), ser mãe (auge da vida reprodutiva) e por último a perda da capacidade reprodutiva.

Neste contexto, a gravidez na adolescência pode ser pensada como duplamente crítica. O ajustamento de seu crescimento físico e maturação corporal em direção à fase adulta é interrompido pela gravidez, desta forma interferindo ou antecipando sua transformação psicossocial. Daí por diante, muitos são os fatores de riscos que podem interferir, inclusive sinergicamente, no processo gravídico, dentre eles idade mais precoce, a raça ou etnia, condição civil, nível socioeconômico, cuidados pré-natais, rede de apoio e paridade (SILVA e SARMENTO, 1998).

Observa-se que escolaridade mais alta é uma condição negativamente associada à fecundidade. Quanto mais alta a escolaridade (BEMFAM e PNDS, 1997) menor a fecundidade. A escolaridade pode ser um indicador de nível social mais alto e conseqüentemente de maior acesso à informação de diversas naturezas, ao mercado de trabalho e ao lazer. Por outro lado, condições sociais desfavoráveis, que constituem a realidade da maior parte das adolescentes que engravidam, contribuem para a desorganização de sua vida pessoal, do seu núcleo familiar e parental imediato (SILVA e SARMENTO, 1998).

Percebe-se, hoje no Brasil um aumento significativo no número de adolescentes que estão engravidando cada vez mais cedo (BEMFAM e PNDS, 1997; HEILBORN, 1998; CORREIA e MCAULIFFE, 1999; GUIMARÃES, 2001). Se no passado este raciocínio parecia natural, hoje constitui preocupação importante de toda sociedade, especialmente dos trabalhadores da área de saúde que devem enfrentar não só o risco à saúde, especialmente das muito jovens, mas, também, as conseqüências psicossociais da gravidez não planejada, nesta fase da vida.

Estudo Nacional de Demografia e Saúde (BEMFAM e PNDS, 1997) demonstrou que 18% das mulheres entre 15 e 19 anos já eram mães ou estavam grávidas na época da pesquisa. Entre as adolescentes sem escolaridade, esse percentual subiu para 54%, provavelmente como resultado do início precoce da atividade sexual, sem a utilização de

métodos contraceptivos. A mesma pesquisa observou também, a relação entre gravidez na adolescência e índices altos de esterilização em idade cada vez mais precoce.

Alguns autores referem-se à gravidez na adolescência não apenas como consequência de condições sociais desfavoráveis, mas também como “porta que leva ao ciclo da pobreza” (HENRIQUES-MUELLER e YUNES, 1993; BEMFAM e PNDS, 1997; CAMARANO, 1998). É importante assinalar que a gravidez na adolescência deve ser compreendida e abordada de forma abrangente, tanto se levando em conta seus aspectos biológicos, quanto aqueles antropológicos e psicossociais. Para GUIMARÃES (2001) este evento “não é, necessariamente, uma tragédia, muitas vezes, para uma adolescente em particular, especialmente na adolescência final, pode ser absolutamente normal e desejado por ela”.

A literatura médica ainda é carente de estudos sobre a assistência ao parto e puerpério de mães adolescentes. Sabe-se que a proporção de partos cirúrgicos é alta, porém não muito diferentes daquelas encontradas entre mulheres com idades entre 20 e 29 anos (SILVA e SARMENTO, 1998; RIBEIRO, 2000).

A maternidade na adolescência, da mesma forma, apresenta uma lacuna importante de conhecimento em nossa literatura. Recentemente SANTOS e SCHOR (2003), em estudo realizado no Rio de Janeiro com adolescentes mães entre 10 e 14 anos, em períodos entre seis e vinte e quatro meses após o parto, encontraram, como padrão de percepção de suas vivências, dois fatores bem definidos ($p < 0,001$): a satisfação com a maternidade, vivenciando-a de forma positiva e enriquecedora; e, em contrapartida, outro grupo que considera a maternidade de forma negativa, apresentando sinais de depressão e estresse.

1.5-OS FILHOS DAS ADOLESCENTES E O ALEITAMENTO MATERNO

O nascimento pode ser considerado um marco da concretização da concepção e ocorre de forma a estabelecer uma primeira cisão entre dois seres distintos: mãe e filho. A forma como este processo ocorre poderá gerar repercussões em todo desenvolvimento infantil, principalmente psicoemocional. A mãe, sobretudo neste primeiro momento,

caracteriza-se como o referencial mais importante e facilitador ou não deste desenvolvimento.

Biologicamente, a gravidez na adolescência pode não ser desvantajosa para o feto, porém é considerada social, educacional, psicológica e economicamente desvantajosa para a mãe (WONG, 1999; JIMÉNEZ et al., 2000). A adolescente possui capacidade física para a gravidez e parto, entretanto está sujeita a uma série de fatores extrabiológicos que acabam, muitas vezes, por prejudicá-la seriamente, bem como ao seu conceito, tanto considerando os aspectos relacionados com seu desenvolvimento físico, quanto o emocional e social (SILVA e SARMENTO, 1998). Vale ressaltar que:

O bem-estar da criança está estreitamente ligado à mãe pela própria evolução da gravidez e parto, pelas práticas adotadas para nutri-la e pela utilização dos serviços de saúde. Porém, a qualidade de vida da mulher também precisa ser valorizada independentemente da sua condição de mãe (CORREIA e MCAULIFFE, 1999).

CAMARANO (1998) considera que os filhos de mães adolescentes “apresentam maiores riscos de morrer, independente da situação de desenvolvimento econômico em que estas se inserem”. WONG (1999) relata que as conseqüências são maiores e mais críticas para os filhos de mulheres com menos de 15 anos de idade. Estes têm maior probabilidade de nascerem prematuros, com baixo peso para a idade gestacional, com anemia ferropriva e desproporção cefalopélvica (WONG, 1999) além de apresentarem, com maior freqüência, complicações nutricionais e doenças infecciosas (HENRIQUES-MUELLER e YUNES, 1993). Em contrapartida, outros estudos (MARIOTONI e BARROS FILHO, 1998; RIBEIRO, 2000) não encontraram associação entre baixo peso ao nascer e idade materna.

Sabe-se que “tanto o aleitamento materno quanto a estimulação adequada do bebê, constituem fatores fundamentais para o desenvolvimento nutricional, motor, cognitivo e psicossocial das crianças, principalmente nos primeiros meses de vida” (GRACIA-MONTRONE e ROSE, 1996). Ao longo dos anos, observou-se um declínio acentuado na amamentação seja por razões sociais, econômicas e culturais (CARVALHAES et al., 1998).

Recentemente a UNICEF (2002) ressaltou os benefícios da Amamentação materna:

Breast milk has all the nutrients babies need to stay healthy and grow. Breastfeeding boosts children's immune systems, protecting them from diarrhea and acute respiratory infections – two leading causes of infant death. Breastfeeding helps nurture children and builds the mother-child bond. Breastfeeding helps delay the next pregnancy, giving mother and child time to recover and grow.

Recent research has proven that a woman who breastfeeds is less likely to get breast cancer, in a comprehensive study published in The Lancet medical journal. She is also less likely to get many other forms of cancer.

BOURGOING et al. (1997), que encontraram associação entre duração do aleitamento materno e cultura familiar, concluem também que a decisão por amamentar foi tomada precocemente, durante o período de pré-concepção ou durante o pré-natal.

Os benefícios vividos pela mãe que adota a amamentação imediatamente são inúmeros; depois do trabalho de parto, com seu desgaste e dor física, o benefício da gratificação emocional, da sensação de força, de poder, de serena integração, de realização decorrentes de manipular o bebê e de levá-lo ao seio certamente não é pequeno (MONTAGU, 1988).

KATZ (1999) traz que na

experiência da amamentação, as adolescentes repetem os mitos, crenças e valores atribuídos ao aleitamento materno presentes nas falas das mulheres-mães em geral, independente de suas idades, evidenciando ser esta, uma prática que necessita ser aprendida pela mãe e merecedora de uma melhor capacitação do profissional de saúde para que possa ensiná-la de forma efetiva, ajudando a mãe a estabelecer e manter a amamentação.

Todo este contexto demonstra a necessidade de se estabelecerem condições que priorizem o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, que pode ser obtido, inclusive, através de mecanismos de incentivo ao aleitamento materno, dentre esses, sensibilização materna durante o pré-natal, contato precoce entre mãe e filho, amamentação precoce, assistência em alojamento conjunto e permanência da mãe junto ao filho no período de internação da

criança (MONTAGU, 1988; XAVIER et al., 1991; SEGALL-CORRÊA et al., 1997; LUTTER et al, 1997; VENTURA, 2002).

Considerando o contexto social desfavorável no qual está incluída grande parte das adolescentes que optam por seguirem adiante com uma gestação precoce (OPAS e OMS, 1993), e considerando, igualmente, a gama de benefícios da amamentação para a mãe e seu bebê, é imperativo conhecer melhor como esta prática vem ocorrendo nesta população, o que propiciará subsídios científicos para elaboração de políticas e implementação de ações especiais para este grupo biológico e psicossocialmente mais vulnerável.

1.6-JUSTIFICATIVA

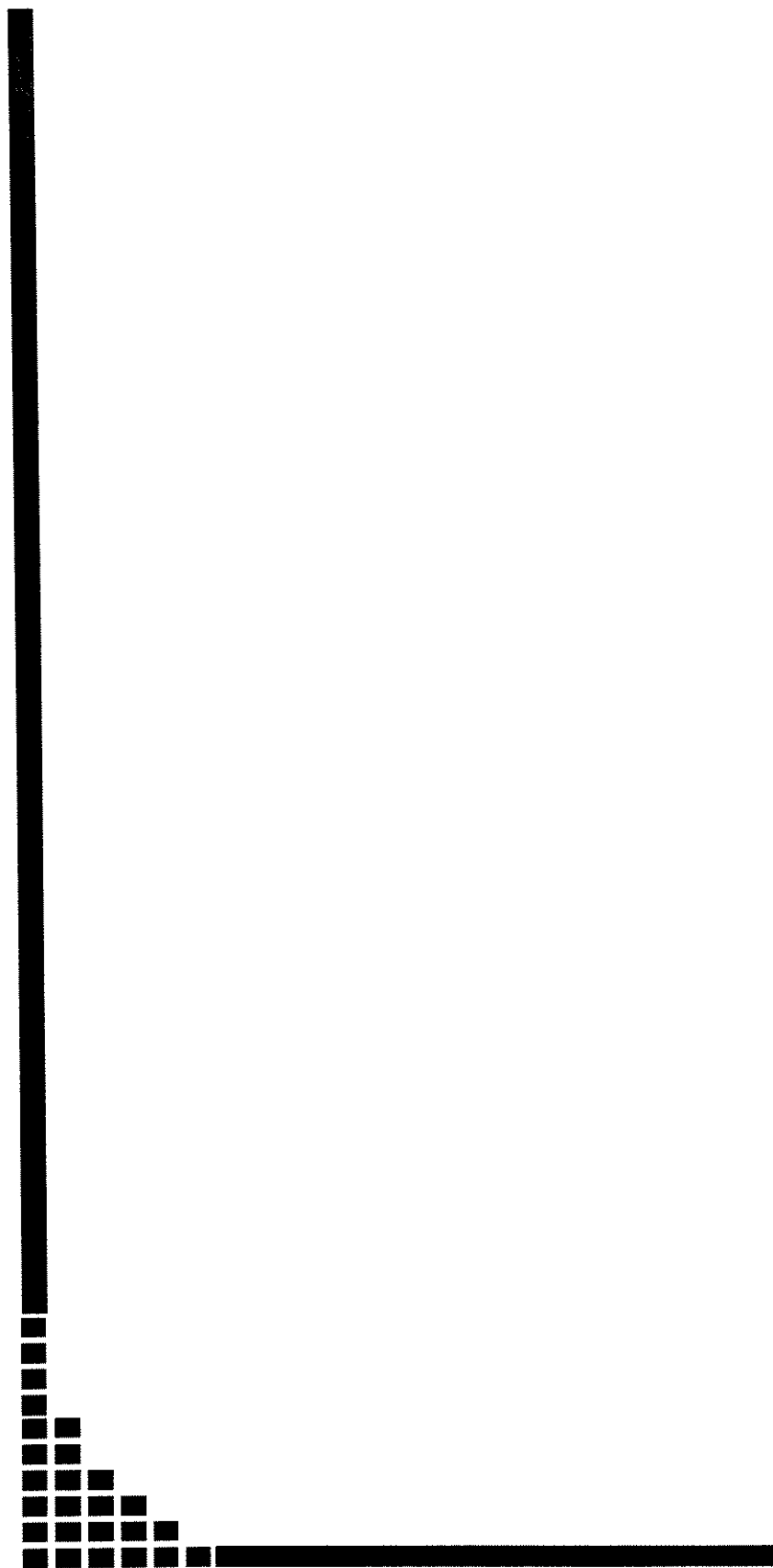
Considerando as peculiaridades das adolescentes e as dificuldades para abordá-las, definem-se como necessários alguns conhecimentos que poderão subsidiar o planejamento das ações sociosanitárias mais efetivas do que aquelas dirigidas, indistintamente, a todos os grupos de gestantes e mães:

- a) como o pai do bebê, a família, a escola e o trabalho desta adolescente estão estruturados para acolher a mãe e o bebê;
- b) como os serviços de saúde estão organizados para assistir a adolescente gestante;
- c) como é a saúde dos filhos destas adolescentes;
- d) quais os problemas relativos à atenção e ao cuidado ao bebê que podem interferir em seu crescimento e desenvolvimento;
- e) como vem ocorrendo a amamentação destas crianças.

A abordagem do tema proposto reflete também, a preocupação com o aumento de gestações na adolescência e suas conseqüências tanto para a mãe e seu filho, quanto para os serviços de saúde. Verifica-se, que há necessidade de pesquisas nesta área e capacitação mais orientada cientificamente dos profissionais de saúde que, muitas vezes, não sabem como lidar com os adolescentes. Pretende-se assim identificar, nesta população, quais fatores que interferem no cuidado do recém-nascido e no sucesso da amamentação, por

meio de estudo de uma amostra de mães adolescentes, moradoras da região norte do município de Campinas.

Este trabalho tem como norte o artigo 7 do capítulo I do Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990): “a criança tem o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.



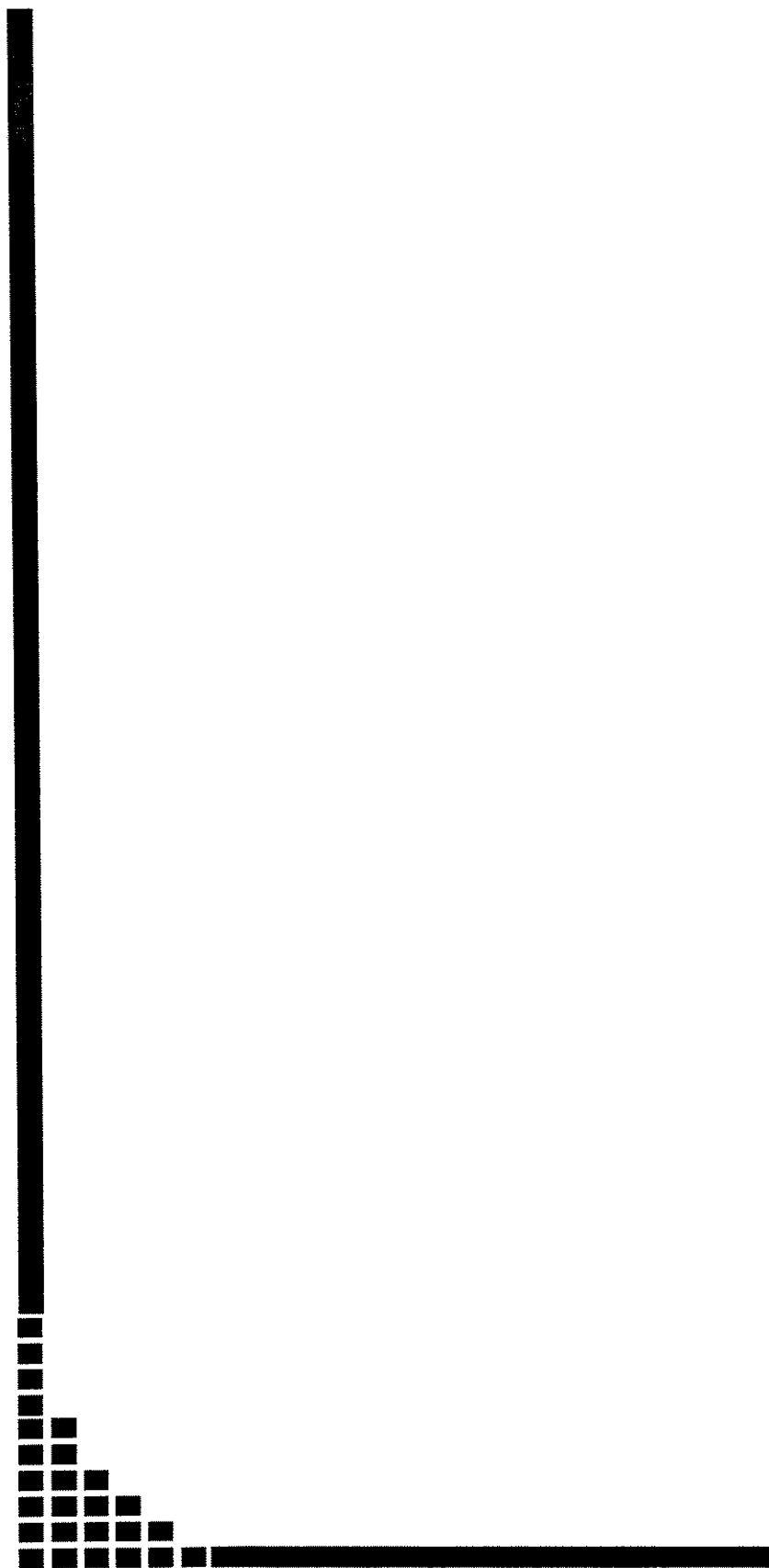
2- OBJETIVOS

2.1-OBJETIVO GERAL

Analisar a estrutura de apoio familiar, social (trabalho, escola) e de saúde à mãe adolescente (13 a 19 anos) para realizar o cuidado geral do recém-nascido e, em particular, a prática do aleitamento materno exclusivo entre residentes da região norte da cidade de Campinas, São Paulo, sob a perspectiva da adolescente.

2.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico das adolescentes entrevistadas.
- Identificar e descrever o padrão de apoio familiar e social a essas adolescentes, durante o período de aleitamento materno.
- Descrever as características da assistência à saúde prestada à mãe e criança, bem como a alimentação dos filhos destas adolescentes.
- Analisar a associação entre as condições maternas e assistência à saúde que possam interferir no aleitamento materno.



3- MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo do tipo transversal, com entrevistas, a uma amostra de 164 mães adolescentes (13 – 19 anos) residentes na região norte no município de Campinas e cujos bebês encontravam-se entre cinco e sete meses de idade.

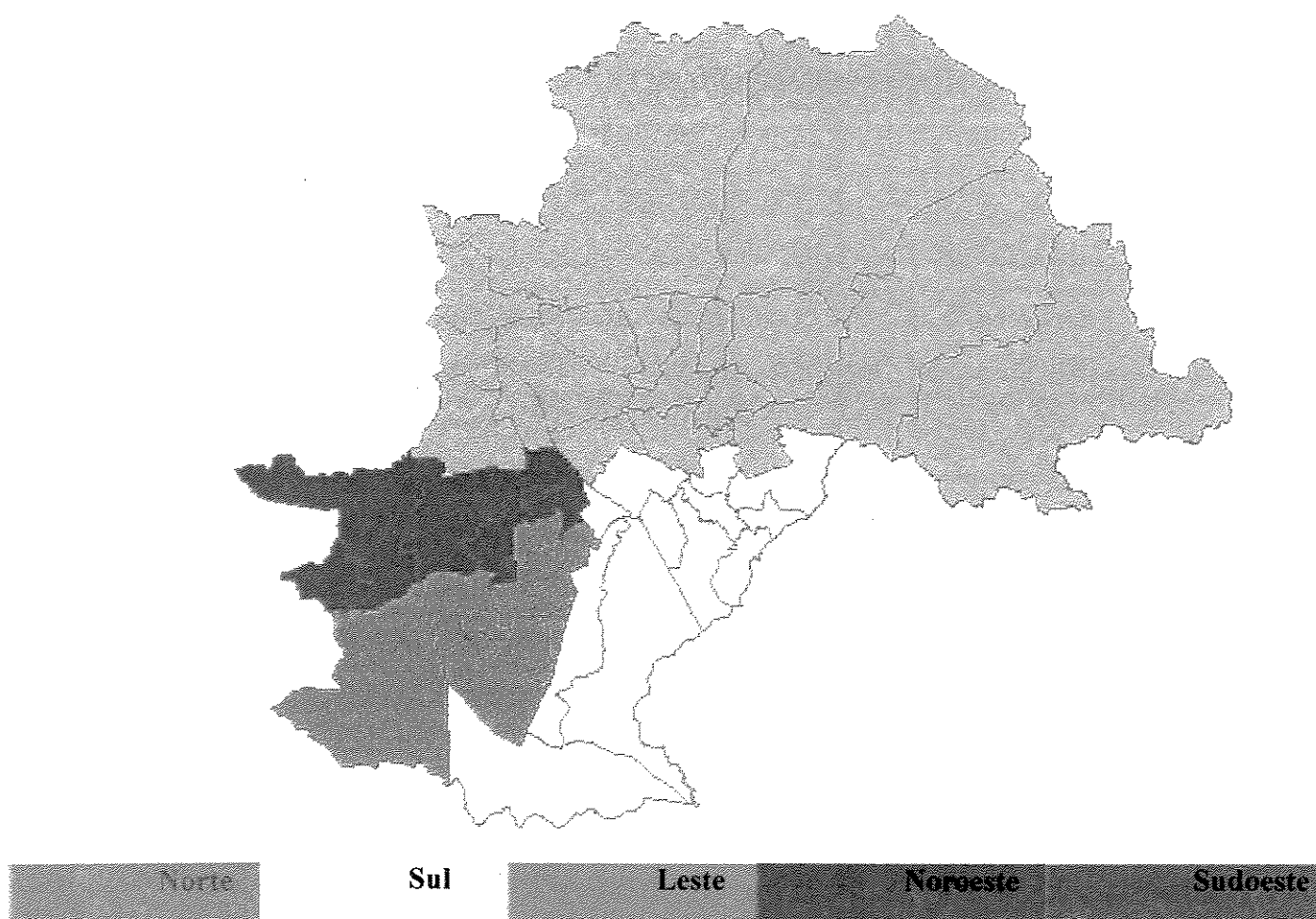
3.1-ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por tratar-se de uma pesquisa descritiva, com dados coletados por meio de entrevistas individuais, não foi realizado qualquer tipo de intervenção ou procedimento invasivo. As mães foram informadas sobre o objetivo da pesquisa, ausência de benefícios diretos ou prejuízos relacionados à sua participação e, também, sobre os procedimentos de encaminhamento aos serviços de saúde em caso de necessidade observada pelo entrevistador.

Após estas informações, facultou-se à mãe a possibilidade ou não de participação na pesquisa e as entrevistas foram realizadas somente após o consentimento esclarecido e escrito (Apêndice 1). Em atendimento à Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, número de registro no Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: 398/2001, obteve-se também, e por escrito, o consentimento de algum responsável pela adolescente, quando estas ainda estavam sob seus cuidados.

3.2-LOCAL DE ESTUDO

Restringiu-se, por razões logísticas, a realização da pesquisa à região norte do município de Campinas (Mapa 1). Esta região tem em torno de 170.000 habitantes e proporção em torno de 10,2% de adolescentes entre 15 e 19 anos (CAMPINAS, 2001). Compreende área de atuação da Unicamp o que facilitou a operacionalização do estudo.



Mapa 1-Município de Campinas, segundo Divisão por Distritos de Saúde – Campinas/SP, 2003

Nesta região estão localizados oito Centros de Saúde (C.S.) que serviram de referência, por suas áreas de abrangência, para a localização das adolescentes. No Quadro 1 estão descritos os nomes destas unidades básicas de saúde (UBSs).

Quadro 1-Lista da UBSs do Distrito Norte de Campinas que participaram da pesquisa, nos períodos de maio a agosto de 2001, dezembro de 2001 a maio de 2002 e janeiro a março de 2003 (n=434)

C.S. Barão Geraldo	C.S. Jardim Santa Mônica	C.S. Vila Boa Vista
C.S. Jardim Aurélia	C.S. Jardim São Marcos	C.S. Vila Padre Anchieta
C.S. Jardim Eulina	C.S. Parque Santa Bárbara	

3.3-CÁLCULO SELEÇÃO DE AMOSTRA

Segundo informações do SINASC do ano de 1998, ocorreram 514 nascimentos cujas mães tinham entre 13 e 19 anos completos de idade, residentes na região norte. Levando-se em consideração que, no Brasil, 13,9% das mães amamentaram seus filhos exclusivamente até o sexto mês (BEMFAM e PNDS, 1997), proporção que foi semelhante à encontrada (SEGALL et al, 2000) pela vigilância à saúde de recém-nascidos da área de abrangência do C.S. São Marcos – 12,6% (Norte do município), estimou-se uma proporção média de 12,6% de mães aleitando exclusivamente até o sexto mês e, como pior resultado, uma prevalência de 6%.

Estes parâmetros, acrescidos de um erro α de 5% (95% de intervalo de confiança) resultaram em uma amostra de 82 mães adolescentes. Estabeleceu-se *a priori* a necessidade de trabalhar com dois estratos (por exemplo, dois níveis sociais) o que resultou em 164 mães adolescentes desta região no período selecionado. Para este cálculo utilizou-se o EPI-INFO (DEAN et al., 1994).

3.4-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas as adolescentes entre 13 e 19 anos completos de idade no momento do parto, cujos bebês encontravam-se entre cinco e sete meses de vida. Do total de 434 adolescentes foram excluídas adolescentes cujos bebês morreram em período anterior à entrevista, 12 (2,7%), que se recusaram a participar da pesquisa, 23 (5,3%), e o restante, 235, (54,2%) por inexistência do endereço referido, endereço incorreto ou incompleto e por mudança para outra região ou outro município.

3.5-POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E DE ESTUDO

Este estudo teve como população de referência mulheres e mães adolescentes (entre 13 e 19 anos) residentes na região norte de Campinas. Estas mulheres foram selecionadas por meio dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Foram selecionadas aquelas que deram à luz, cinco a sete meses antes da data prevista para as entrevistas, estas ocorreram nos períodos: de maio a agosto de 2001 e de dezembro de 2001 a maio de 2002 e entre janeiro e março de 2003. Por estes procedimentos foram

selecionadas 164 (37,8%) mães adolescentes do total de 434 que deram à luz nos períodos de novembro de 2000 a fevereiro 2001, junho a novembro de 2001 e julho a outubro de 2002.

Houve demora, superior à expectativa, para o envolvimento destas adolescentes, na pesquisa, em virtude da alta mobilidade desta população e também por informações incorretas de endereços fornecidas pelas adolescentes nas declarações de nascidos vivos (DNV).

Contudo, analisando e comparando algumas características sociais, gestacionais e referentes ao recém-nascido, contidas no banco de dados do SINASC (Tabelas 1 e 2), não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis das adolescentes incluídas no estudo e aquelas que não participaram, pelas razões já mencionadas. Consideraram-se assim, as inferências estatísticas aplicáveis a todas as mães adolescentes da região estudada.

3.6-INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Utilizou-se questionário (Apêndice 2) composto por perguntas abertas e fechadas e roteiro de observação para coleta de informações nos domicílios. Estes instrumentos foram pré-testados com mães adolescentes residentes também na região norte, que não seriam participantes do estudo. O pré-teste permitiu uma adequação dos instrumentos e a elaboração do manual do entrevistador. Vale salientar que o roteiro de observação foi preenchido pela entrevistadora, após a entrevista e fora do domicílio.

3.6.1-Variáveis independentes

3.6.1.1-Perfil sociodemográfico

- Condições gerais de habitação: condições sanitárias, tipo de construção, número médio de dormitórios, número médio de cômodos no domicílio, condições gerais de higiene e limpeza.
- Moradores no domicílio: número médio e se a família era nuclear ou expandida.

- Renda familiar *per capita*: soma total dos rendimentos dividido pelo número total de moradores do domicílio.
- Responsável financeiro pelo domicílio: pessoa responsável pelo sustento da casa, segundo a entrevistada.
- Tipo de serviço de saúde utilizado: público e/ou privado.
- Estado marital: vivendo com ou sem companheiro.
- Escolaridade materna: anos completos de estudo.
- Idade materna: anos completos no momento do nascimento do bebê.
- Idade paterna: anos completos no momento do nascimento do bebê.
- Apresentação de alguma enfermidade: não, sim, qual.
- Fumante: não e sim.
- Usuária de álcool: não e sim.
- Antecedentes maternos - Primiparidade: não e sim, amamentação do filho anterior: não ou sim, por quanto tempo.
- Planejamento e desejo pela gestação: não e sim.
- Uso de método anticoncepcional: não, sim, qual.

3.6.1.2-Suporte de apoio familiar

- Dificuldades encontradas pelas adolescentes: não, sim, qual.
- Presença de acompanhante na saída da maternidade: não, sim, com quem foi para casa.
- Ajuda com os afazeres domésticos no pós-parto: não e sim.
- Presença do pai do bebê e seu comportamento diante das necessidades da mãe – pai colaborativo e participativo nos cuidados do bebê e afazeres domésticos: não e sim.

3.6.1.3-Rede de apoio social

- Realização de alguma atividade remunerada pela adolescente, nos momentos da gestação e entrevista: não, sim: formal, sim: informal.
- Licença maternidade: não e sim.
- Situação de estudante nos momentos da gestação e entrevista: não e sim.
- Exercício domiciliar escolar: não e sim.
- Frequência em creche: não e sim.

3.6.1.4-Características da assistência à saúde materna

- Pré-natal: não e sim.
- Número de consultas pré-natais.
- Enfermidades apresentadas durante a gestação: não, sim, qual.
- Ocorrência de internação durante a gestação.
- Enfermidades apresentadas durante o parto: não, sim, qual.
- Tipo de parto: vaginal ou cesárea.
- Local do parto, maternidade: não e sim.

3.6.1.5-Características da assistência à saúde da criança

- Problemas apresentados pelo bebê ainda na maternidade: não, sim, qual.
- Necessidade de o bebê permanecer internado após alta da mãe: não, sim, quanto tempo.
- Idade do bebê na 1º consulta: número médio de dias, no ato da primeira consulta.
- Frequência com que a criança faz acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento: quinzenal, mensal, bimestral, esporádico.
- Carteira de vacinação atualizada: não e sim.

- Necessidade de internação pós-alta da maternidade: não, sim, quantas vezes, motivos e duração média.
- Apresentação de sintomas característicos de diarreia e infecção respiratória: não e sim.
- Atendido em algum serviço de saúde em função do sintoma apresentado: não, sim, qual.
- Comportamento observado da relação mãe e filho durante a entrevista, apresentação de choro e reação da mãe ao mesmo.

3.6.1.6- Características do aleitamento materno e alimentação complementar dos filhos das adolescentes:

- Desejo de amamentar expresso durante a gravidez: não e sim
- Apoio, incentivo e/ou orientações recebidas sobre aleitamento materno e alimentos complementares: não, sim, qual, de quem.
- Orientações durante o pré-natal sobre a prática de aleitamento materno, cuidado do recém-nascido e legislação: não, sim, quais.
- Orientação amamentação e cuidados do recém-nascido na maternidade: não e sim.
- Tempo médio entre o parto e primeira mamada.
- Presença de alojamento conjunto: não e sim.
- Tempo de aleitamento materno exclusivo: expresso em dias.
- Desmame: idade em que o bebê parou de mamar expresso em dias.
- Introdução de alimentos complementares e bicos (chupeta, chucha e mamadeira): não, sim e idade de introdução.
- Intervalos durante o período de aula para amamentar: não e sim.
- Intervalos durante a jornada de trabalho para amamentar: não e sim.

3.6.2-Variável dependente

Foi considerada variável dependente ou de efeito, a duração do aleitamento materno exclusivo. Este caracterizado conforme os critérios da OMS (WHO, CDD,1991):

- Aleitamento materno exclusivo: somente leite do peito, admitindo-se apenas o uso de gotas ou xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos);
- Aleitamento materno predominante: predominantemente leite materno como fonte alimentar, admitindo-se o uso de líquidos (água, chás e sucos de frutas) e gotas ou xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos);
- Aleitamento materno complementar ou misto: leite do peito acrescido de quaisquer alimentos sólidos ou semi-sólidos, incluindo outros tipos de leite (não humanos);
- Aleitamento materno total: refere-se à amamentação, independentemente de estar ou não complementada.
- Alimentação artificial: a criança já havia sido desmamada.

3.7-COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no domicílio das adolescentes. A fim de controlar viés de seleção da amostra em relação à idade das crianças, a coleta ocorreu entrevistando-se todas as mães, cujos endereços foram encontrados e concordaram em participar da pesquisa, seis meses após o parto. Admitiu-se uma variação de mais ou menos 30 dias da data de nascimento.

As entrevistas foram realizadas pela mestrandia envolvida na pesquisa e por três auxiliares de enfermagem que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde em Unidades de Saúde pertencentes à área de abrangência selecionada para esta pesquisa. Este fato foi positivo, pois estas auxiliares tornaram-se referências às adolescentes nos serviços de saúde.

Os dados coletados foram revisados pela pesquisadora e registrados em dois bancos de dados preparados em EPI-INFO (DEAN et al., 1994) versão 6.1.

3.8-METODOLOGIA DE ANÁLISE

A análise foi procedida em duas etapas. Inicialmente, fez-se uma análise descritiva das variáveis categóricas e de tendência central para aquelas contínuas, com o auxílio do EPI-INFO (DEAN et al., 1994) versão 6.1., com o intuito de descrever o perfil sociodemográfico, o suporte de apoio familiar, a rede de apoio social, as características de assistência à saúde materna e da criança, bem como as características do aleitamento materno e alimentação complementar.

Foram realizadas associações bivariadas entre tempo mediano de aleitamento materno exclusivo (30 dias) e condições maternas e do bebê. Abaixo, listaram-se as variáveis que representaram as condições maternas e do bebê. Estas foram codificadas em dupla entrada (não/sim, abaixo ou acima do valor mediano) para análise bivariada (IC 95%) com valores categorizados de duração da amamentação exclusiva ($\leq$ mediana e $>$ mediana). As variáveis independentes foram divididas em três grupos principais: sociodemográficas, referentes à gestação, parto e puerpério e referentes ao bebê:

3.8.1-Variáveis sociodemográficas

- Idade paterna: ponto de corte, separando categorias de “menor ou igual” e “maior” a 19 anos completos no momento da entrevista;
- Idade materna: ponto de corte, separando categorias de “menor ou igual” e “maior” a 16 anos completos no momento do nascimento do bebê.
- Escolaridade materna: ponto de corte correspondente ao tempo mediano de anos completos de estudos no momento da entrevista, separando, portanto, categorias de “menor” e “maior ou igual” a oito anos de estudo;
- A adolescente estar freqüentando escola no momento da entrevista;
- A adolescente estar realizando alguma atividade remunerada no momento da entrevista;
- Renda *per capita*: ponto de corte correspondente à renda *per capita* mediana encontrada, separando, portanto, categorias de “menor ou igual” e “maior” a R\$150,00;

- A adolescente consumir álcool;
- A adolescente ter o hábito de fumar;
- A adolescente ter fumado durante a gestação;
- Constituição familiar do domicílio da adolescente: nuclear ou expandida, ou seja, residindo neste domicílio outros familiares que não a adolescente, bebê, companheiro (se presente) e outros filhos (se presentes).
- A adolescente estar residindo com companheiro em união estável ou consensual;
- A adolescente ser multípara;
- A adolescente estar usando algum método anticoncepcional no momento da entrevista;
- Serviço de saúde utilizado pela adolescente, em dois extratos: exclusivamente SUS ou não.

3.8.2-Variáveis referentes à gestação, parto e puerpério

- A adolescente ter planejado a gestação;
- A adolescente encarar o bebê como um problema no momento da entrevista;
- A adolescente considerar-se preparada para ter este bebê;
- A adolescente desejar este bebê;
- Quantidade de consultas pré-natais: ponto de corte correspondente a categorias de “menor ou igual” e “maior” a seis;
- A adolescente ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal;
- A adolescente ter apresentado problemas de saúde durante a gestação;
- Tipo de parto, em dois extratos: vaginal (normal e fórceps) ou cesárea;
- Intervalo entre o parto e primeira mamada até duas horas do pós-parto;
- Permanência em alojamento conjunto durante internação hospitalar;

- A adolescente ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante internação para o parto;
- A adolescente ter recebido ajuda em casa, após alta hospitalar, aos afazeres domésticos;
- A adolescente ter tido dificuldades com o nascimento do recém-nascido;
- A adolescente ter tido necessidade de conversar com alguém por qualquer problema;
- A adolescente ter recebido incentivo, estímulo ou apoio para amamentar;
- A adolescente ter tido dificuldade para amamentar.

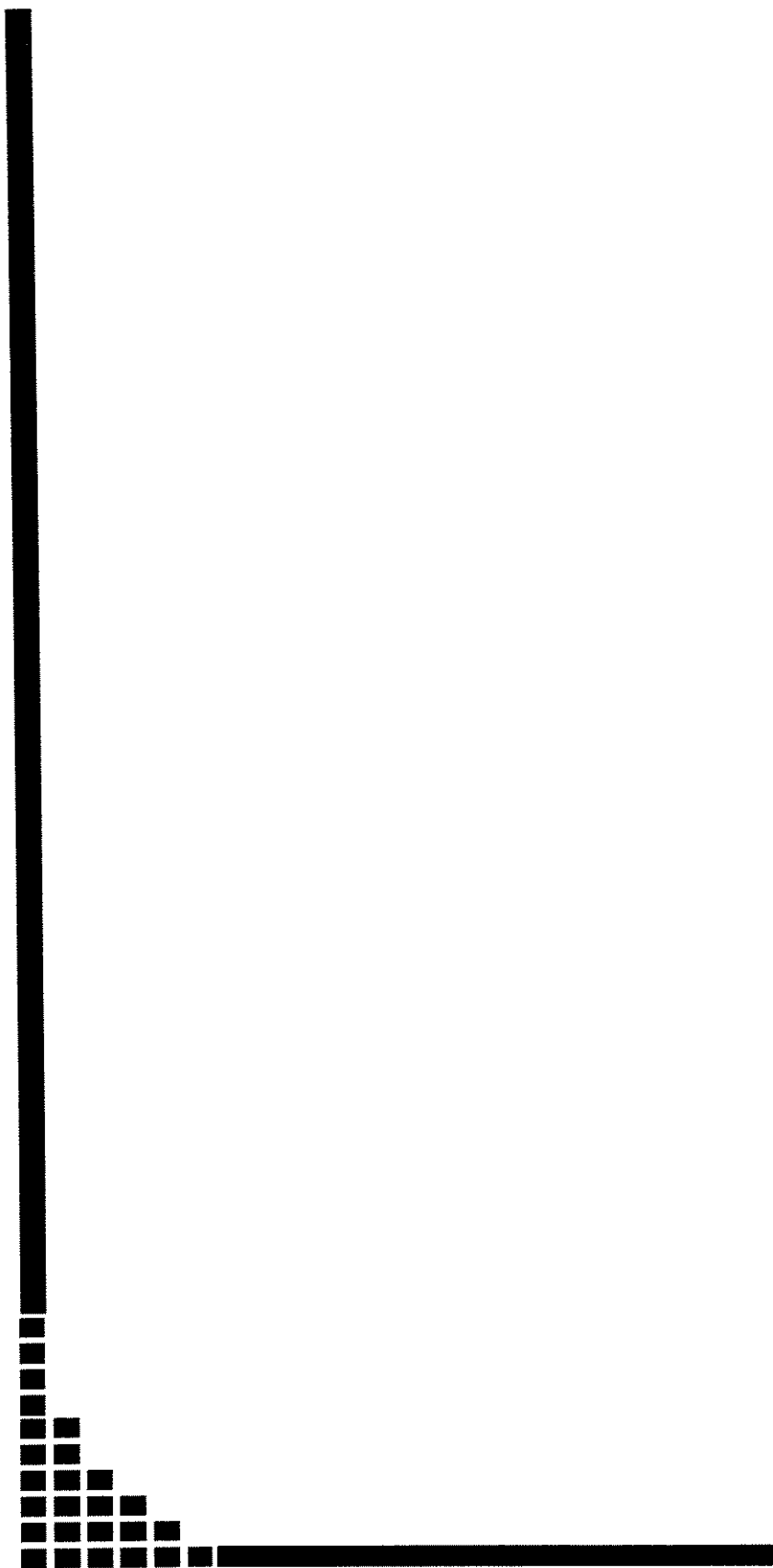
3.8.3-Variáveis referentes ao bebê

- Sexo do bebê, masculino;
- Peso ao nascer do recém-nascido: ponto de corte correspondente ao tempo mediano encontrado, separando, portanto, categorias de “menor ou igual” e “maior” a 3130 gramas;
- Recém-nascido ter apresentado algum problema de saúde ainda na maternidade;
- Uso de chupetas;
- Tempo entre nascimento e a primeira consulta de Puericultura: ponto de corte correspondente ao tempo mediano encontrado, separando, portanto, categorias de “menor ou igual” e “maior” a 30 dias;
- Ter sido diagnosticado no bebê algum problema de saúde;
- Relato de diarreia nos últimos 15 dias antecessores à entrevista;
- Relato de tosse nos últimos 15 dias antecessores à entrevista;
- Relato de coriza nos últimos 15 dias antecessores à entrevista;
- Relato de dor de ouvido nos últimos 15 dias antecessores à entrevista;
- Relato de problema na garganta nos últimos 15 dias antecessores à entrevista;

- Relato de respiração rápida ou difícil nos últimos 15 dias antecedentes à entrevista;
- Relato de chiado nos últimos 15 dias antecedentes à entrevista;
- Relato de febre nos últimos 15 dias antecedentes à entrevista;
- Ter apresentado tosse, coriza, dor de ouvido, problema de garganta, respiração rápida e/ou chiado associado a febre nos últimos 15 dias antecedentes à entrevista;
- Mãe ter apresentado atitude carinhosa com a criança (olhou, conversou ou brincou com o bebê) durante a entrevista.

Em seguida, utilizou-se do SPSS versão 10.0 para realizar análise multivariada, através de regressão logística, e com isso identificar os fatores predisponentes à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. No modelo de regressão logística foram incluídas as variáveis significativamente estatísticas encontradas nas associações bivariadas, admitindo-se $p < 0,20$. Apesar de existir associação estatística na análise bivariada entre AMEX e respiração rápida, diarreia e chiado, estas variáveis não foram incluídas na regressão por não se caracterizarem como variáveis antecedentes à interrupção do AMEX, mas sim como consequências da interrupção precoce, conforme demonstrado na literatura (AHMED et al, 1997; JAVIER ENRIQUEZ et al, 1997; MILOSAVLJEVIC e VIRIJEVIC, 1997; SCARIATI et al, 1997; WILSON et al, 1998)

Nos procedimentos da modelagem de regressão, foram excluídos 56 casos por apresentarem registros de informações ignoradas.



4- RESULTADOS

Incluiu-se na análise, informações sobre 164 adolescentes e seus bebês de um total 434 de mães adolescentes que deram à luz no período estudado. Comparando-se as informações de mães incluídas e aquelas que não participaram do estudo, não foi possível observar diferenças significativas ao nível de 5% entre elas para as variáveis (Tabelas 1 e 2):

Tabela 1-Análise de variáveis maternas de adolescentes participantes da pesquisa e não-participantes (comparação entre proporções), disponíveis no banco de dados do SINASC (N=434) cujos nascimentos são referentes aos períodos de maio a agosto de 2001, dezembro de 2001 a maio de 2002 e janeiro a março de 2003.

VARIÁVEIS SINASC	Participantes					
	n	NÃO (n=270)		SIM(n=164)		p-valor
		f	%	n	%	
Estado civil (casada)	327	51	24,7	22	18,2	0,17
Raça/cor (branca)	433	206	76,3	116	71,2	0,24
Nº Consultas pré-natais (< ou =6)	415	94	36,6	57	36,1	0,92
Tipo de parto (vaginal)	433	169	62,6	103	63,2	0,90
Sexo (masculino)	433	144	53,5	85	51,8	0,73
Apgar 5º minuto(<9)	434	18	6,7	10	6,1	0,81

Tabela 2-Análise de variáveis maternas de adolescentes participantes da pesquisa e não-participantes (comparação entre médias), disponíveis no banco de dados do SINASC (N=434) cujos nascimentos são referentes aos períodos de maio a agosto de 2001, dezembro de 2001 a maio de 2002 e janeiro a março de 2003.

VARIÁVEIS SINASC	Participantes				
	NÃO (n=270)		SIM(n=164)		p-valor
	n	Média	n	Média	
Idade Materna	270	17,44	164	17,45	0,94
Filhos vivos anteriores	244	0,27	146	0,25	0,94
Filhos mortos anteriores	244	0,04	146	0,03	0,91
Peso ao nascer (<2500g)	270	3112,30	164	3075,79	0,47

4.1-DESCRIÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Os resultados apontaram que 93,3% (153) dos domicílios eram abastecidos por rede pública de água com canalização interna, 84,1% (138) estavam conectados ao sistema geral de rede de esgoto, eram domicílios inacabados 48,2% (79) e 75,6% (124) de alvenaria completa. Estas adolescentes moravam em habitações pequenas, possuindo uma média de 4,3 cômodos e 1,8 dormitórios por domicílio.

Em 21,3% (35) dos domicílios, as entrevistadoras realizaram a entrevista na calçada. Com isso foi possível verificar características de higiene e limpeza da moradia de 78,7% (129) das mesmas, tendo sido observado que 106 apresentavam-se em condições razoáveis de limpeza, 14 tinham restos de alimentos em móveis e/ou pisos, 21 tinham móveis e/ou utensílios sujos ou engordurados, oito tinham vetores (moscas) e 12 tinham animais domésticos dentro da casa. Quanto ao entorno dos domicílios, 20,7% (34) apresentavam-se inadequados, com precárias condições de conservação e higiene, pela presença de entulhos e/ou dejetos de animais.

Nestes domicílios conviviam em média 4,7 pessoas, incluindo o recém nascido, sendo que 58,5% (96) das adolescentes moravam com outros familiares e/ou esposo e outros filhos. Mais da metade das adolescentes viviam com o companheiro, casada ou em

união consensual (Gráfico 1). Em média possuíam de oito a onze anos de estudos (Gráfico 2) e tinham 17 anos de idade no nascimento do bebê. Os pais das crianças tinham em média 22 anos, variando de 14 a 51 anos, sendo que 20,1% (33) também eram adolescentes (entre 13 e 19 anos).

Quanto ao tipo de serviço de saúde utilizado, 72% (118) referiram usar exclusivamente instituições públicas (SUS). A renda familiar média *per capita* era de R\$ 189,72 com contribuição, por atividade remunerada, de 21,4% (35) das adolescentes. O responsável financeiro, em 42% (69) dos domicílios, era o pai do bebê, em 38,4% (63), o avô ou avó do bebê, em 7,3% (12), a própria adolescente e em 12,2% (20), outros familiares. Em 51,8% (85) das entrevistas, as adolescentes relataram depender exclusivamente de outros familiares para seu sustento.

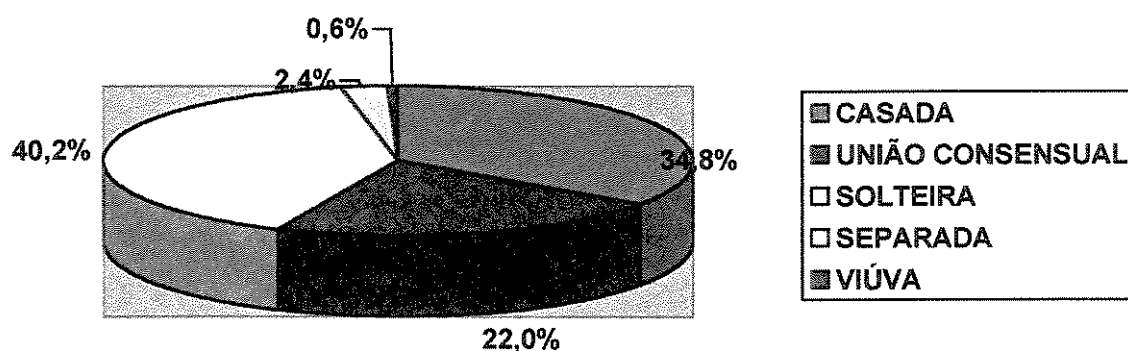


Gráfico 1-Estado marital referido por mães adolescentes no momento da entrevista – Campinas, 2001-2003 (n=164)

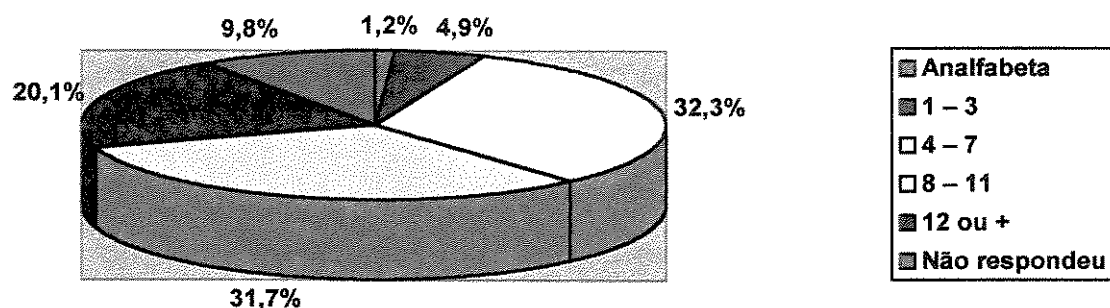


Gráfico 2-Escolaridade em anos de estudos apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Observou-se que 12,8% (21) referiram já ter apresentado algum problema de saúde, sendo os mais freqüentes a bronquite e a anemia. O hábito de fumar estava presente em 17,1% (28) das mulheres, consumindo em média 10 cigarros por dia. Durante a gravidez, 15,2% (25) referiram ter fumado, em média 11 cigarros por dia (Tabela 3). Vale ressaltar que 2,4% (4) adolescentes não-fumantes no momento da entrevista fumaram durante a gestação. Já o uso de bebidas alcoólicas foi mencionado por 11% (18) das adolescentes e 4,3% (7) ingeriram álcool durante a gestação (Tabela 4).

Tabela 3-Características do hábito de fumar apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Hábito de fumar atual	Hábito de fumar durante gestação		Total
	Não	Sim	
Não	132	4	136
Sim	7	21	28
Total	139	25	164

Tabela 4-Características do consumo de bebidas alcoólicas apresentadas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Consumo de álcool atual	Consumo de álcool durante gestação				Total
	Não	Ocasional	Semanal	Diário	
Não	146	0	0	0	146
Ocasional	10	5	0	0	15
Diário	1	0	1	1	3
Total	157	5	1	1	164

Entre as mães, 15,9% (26) adolescentes já tinham tido outro filho e destas, 23 haviam amamentado seu filho anterior por, em média, 267 dias. Foram não planejadas 78,7% (129) das gestações, sendo que 34,1% (56) consideraram que ter tido o bebê neste momento tenha sido um problema, 59,1% (97) consideraram que não estavam preparadas para a maternidade e 39% (64) não desejavam este bebê. No momento da entrevista, somente 55,5% (91) das adolescentes estavam usando algum método anticoncepcional, sendo que 41 destas utilizavam anticoncepcionais orais e 33, injetáveis (Gráfico 3).

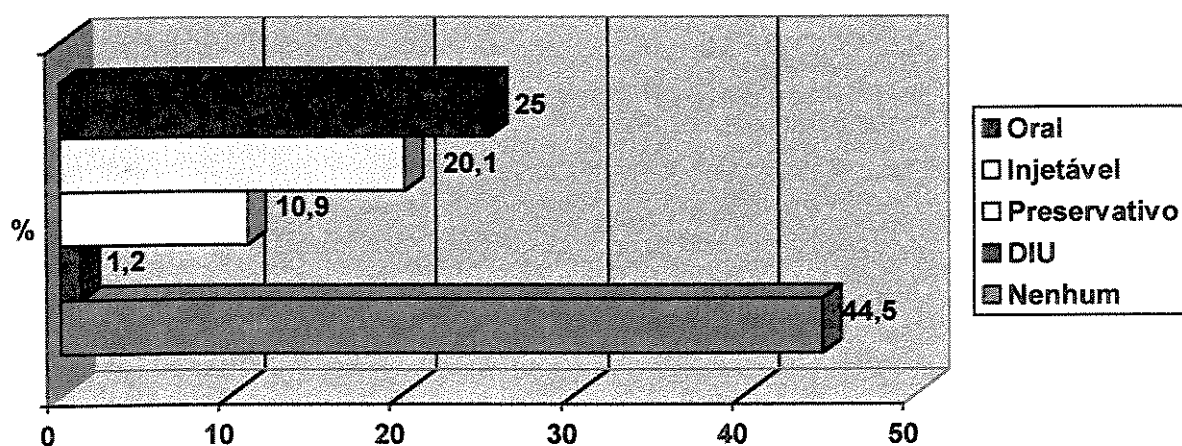
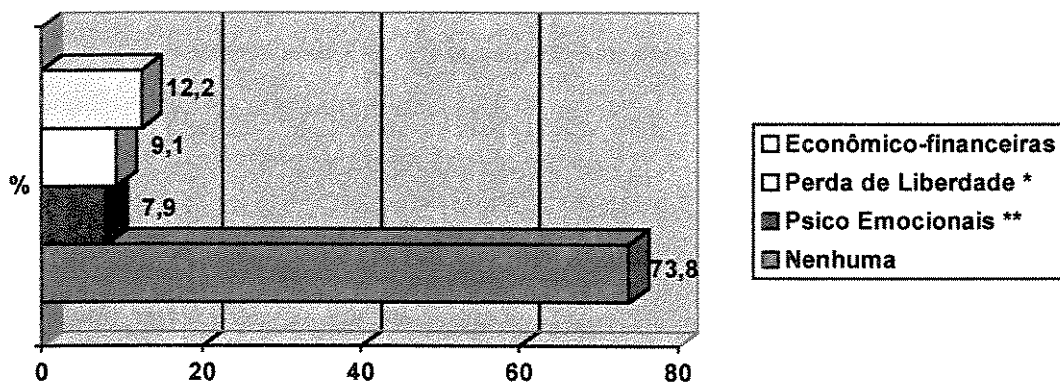


Gráfico 3-Características do tipo de método anticoncepcional utilizado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

4.2-DESCRIÇÃO DO SUPORTE DE APOIO FAMILIAR

Para 26,2% (43) das adolescentes, o nascimento do bebê trouxe alguma dificuldade, sendo os aspectos financeiros os mais citados (Gráfico 4). Para resolver esta dificuldade ou outros problemas, 14,6% (24) das mães buscaram os próprios pais das crianças para conversar a respeito. Entretanto, 18,9% (31) não procuraram qualquer pessoa, ou revelaram ter conversado apenas com o bebê e / ou Deus (Gráfico 5). Referiram desejar receber apoio de qualquer pessoa 39% (64) das mães entrevistadas, sendo que destas, oito sentiam falta do apoio do pai da criança (Gráfico 6).



* Categoria definida para descrever as seguintes falas das adolescentes: “não posso mais passear”, “não posso sair de casa”, “não tenho liberdade”, “não tenho mais liberdade para estudar e trabalhar”, entre outras.

** Categoria definida para descrever as seguintes falas das adolescentes: “pulei fases de minha vida”, “começaram a ocorrer muitos desentendimentos familiares”, “tudo um pouco”, “tive depressão”, entre outras.

Gráfico 4-Características dos tipos de dificuldades encontradas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

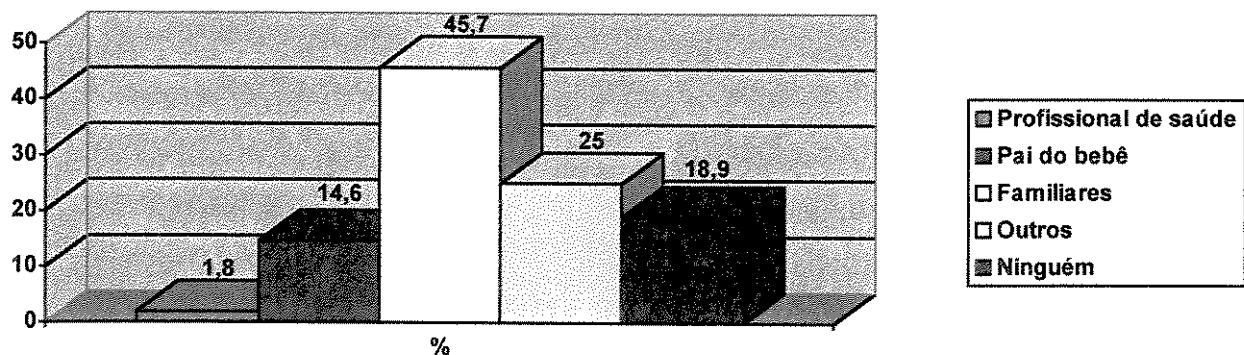


Gráfico 5-Apoiadores das mães adolescentes diante das dificuldades vivenciadas – Campinas, 2001-2003 (n=164)

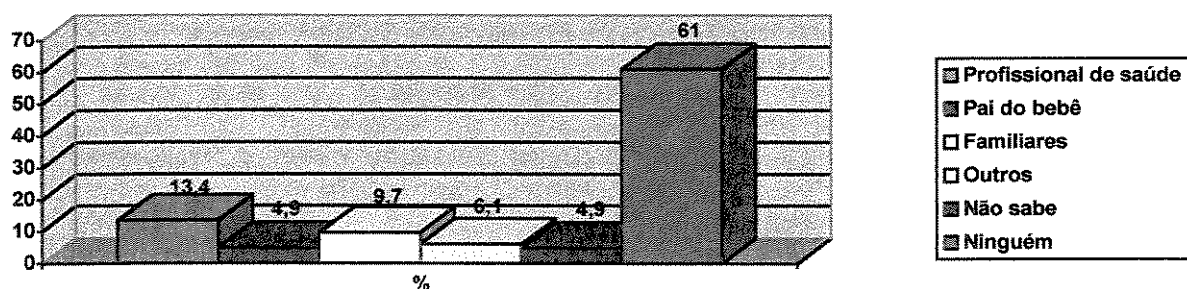


Gráfico 6- Apoadores com quem mães adolescentes gostariam de contar diante das dificuldades vivenciadas – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Nenhuma adolescente, após a alta, saiu da maternidade sozinha com seu bebê, 57,3% (94) foram com o pai do bebê, 47,6% (78) com os avós do bebê, 14,6% (24) com outros parentes, 6,1% (10) com amigos e uma, de ambulância. Após a chegada da maternidade, 90,8% (149) referiram ter tido algum tipo de ajuda com os afazeres domésticos (Gráfico 7), destas, 21 foram auxiliadas pelo pai do bebê e a maior parte (133) por outros familiares, principalmente pela mãe e irmã.

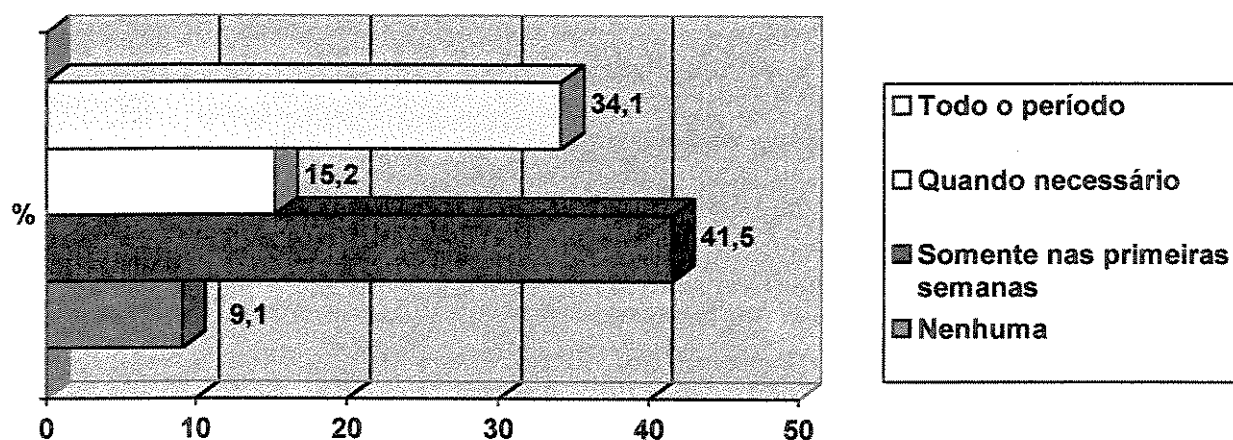


Gráfico 7- Características da frequência de ajuda das atividades domésticas às mães adolescentes após a saída da maternidade – Campinas, 2001-2003 (n=164)

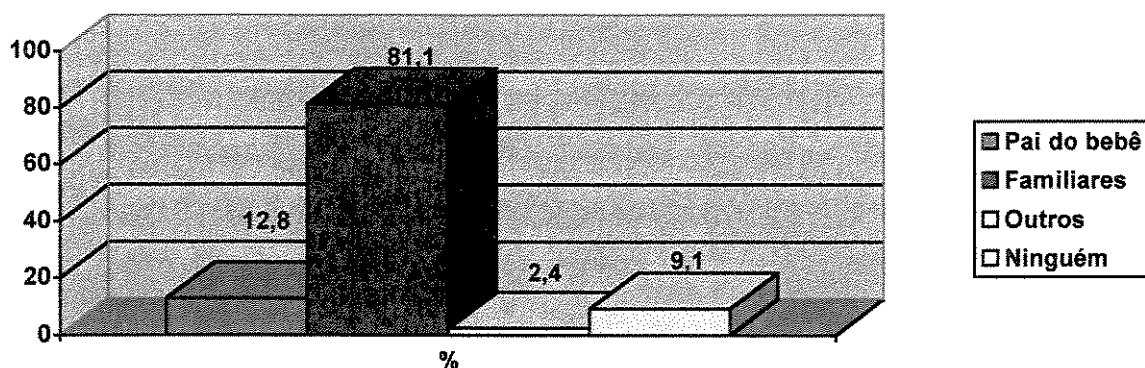


Gráfico 8-Colaboradores das mães adolescentes com as atividades domésticas após a saída da maternidade – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Após as primeiras semanas de pós-parto, das 92 adolescentes que moravam com os companheiros, 60 consideraram que receberam algum apoio dos mesmos para a realização das atividades diárias. Estas compreenderam desde “um pouco” até “tudo”. Foram considerados, desta forma, colaborativos os companheiros que realizavam qualquer tarefa no domicílio. Do mesmo modo, 79 referiram que seus companheiros ajudavam no cuidado com o bebê, sendo esta ajuda bem variada, desde simplesmente “cuida” ou “segura o bebê para eu tomar banho” até “cuida do bebê enquanto eu trabalho”.

4.3-DESCRIÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL

Quando do diagnóstico da gravidez, 21,3% (35) das adolescentes realizavam alguma atividade remunerada (Gráfico 9). Destas, não tiveram direito à licença gestante 14 adolescentes, pois sete pararam de trabalhar por vontade própria durante a gestação, seis foram dispensadas pelos empregadores e uma não retornou após o parto. Das 21 adolescentes que tiveram o direito à licença-maternidade, três delas foram por um período menor que 120 dias.

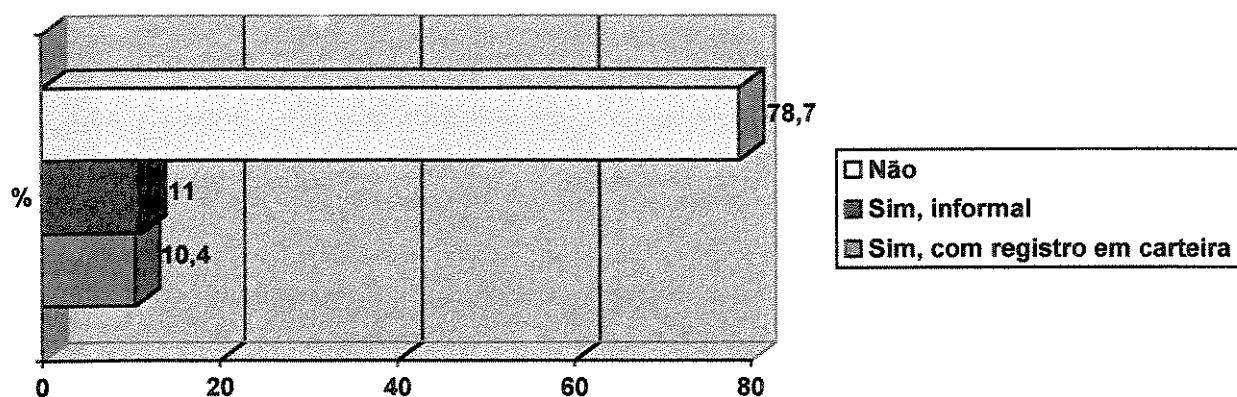


Gráfico 9-Realização de alguma atividade remunerada, quando do diagnóstico da gravidez, referido por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Das 81 adolescentes (49,4%) que freqüentavam escola no momento do diagnóstico da gravidez, 49 (60,5%) perderam o ano escolar (Gráfico 10). Beneficiaram-se de supervisão escolar no domicílio (exercício domiciliar) apenas 17 adolescentes, sendo que 10 meninas puderam ficar afastadas da escola por um período inferior a 120 dias. O não desfrute da licença domiciliar foi justificado pelas adolescentes pelos seguintes motivos: quarenta e cinco abandonaram a escola durante a gestação, sete abandonaram após o parto, nove pelo término do ano letivo e duas não queriam perder aula.

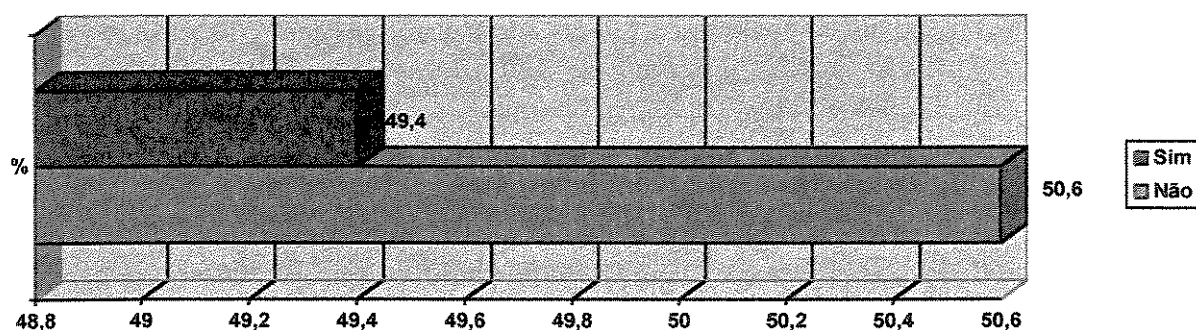


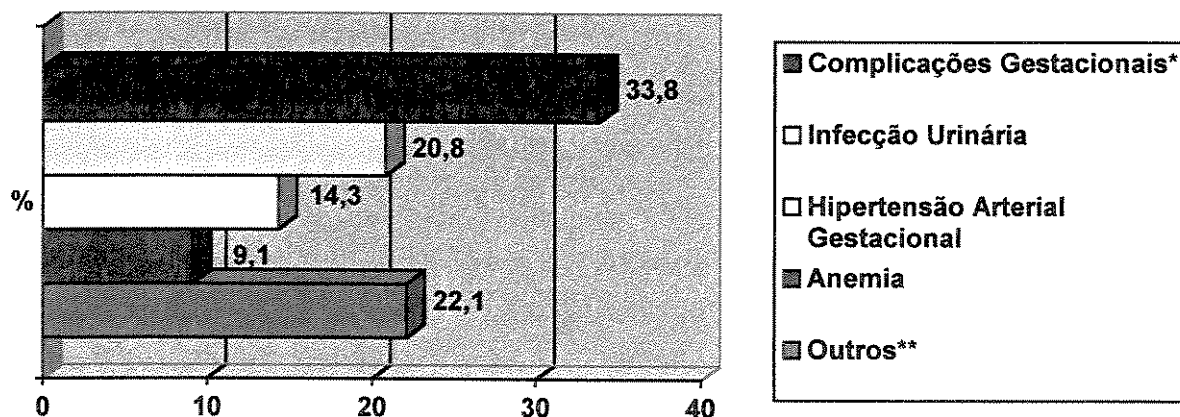
Gráfico 10-Frequência em escola, quando do diagnóstico da gravidez, referido por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Apesar de estarem 17,7% (29) das adolescentes trabalhando e 11,6% (19) estudando no momento da entrevista, apenas 9,1% (15) dos filhos das adolescentes freqüentavam creche, sendo que nove destas mães não são trabalhadoras e 11 não são estudantes.

4.4-CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

A grande maioria das adolescentes fez pré-natal, para 95,7% (157) o número médio de consultas foi em torno de oito. Apenas 11,5% (19) das gestantes tiveram alguma assistência pré-natal específica para adolescentes grávidas, seja individual e/ou em grupo.

O número de gestantes que apresentou algum problema durante a gestação foi de 39% (64), sendo as enfermidades mais comuns as complicações gestacionais, infecção urinária e hipertensão gestacional (Gráfico 11). A prevalência de internação entre todas as adolescentes foi de 14% (23).

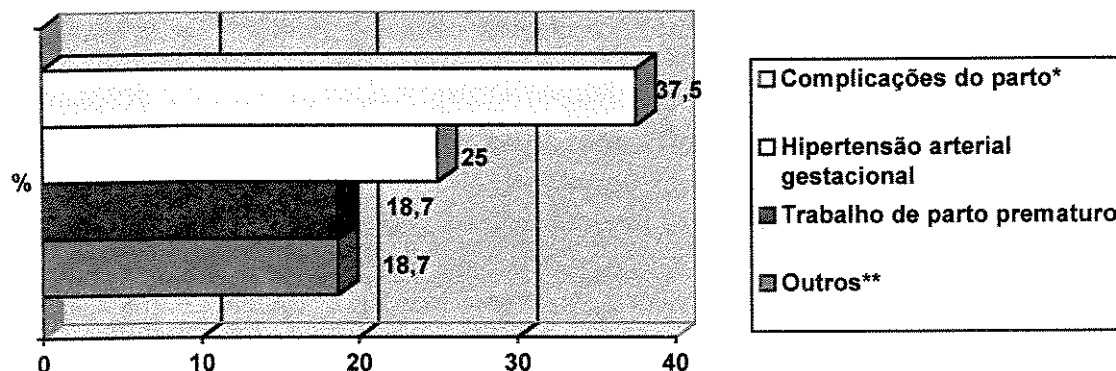


*Trabalho de parto prematuro, ameaça de aborto, senescência placentária, oligoâmnio, sangramento, entre outros

**Bronquite, sinusite, acidente de carro, nervosismo, queda, hipotensão, entre outros.

Gráfico 11-Problemas mais comuns apresentados por mães adolescentes durante a gestação
– Campinas, 2001-2003 (n=164)

Durante a internação para o parto, 8,5% (14) das adolescentes apresentaram algum problema de saúde (Gráfico 12), sendo que 56,7% (93) dos partos ocorreram por via vaginal e 43,3% (71) foram cesáreas (Gráfico 13). Relataram ter recebido anestesia na hora do parto 76,8% (126). A totalidade dos partos ocorreu em instituições de saúde, sendo 98,8% (162) em maternidades.



*Circular de cordão, cesárea de urgência, “não tinha dilatação”, “bolsa rota por 36 horas”.

**Secreção purulenta na mama, dor de cabeça, sonolência.

Gráfico 12-Problemas mais comuns apresentados por mães adolescentes durante a internação para o parto e puerpério imediato – Campinas, 2001-2003 (n=164)

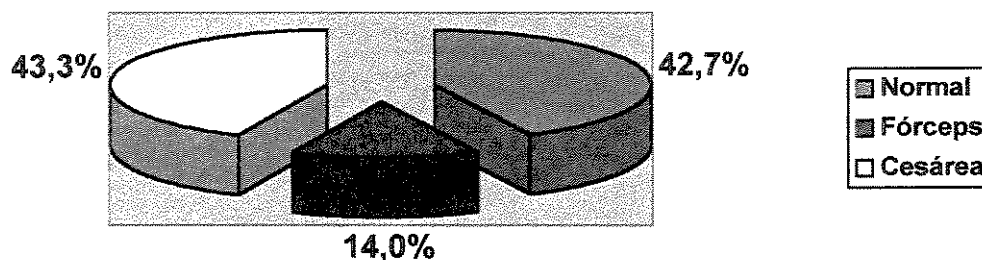


Gráfico 13-Tipo de parto apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

4.5-CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Ainda na maternidade, 17,7% (29) dos recém-nascidos apresentaram algum problema (Gráfico 14), destes, 18 não tiveram alta da maternidade junto com suas mães (Gráfico 15) permanecendo na maternidade em média por mais 30 dias.

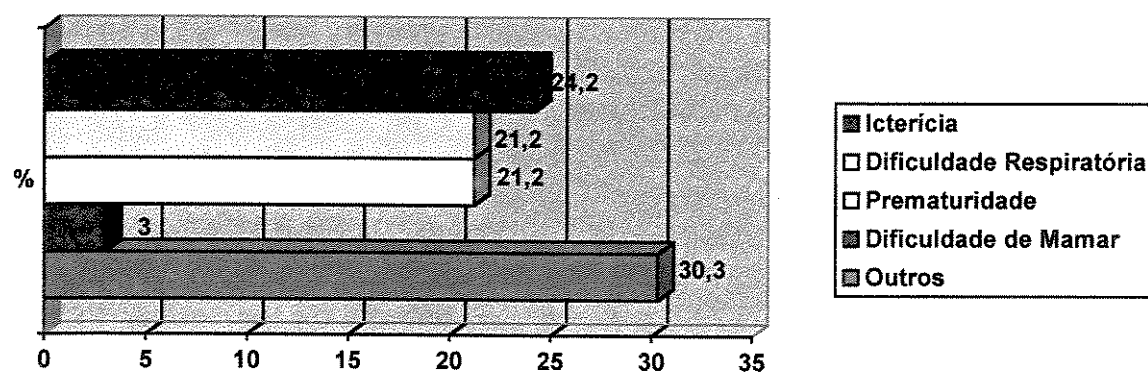


Gráfico 14-Problemas apresentados pelos recém-nascidos ainda na maternidade Campinas, 2001-2003 (n=164)

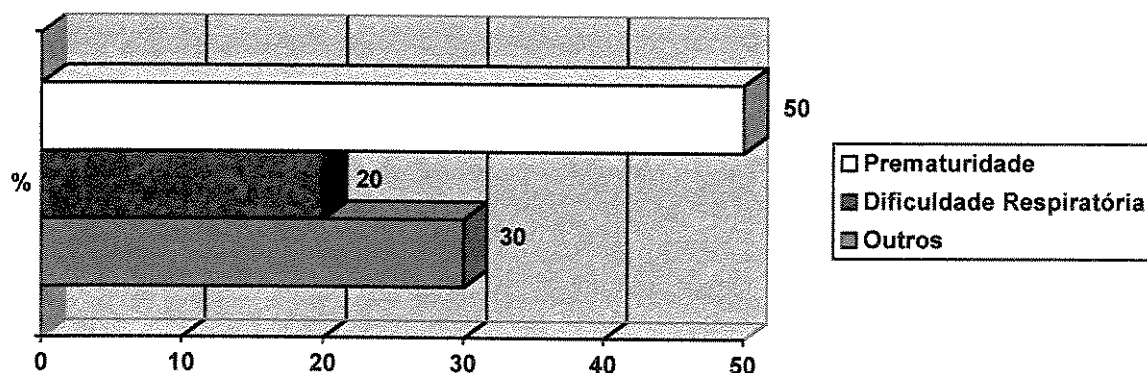


Gráfico 15-Problemas apresentados pelos recém nascidos ainda na maternidade, aos quais foi necessário manter a internação hospitalar – Campinas, 2001-2003 (n=164)

A consulta de puericultura do bebê ocorreu em média com 25 dias de vida, sendo que 88,4% (145) das crianças tiveram o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento com consultas mensais, ou quinzenal (Gráfico 16). A carteira de vacinação estava atualizada em 94,5% (155) dos casos.

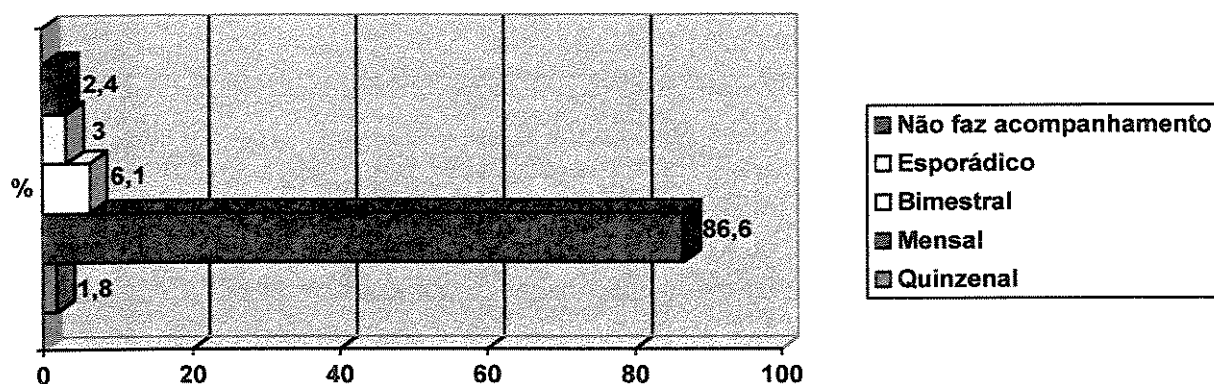


Gráfico 16-Frequência de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos de mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Após a alta da maternidade, 9,8% (16) das crianças precisaram ser internadas, sendo, em sete casos, a infecção respiratória o motivo. Quando questionadas se algum médico já havia dito que seu filho tinha algum problema de saúde, 11,6% (19) responderam que sim (Gráfico 17). Quanto a referência de presença de algum sintoma nos últimos 15 dias anteriores à entrevista: 29,9% das crianças haviam apresentado diarreia, 58,5% tosse, 57,3% coriza, 16,5% dor de ouvido, 6,1% problema na garganta, 30,5% respiração rápida ou difícil, 36% chiado e 51,8% febre.

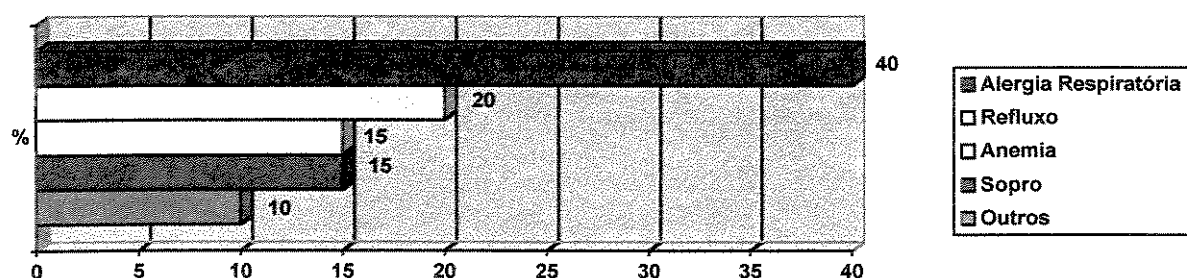


Gráfico 17-Problemas de saúde detectados em consulta médica aos filhos de adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Em 82,9% (136) dos casos, as adolescentes estavam com seus bebês no momento da entrevista e 115 crianças foram consideradas aparentemente limpas e bem cuidadas. Em relação ao vínculo mãe-bebê, verificou-se que 116 mães apresentaram atitude carinhosa com a criança. Apenas 35 crianças choraram durante a entrevista e reagiram ao choro, com ansiedade, seis mães, 18 com preocupação, sete com displicência e três com irritação.

4.6-CARACTERÍSTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DOS FILHOS DAS ADOLESCENTES

O desejo de amamentar já estava manifesto na gravidez para 93,9% (154) adolescentes (Gráfico 18). Consideraram ter recebido, durante o período gestacional, algum incentivo, estímulo ou apoio para amamentar 61% (100) das adolescentes. Dentre as orientações recebidas (Gráfico 19), a importância da amamentação foi a mais freqüente, tendo sido considerados apoiadores, por 58 (35,4%) destas adolescentes, os profissionais de saúde (Gráfico 20).

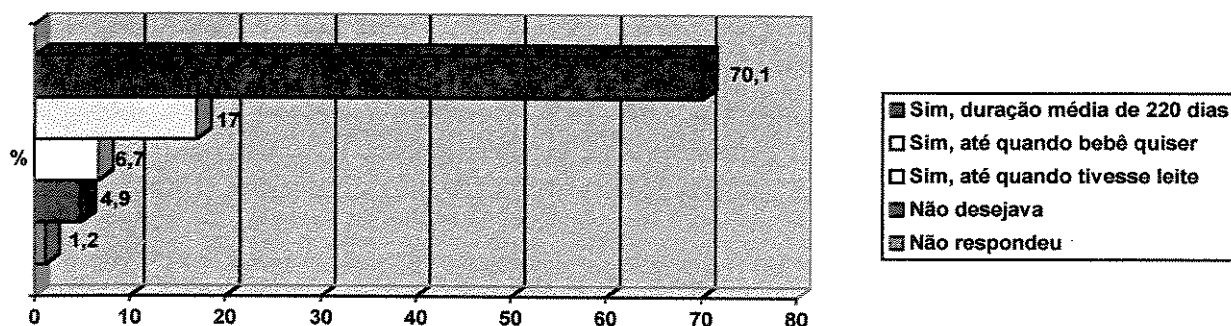


Gráfico 18-Desejo de amamentar seu bebê, manifesto durante a gravidez das mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

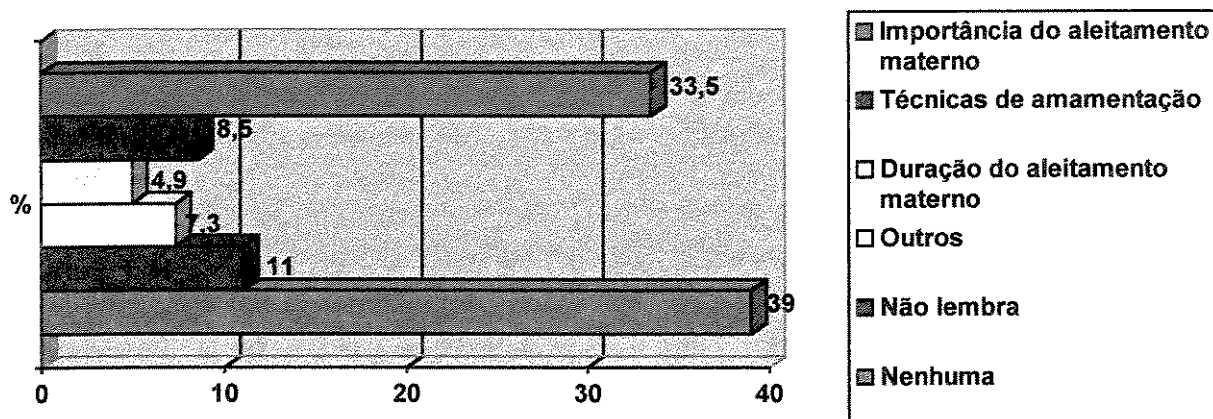


Gráfico 19-Características das orientações recebidas por adolescentes durante a gravidez – Campinas, 2001-2003 (n=164)

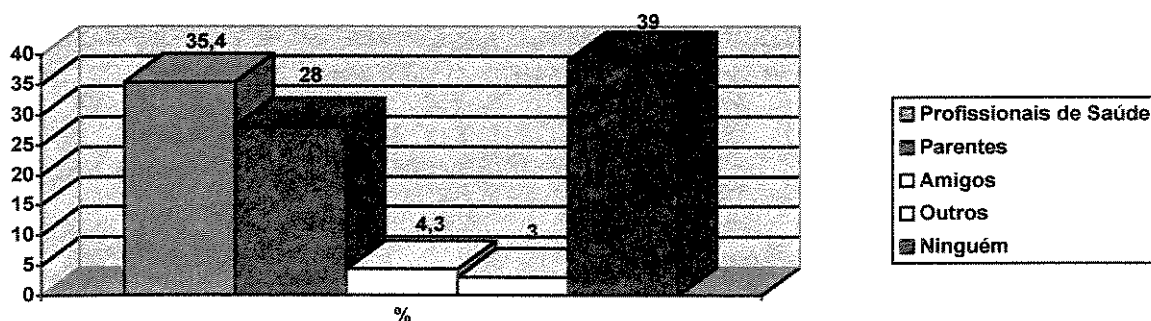


Gráfico 20-Apoiadores das adolescentes, durante a gravidez, em relação ao aleitamento materno – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Quanto às orientações fornecidas, a introdução de água e chá esteve presente em 53% (87) das orientações, outros leites em 33,5% (55) e outros tipos de alimentos em 33,5% (55).

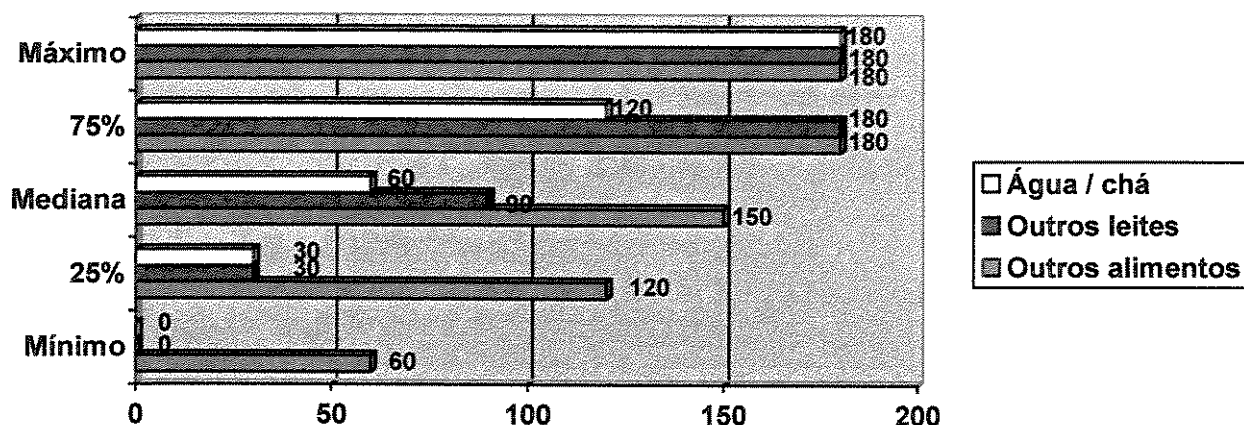


Gráfico 21-Quartis da duração média de idades orientadas para a introdução de alimentação complementar – Campinas, 2001-2003 (n=164)

As Tabelas 5, 6 e 7 mostram, em respostas espontâneas, as orientações recebidas pelas mães adolescentes a respeito de idades de introdução de alimentos complementares ao leite materno. Observou-se que os parentes e os profissionais de saúde foram, com maior frequência, os responsáveis por orientações que levam a uma interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AMEx).

Tabela 5-Idade da criança expressa em dias, em que as adolescentes foram orientadas a introduzir água e chás, segundo orientador – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Água / Chá	0 – 29	30 – 59	60 – 119	120 – 180	MEDIANA
Profissionais de Saúde	5	1	19	20	90
Parentes	10	10	9	4	30
Amigos	0	1	1		120

Tabela 6-Idade da criança expressa em dias, em que as adolescentes foram orientadas a introduzir outros tipos de leite, segundo orientador – Campinas, 2001-2003 (n=164)

OUTROS LEITES	0 – 59	60– 89	90 – 180	MEDIANA
Profissionais de Saúde	5	4	18	150
Parentes	6	2	9	90
Amigos	0	0	1	90

Tabela 7-Idade da criança expressa em dias, em que as adolescentes foram orientadas a introduzir outros tipos de alimentos, segundo orientador – Campinas, 2001-2003 (n=164)

OUTROS ALIMENTOS	60 – 119	120 – 149	150 – 180	MEDIANA
Profissionais de Saúde	3	10	21	150
Parentes	3	5	7	135
Amigos	0	0	1	180

Durante o pré-natal, 85 adolescentes referiram não ter recebido qualquer orientação sobre aleitamento materno e 113, sobre cuidados com o recém-nascido. Apenas sete adolescentes foram orientadas sobre seu direito à licença maternidade e dez sobre outros direitos da gestante.

Somente 4,9% (8) das mães referiram que o bebê mamou na sala de parto, 47,4% (64) dos bebês mamaram nas primeiras 2 horas de vida, 78,7% (129) das adolescentes permaneceram em alojamento conjunto com seus bebês. Durante a internação: 84,8% (139) das mães relataram ter sido orientadas quanto ao aleitamento materno e 83,5% (137) quanto aos cuidados com o recém-nascido. Referiram alguma dificuldade em casa para amamentar, 38,4% (63) das entrevistadas, sendo a fissura mamilar a condição mais citada (Gráfico 22).

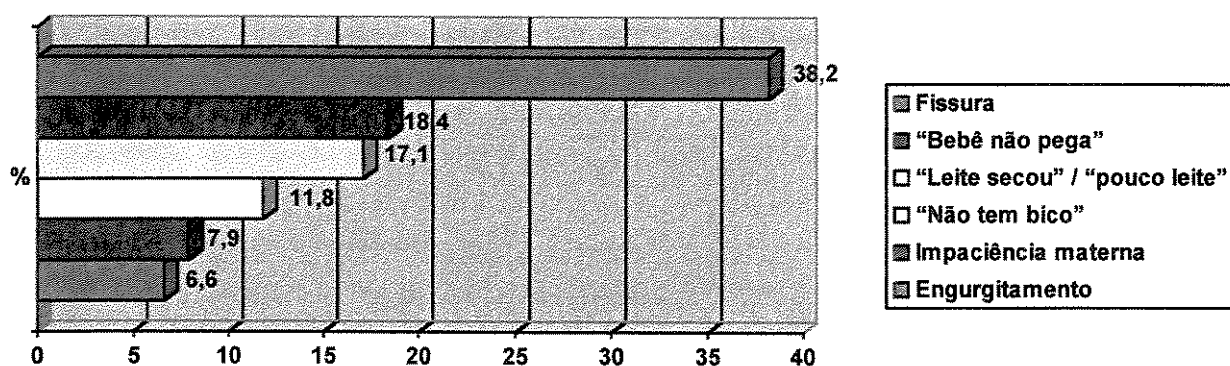


Gráfico 22-Dificuldades para amamentar vivenciadas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

A introdução de alimentação complementar ocorreu de forma precoce (Tabela 8), sendo que apenas um bebê estava aleitando exclusivamente ao seio, no momento da entrevista (aos seis meses de idade), 54,9% (90) dos bebês estavam em aleitamento materno misto e 45,1% (74) já haviam sido desmamados. O tempo médio de aleitamento materno exclusivo ficou em torno de 37 dias e o tempo mediano correspondente a 30 dias.

Tabela 8-Frequência e idades média e mediana em dias de introdução de alimentos complementares e bicos artificiais aos filhos de mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

ALIMENTOS COMPLEMENTARES E BICOS	f	%	Idade Média	Idade Mediana
ARTIFICIAIS			(dias)	(dias)
Água	164	100,0	58	60
Chá	145	88,4	41	30
Suco	150	91,5	110	90
Outro leite	137	83,5	85	90
Papinha	149	90,9	129	120
Alimento da família	108	65,9	148	150
Vitamina de fruta com leite	67	40,9	147	150
Fruta em pedaços, raspada ou amassada	149	90,9	125	120
Chupeta	99	60,4	19	10
Chuquinha / Mamadeira	141	86,0	59	60
Outros	38	23,2	146	150

Das adolescentes estudantes no momento da entrevista, 11,6% (19), apenas três, beneficiaram-se de intervalos no período de aula para amamentar seus filhos e duas consideraram que a escola prejudicou o aleitamento materno, sendo que todas estas adolescentes deixaram de amamentar exclusivamente seus bebês, em até 90 dias.

Dentre as adolescentes que possuíam alguma atividade remunerada no momento da entrevista, 17,7% (29), cerca de um terço (9) se beneficiaram de intervalos no período do trabalho para amamentar seus filhos, também um terço destas meninas consideraram que o trabalho prejudicou o aleitamento materno, sendo que 18 bebês já estavam desmamados no sexto mês. Aleitaram exclusivamente ao seio até 30 dias, 58,6% (17) destas adolescentes.

4.7-CONDIÇÕES ASSOCIADAS À INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

4.7.1-Procedimentos descritivos:

A Tabela 9 mostra que algumas condições maternas desfavoráveis estiveram associadas com a precocidade de interrupção do aleitamento materno exclusivo (AMEx). Consideraram-se para esta análise categorias de aleitamento materno exclusivo menor ou igual a 30 dias e superior a 30 dias, por ter sido esta a mediana encontrada.

Observou-se associação positiva e estatisticamente significativa com baixa duração do AMEx: adolescente que não fazia uso de método anticoncepcional durante a entrevista, cuja gravidez não foi desejada, que não realizou pré-natal e não foi orientada durante pré-natal sobre aleitamento materno. Recém-nascido do sexo feminino também foi fator positivamente associado a baixa duração de aleitamento materno exclusivo. Condições como escolaridade materna, frequência em escola, trabalho materno e baixo nível socioeconômico, freqüentemente associadas ao desmame, não representaram, neste estudo, fatores de risco para a interrupção mais precoce do aleitamento materno exclusivo (Apêndice 3).

Tabela 9-Associações bivariadas entre condições maternas e do bebê e aleitamento materno exclusivo (AMEx) - Campinas, 2001-2003 (n=164)

	Categoria de tempo mediano de AMEx					
	n	≤30 dias	>30 dias	%	p	OR bruto (IC=95%)
Idade paterna (< ou = 19 anos)	142	22	11	23,2	0,79	1,11 (0,45 – 2,78)
Idade materna (< ou = 16 anos)	164	31	9	24,4	0,08	2,03 (0,83 – 5,10)
Escolaridade materna (<8 anos de estudo)	164	43	20	38,4	0,70	1,14 (0,55 – 2,37)
Estudante	162	12	7	11,7	0,77	1,15 (0,38 – 3,45)
Realização de atividade remunerada	162	17	12	17,9	0,35	1,48 (0,59 – 3,65)
Renda per capita (< ou = R\$150,00)	150	54	26	53,3	0,81	1,08 (0,52 – 2,28)
Consumo de álcool	164	12	6	11,0	0,98	0,99 (0,31 – 3,10)
Hábito de fumar	164	18	10	17,1	0,78	1,12 (0,44 – 2,86)
Hábito de fumar na gestação	164	16	9	15,2	0,77	1,14 (0,42 – 3,02)
Família nuclear	164	44	24	41,4	0,68	0,87 (0,43 – 1,79)
Mora com companheiro	164	58	34	56,1	0,29	1,42 (0,69 – 2,93)
Multiparidade	164	16	10	15,8	0,56	1,29 (0,49 – 3,35)
Uso de método anticoncepcional	164	51	40	55,5	0,001	2,98 (1,39 – 6,46)
Serviço de saúde utilizado (SUS)	164	84	34	71,9	0,04	2,08 (0,96 – 4,48)
Gestação planejada	164	19	16	21,3	0,08	1,94 (0,84 – 4,50)
Bebê como um problema	164	36	20	34,1	0,67	1,16 (0,55 – 2,43)
Preparada para ter este bebê	164	38	29	40,8	0,02	2,08 (1,02 – 4,28)
Desejo por este bebê	164	59	41	61,0	0,01	2,48 (1,14 – 5,45)
Nº consultas PN (< ou = 6)	138	29	9	27,5	0,05	2,24 (0,89 – 5,77)
Orientação sobre aleitamento materno durante pré-natal	156	43	28	45,5	0,24	1,48 (0,72 – 3,05)
Problemas de saúde na gestação	164	38	26	27,6	0,12	1,68 (0,82 – 3,44)
Parto vaginal	164	60	30	54,9	0,54	1,23 (0,60 – 2,51)
Intervalo entre parto e 1º Mamada (< ou =2horas)	135	39	25	47,4	0,18	0,61 (0,28 – 1,35)
Permanência em alojamento conjunto	164	67	37	63,4	0,44	0,75 (0,34 – 1,66)
Orientação sobre aleitamento materno durante internação	164	92	47	84,7	0,85	1,09 (0,40 – 3,01)
Ajuda em casa após alta	164	101	48	90,8	0,25	0,54 (0,16 – 1,80)
Dificuldades com o nascimento RN	164	33	10	26,2	0,09	0,51 (0,21 – 1,22)

Categoria de Tempo Mediano de AMEx						
Ter necessidade de conversar com alguém	164	26	23	29,9	0,01	2,29 (1,08 – 4,90)
Apoio para amamentar	164	60	40	61,0	0,02	2,18 (1,01 – 4,72)
Dificuldade para amamentar	164	41	22	38,4	0,76	1,11 (0,54 – 2,28)
RN do Sexo Masculino	164	61	21	50,0	0,03	0,49 (0,24 – 1,00)
Peso ao nascer (< ou = 3130g)	164	50	34	51,2	0,05	0,52 (0,25 – 1,07)
RN apresentou algum problema ainda na maternidade	164	21	8	17,7	0,45	0,71 (0,26 – 1,88)
Uso de chupetas	164	67	32	60,4	0,68	0,87 (0,42 – 1,79)
1º Consulta Puericultura: bebê (< ou = 30 dias)	164	91	46	83,5	0,98	0,99 (0,37 – 2,58)
Bebê possui algum problema de saúde	164	12	7	11,6	0,74	1,18 (0,39 – 3,52)
Diarréia nos últimos 15 dias	164	38	13	31,1	0,14	0,58 (0,26 – 1,29)
Tosse nos últimos 15 dias	164	66	34	61,0	0,87	1,05 (0,51 – 2,18)
Coriza nos últimos 15 dias	164	65	37	62,2	0,34	1,39 (0,66 – 2,93)
Dor de ouvido nos últimos 15 dias	164	21	7	17,1	0,29	0,61 (0,22 – 1,67)
Problema na garganta nos últimos 15 dias	164	7	3	6,1	0,80	0,84 (0,16 – 3,87)
Respiração rápida ou difícil nos últimos 15 dias	164	39	12	31,1	0,06	0,50 (0,22 – 1,13)
Chiado nos últimos 15 dias	164	44	16	36,6	0,15	0,61 (0,28 – 1,29)
Febre nos últimos 15 dias	164	58	28	52,4	0,78	0,91 (0,45 – 1,85)
Febre + outro sintoma nos últimos 15 dias	164	56	27	50,6	0,78	0,91 (0,45 – 1,85)
Relação carinhosa entre mãe e filho durante entrevista	136	77	39	85,3	0,44	1,52 (0,46 – 5,25)

4.7.2-Procedimentos multivariados

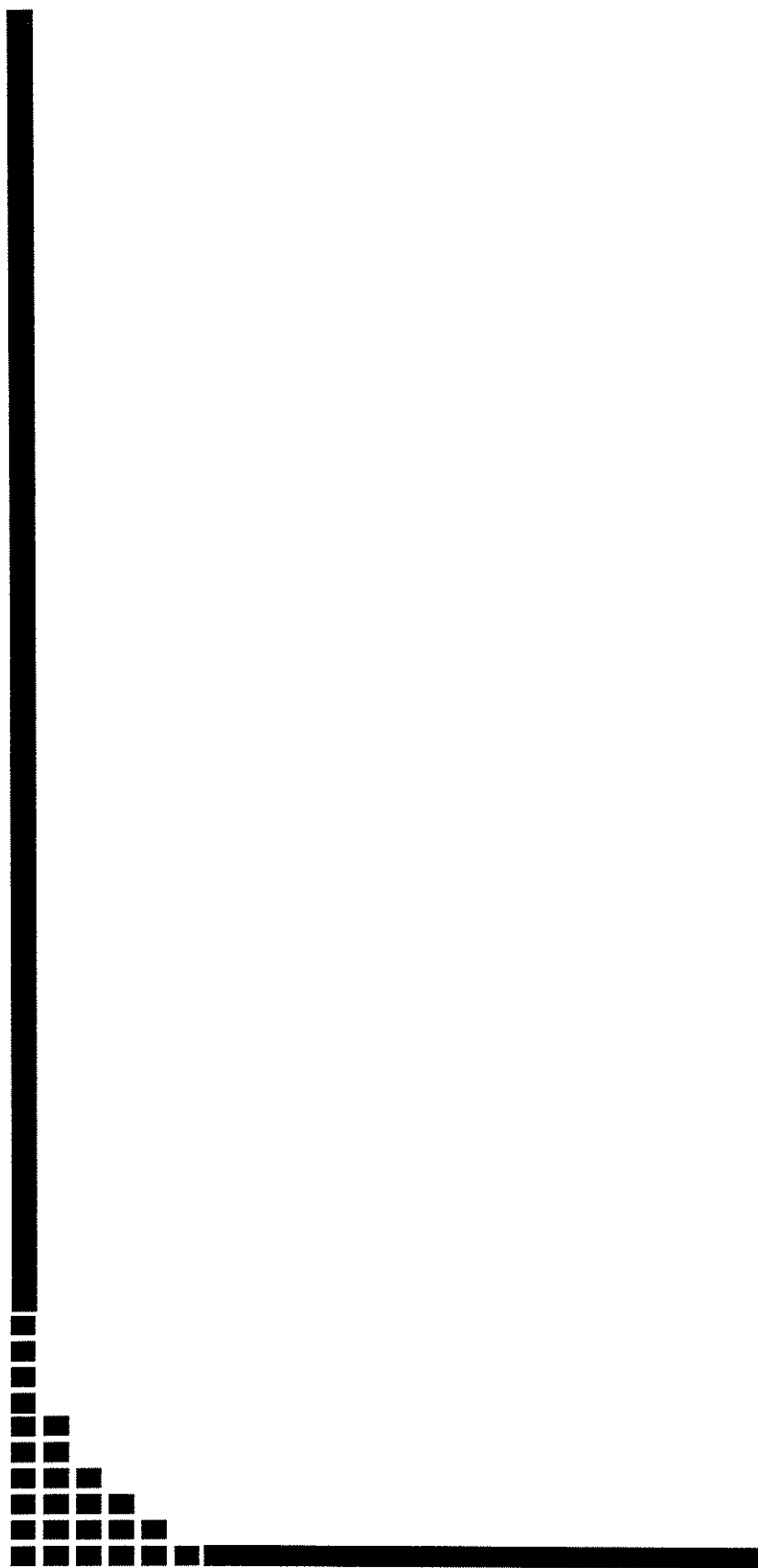
A análise bivariada descrita acima permitiu selecionar as condições maternas, familiares e da criança que apresentaram associação com maior ou menor duração do aleitamento materno exclusivo (Apêndice 4). Optou-se por incluir na análise de regressão logística multivariada, as variáveis independentes que apresentaram nível de significância com a duração do AMEx (<=30 dias ou > que 30 dias) igual ou inferior a 20% ($p \leq 0,20$). Definiu-se como critério de saída do modelo, as associações com valor de p menor ou igual 0,05.

Esta análise (Tabela 10) permitiu verificar as associações entre interrupção precoce do AMEx e intervalo superior a 2 horas entre parto e a primeira mamada (OR=3,45; 95% de IC: 1,08 – 11,05) e, também entre a duração e não sentir necessidade de conversar com alguém diante de alguma dificuldade (OR=0,29; IC=95%: 0,10 – 0,87). Mulheres que aleitaram exclusivamente ao seio por mais tempo tinham mais chance de fazer uso de método anticoncepcional no momento da entrevista (OR=0,24; IC=95%: 0,07

– 0,81) e referiram sentir-se preparadas para ter o bebê (OR=0,30; IC=95%: 0,09 – 1,00). Estas condições permaneceram, portanto, significativamente associadas à duração do aleitamento materno exclusivo, após terem sido controladas pelos efeitos das variáveis: idade materna, serviço de saúde utilizado, planejamento da gestação, desejo de ter o bebê, número de consultas pré-natal, problemas de saúde na gestação, tipo de parto, ter dificuldade com o nascimento do bebê, apoio para amamentar, sexo do bebê e peso ao nascer.

Tabela 10-Associação multivariada, entre duração do AMEx em categorias e variáveis maternas, estimada em modelo de regressão logística (n=108)

Variáveis Maternas	OR ajustado	IC=95%
Idade da materna (>16 anos)	0,55	0,16 – 1,93
Uso de método anticoncepcional (sim)	0,24	0,07 – 0,81
Serviço de saúde utilizado (não SUS exclusivo)	0,68	0,23 – 2,03
Gestação planejada (sim)	2,06	0,60 – 7,04
Preparada para ter este bebê (sim)	0,30	0,09 – 1,00
Desejo por este bebê (sim)	0,86	0,26 – 2,84
Nº consultas PN (> 6)	0,34	0,10 – 1,20
Problemas de saúde na gestação (sim)	0,96	0,33 – 2,76
Parto vaginal (sim)	1,45	0,50 – 4,18
Intervalo entre parto e 1º mamada (>2horas)	3,45	1,08 – 11,05
Dificuldades com o nascimento RN (sim)	0,52	0,14 – 1,94
Ter necessidade de conversar com alguém (sim)	0,29	0,10 – 0,87
Apoio para amamentar (sim)	0,49	0,16 – 1,52
Sexo do bebê (Masculino)	1,66	0,64 – 4,35
Peso ao nascer (>3130g)	1,61	0,61 – 4,27



5- DISCUSSÃO

Os procedimentos metodológicos previstos no planejamento da pesquisa foram observados na sua execução; entretanto, a grande mobilidade desta população e a imprecisão no fornecimento dos endereços, dificultaram o cumprimento do cronograma de seleção e entrevistas. Apesar das entrevistadoras terem retornado às casas duas ou mais vezes, as perdas, por não localização dos endereços, foram grandes. Entretanto, a análise comparativa entre o grupo que participou do estudo e aquele que não foi localizado, utilizando-se variáveis obtidas nas declarações de nascidos, mostrou, para estas condições, ausência de viés de seleção.

Buscou-se, neste trabalho, avaliar as repercussões da maternidade adolescente no cuidado do recém-nascido, especialmente quanto à prática do aleitamento materno exclusivo e analisar a existência e características de rede de apoio social e familiar capaz de amenizar as desvantagens que este binômio pudesse estar sujeito. Procurou-se, também, verificar a presença e a influência sobre as condições da assistência à saúde prestada a esta população.

As adolescentes apresentavam nível de escolaridade superior a oito anos de estudos e uma boa estrutura familiar, sendo que, mais da metade, viviam com o seu companheiro em moradias pequenas e com boas condições de saneamento. Possuíam, entretanto, renda familiar *per capita* baixa. Os partos foram todos assistidos em alguma unidade de saúde, com proporção de cesáreas, nesta amostra de 43,3%, valor este, inferior ao encontrado entre as mulheres brasileiras de todas as idades na mesma pesquisa. Não foi possível, com as informações obtidas, esclarecer se esta alta proporção de partos cirúrgicos ocorreu por complicações no trabalho de parto das adolescentes ou, se pela avalanche de cesáreas desnecessárias que ocorrem nos hospitais brasileiros (SILVA, 2001b). A proporção de baixo peso ao nascer nesta população foi superior ao verificado em nível nacional que é de 8,1%, e no Estado de São Paulo de 8,3% (BEMFAM/PNDS, 1997).

Os resultados desta investigação estão de acordo com os observados por TAKIUTI (1998), segundo os quais a gravidez na adolescência, na maioria das vezes, é não planejada. DYE et al (1997) verificaram menor propensão a amamentar em mulheres que não haviam planejado a gravidez. Encontrou-se, também, que boa parte das adolescentes referiu não ter desejado a gravidez e se achava despreparada para a maternidade; mesmo

assim 44,5% não estavam usando qualquer método anticoncepcional no momento da entrevista, ou seja, seis meses após o nascimento deste bebê.

Neste estudo, o fato das adolescentes sentirem-se preparadas para ter o bebê neste momento (OR=0,30; IC=95%: 0,09 – 1,00) e o uso de métodos anticoncepcionais (OR=0,24; IC=95%: 0,07 – 0,81) apareceram como fator de proteção ao aleitamento materno exclusivo. BORUCHOVITCH (1992) relata em seu estudo que:

determinadas características da personalidade contribuem para o uso ou não de métodos anticoncepcionais na adolescência. Os adolescentes que optam por medidas anticoncepcionais, geralmente apresentam nível maior de maturidade de ego... variáveis como ansiedade, auto-estima e nível de aspiração influenciam o uso de anticoncepcionais na adolescência.

A não utilização de métodos anticoncepcionais pode estar ligada ao receio de seus familiares descobrirem o início de sua atividade sexual, pela falta de conhecimento, desejo consciente ou inconsciente de constituir sua família (SILVA, 2001a) ou mesmo a exposição a comportamentos de risco por se considerar “imune” a uma gestação indesejada ou a uma doença sexualmente transmissível (SCHOR et al., 1996; HOYER, 1998). Porém, no caso das não primíparas, algumas dessas premissas acabam sendo falaciosas.

Neste estudo detectou-se uma proporção de 15,9% de adolescentes não primíparas, valor superior ao encontrado por SILVA (2001b), em 1997, no Ambulatório de Pré Natal de Adolescentes do Centro de Atenção Integral da Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (CAISM-UNICAMP), que foi de 13,5%.

5.1-REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

As repercussões na vida da adolescente ocorrem em todos os aspectos, do biológico ao psicossocial. As alterações corporais são facilmente percebidas, muitas adolescentes relacionam a gravidez a conquistas de benefícios sociais. SANTOS e SCHOR (2003) em estudo realizado com mães adolescentes entre 10 e 14 anos verificaram dois grupos principais e com percepções distintas sobre a gravidez e maternidade, o primeiro encarando-as de forma positiva “satisfeita com a maternidade e dependente do afeto do filho”, e o segundo, de forma negativa denominando a mãe como deprimida e estressada.

Entretanto, independente da forma como esta gravidez foi interpretada, sabe-se que, principalmente, nas primeiras semanas pós-parto, a mulher apresenta diversas dificuldades ligadas à própria prática do aleitamento materno, ao fato de ter de assumir outras responsabilidades como a de esposa, dona de casa e/ou cuidar de outros filhos (SERAFIM, 1999) e, mais tardiamente, pode sentir algumas desvantagens, como as dificuldades econômicas, perda de liberdade e desvantagens psicoemocionais (OLIVEIRA, 1999).

As adolescentes desse estudo de Campinas referiram com muita frequência condições negativas relacionadas à gravidez e maternidade, tais como dificuldades econômico-financeiras, perda da liberdade (“não posso mais passear”, “não posso sair de casa”, “não tenho liberdade”, “não tenho mais liberdade para estudar e trabalhar”, entre outras) e psicoemocionais (“pulei fases de minha vida”, “começaram a ocorrer muitos desentendimentos familiares”, “tudo um pouco”, “tive depressão”, entre outras).

A ausência de suporte social ou sua presença conflituosa foi considerada por BARNET et al. (1996) como fonte importante de estresse à mãe adolescente. Diante disto, a presença de um companheiro e/ou outros familiares (ARORA et al, 2000; HANNON et al, 2000) constituiriam condições favoráveis para o cuidado do recém-nascido e em especial ao aleitamento materno. Apesar da maioria das adolescentes residir no domicílio com o pai do bebê ou outro familiar, cerca de 64% consideram não receber qualquer ajuda de seus companheiros quanto aos afazeres domésticos e 51,8% quanto aos cuidados do recém nascido. Na análise multivariada, estas variáveis citadas acima não estiveram relacionadas ao êxito do AMEx. Entretanto, PÉREZ-ESCAMILLA et al (1995) encontraram uma menor duração do AMEx entre as crianças cujos pais não residiam no mesmo domicílio e mãe que realizava alguma atividade remunerada fora de casa.

Grande parte das adolescentes (50,6%) já havia interrompido os estudos antes de engravidarem, confirmando a descrição de SILVA (2001b) sobre as estudantes durante a gravidez. Segundo esta autora, mais da metade perdeu o ano escolar que cursava e, no momento da entrevista, apenas 11,6% das adolescentes ainda estudavam. Percebe-se que as escolas não apresentam aparato necessário para acolher e, muitas vezes, têm até receio de receber a adolescente grávida. Supõe-se que a situação se agrave com a presença da criança, condição que pode representar um estímulo negativo para a continuidade da

freqüência à escola dessas adolescentes. FÁVERO e MELLO (1997) descrevem a dificuldade encontrada pelas adolescentes em conciliar as atividades maternas com os estudos, relacionando-os como dependentes do apoio social existente. Apenas duas adolescentes consideraram que a escola prejudicou o aleitamento materno, entretanto todas deixaram de amamentar exclusivamente seus bebês em até 90 dias.

MOTTA (1998), em estudo realizado com casais adolescentes, encontrou que os adolescentes deixam a escola e entram no mercado de trabalho precocemente, sendo o trabalho materno visto como complementar, pois cabe ao homem a função de provedor financeiro da família. Neste estudo encontrou-se que o pai da criança era o responsável financeiro em 42% dos domicílios e a própria adolescente em 7,3%. Durante a gestação, 21,4% das adolescentes trabalhavam e, no momento da entrevista, este percentual caiu para 17,7%. A licença gestante não foi um direito concedido a todas as adolescentes.

Considerando o baixo nível econômico e a alta evasão escolar observados nestas adolescentes, a presença de vaga em creche seria um equipamento social importantíssimo para uma melhoria das condições socioeconômico-financeiras de suas famílias, facilitando seu retorno aos estudos e propiciando-lhes condições para se inserir no mercado de trabalho. Entretanto, apenas 9,1% (15) dos filhos das adolescentes freqüentavam creche.

5.2-A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Entre as tantas dificuldades vivenciadas pelas adolescentes após o parto, cerca de 20% relataram não possuir apoio de qualquer pessoa. Foi pequena a proporção de mães que referiram esta expectativa relativa a algum profissional de saúde. Este fato, obtido através de respostas espontâneas, pode estar demonstrando a distância entre os serviços de saúde e as necessidades desta parcela da população. Neste estudo, observou-se associação entre aleitamento materno exclusivo mais prolongado e a referência de haver necessidade de conversar com alguém sobre eventuais dificuldades (OR=0,29; IC=95%: 0,10 – 0,87), portanto, a aproximação dos serviços de saúde a esta população é essencial.

Diversos autores relatam a extrema importância de se oferecer apoio material, emocional e informações que irão influenciar favoravelmente o sucesso do aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, o estado de saúde da criança e da adolescente. SILVA (1997) descreveu que:

a decisão de amamentar já pode ser tomada pela mãe durante a gravidez. Após o nascimento da criança, a mulher continuamente avalia o processo da amamentação podendo, a qualquer momento, rever a posição tomada, através de suas sensações de segurança ou busca, advindas da percepção da capacidade de cuidar da criança, garantir sua nutrição e uma avaliação de seus próprios sentimentos.

Estudos enfatizam o papel significativo, na promoção do aleitamento materno, das orientações ofertadas às mulheres durante a assistência pré e pós-natal (YOUNG et al., 1998; ARORA et al, 2000; HANNON et al, 2000; VOLPE e BEAR, 2000; ABADA et al, 2001; LU et al, 2001). DESHPANDE e GAZMARARIAN (2000) encontraram que as mulheres que participaram de palestras durante o pré-natal, receberam orientação sobre amamentação neste mesmo período e apoio no pós-parto apresentaram uma maior probabilidade de amamentar.

A cobertura da assistência pré-natal foi alta nesta população, do mesmo modo que também o foi a concentração de consultas. Na PNDS (BEMFAM/PNDS, 1997) observou-se cobertura de 81%, enquanto nesta pesquisa foi superior a 95% . A boa cobertura pré-natal aliada ao desejo manifesto de amamentar, já expresso na gravidez, poderia ter propiciado um cenário mais favorável para a promoção do aleitamento materno, levando-se em consideração que o aleitamento materno tem sido um dos maiores aliados para a redução dos coeficientes de mortalidade infantil (CORRÊA, 1996). Entretanto, apenas uma adolescente, entre estas 164, conseguiu manter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e 45,1% já havia completado o desmame nesta idade.

Verificou-se que dois terços das adolescentes relataram ter recebido alguma orientação sobre aleitamento materno dada por familiares, amigos ou profissionais de saúde. Neste grupo, 51,8% admitem não ter recebido qualquer orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal e 15,2% durante a internação para parto. PANIGASSI (2000) encontrou, em seu estudo com mulheres de todas as idades, uma

proporção de 63% de mulheres relatando ter recebido alguma orientação durante o pré-natal, e 70% no período de internação para o parto.

Não só a da presença da orientação deve ser considerada, seu conteúdo deve ser tomado também, como relevante. As orientações sobre a importância da amamentação são muito frequentes (PANIGASSI, 2000), entretanto as informações equivocadas ou incompletas, também o são (HAIDER et al., 1997). Neste estudo, quando foi perguntado às mães sobre as idades de introdução de alimentos complementares ao leite materno, orientadas por profissionais, observou-se mediana para a introdução de água ou chá em torno de 90 dias, de outros leites e outros tipos de alimentos em torno de 150 dias. Quando a orientação partia de familiares ou amigos, estas medianas eram reduzidas para 30 dias, quanto à introdução de água ou chá, 90 dias para outros leites e 135 dias, outros alimentos.

Apesar de não ter sido questionado, sabe-se que não há uma participação efetiva dos pais durante o acompanhamento pré-natal. O envolvimento dos mesmos pode ser fator bastante positivo em relação ao sucesso do aleitamento materno, uma vez que podem não só auxiliar suas esposas em tarefas mais concretas (INEICHEN et al., 1997, SCOTT et al, 1997), mas também estimulá-las em relação à adoção de melhor prática alimentar aos bebês. Estariam, desta forma, revendo os conceitos de que o aleitamento materno e os cuidados em geral com o recém-nascido são de exclusiva responsabilidade materna (MOTTA, 1998; SERAFIM, 1999).

Após o parto, 52,6% das adolescentes tiveram que esperar mais de duas horas para amamentar seus bebês, fator este associado positivamente à interrupção precoce do AMEX (OR=3,45; 95% de IC: 1,08 – 11,05). A interação precoce entre mãe-bebê aparece relacionada com o êxito do aleitamento materno exclusivo em diversos estudos (WHO/UNICEF, 1989; XAVIER et al., 1991; CORREA, 1994; PÉREZ-ESCAMILLA et al, 1995; LUTTER et al, 1996; CORRÊA, 1996; BRANDT et al., 1998; LAMOUNIER, 1998; LAMOUNIER et al., 2002; VENTURA, 2002). AKRÉ (1997) relata a importância ao não adiamento do vínculo logo após o parto entre mãe e bebê, pois seu estabelecimento pode ser mais demorado e difícil de alcançar.

A presença em alojamento conjunto durante a internação ao parto não apareceu associada à manutenção ou interrupção do AMEX, entretanto, também caracteriza-se como fator positivo ao vínculo mãe-bebê precoce. Durante a internação, a maioria das

adolescentes permaneceu em alojamento conjunto. Quanto à dificuldade para amamentar foi vivenciada por 38,4%, sendo a fissura mamilar a mais citada.

Vale ressaltar que Campinas não possui nenhum Hospital Amigo da Criança (WHO/UNICEF, 1989), idealizado com o intuito de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, através do atendimento aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Anexo 1). A capacitação da equipe multiprofissional, a oferta de informações à gestante sobre as vantagens e manejo do aleitamento materno, levar o bebê ao seio na primeira meia hora de vida e praticar o alojamento conjunto são algumas das prerrogativas presentes nos “Dez Passos”.

Além da adoção da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, uma alternativa mais recente de apoio e incentivo ao aleitamento materno são as Unidades Básicas Amigas da Amamentação (OLIVEIRA e GOMES, 2002) e que também apresentam “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” (Anexo 2), dentre eles a qualificação da equipe multiprofissional, oferta de orientações sobre os direitos, vantagens e manejo do aleitamento com envolvimento dos familiares e informar as nutrizes sobre os métodos contraceptivos disponíveis para esta fase.

Por se tratar de adolescentes, além das iniciativas acima citadas faz-se necessária uma diferenciação no atendimento (AMAZARRAY et al, 1998; MOTTA, 1998; VOLPE e BEAR, 2000; WAMBACH e COLE, 2000), investindo principalmente em práticas educativas que visem a promoção à saúde, avaliando as oportunidades perdidas de atenção integral à saúde do adolescente. OPAS, OMS e KELLOGG (1995) descreveram como oportunidade perdida: “todas as circunstâncias em que uma pessoa entra em contato ou procura um estabelecimento de saúde e não recebe o atendimento integral que lhe cabe, de acordo com as normas vigentes, segundo o seu grupo etário, sexo e/ou condições de risco”.

SAITO (2001b) descreve algumas premissas de forma a contemplar adequadamente um modelo de atenção integral à saúde do adolescente:

- considerar o adolescente como um todo indivisível biopsicossocial;
- capacitar-se para o exercício ético da Medicina de Adolescentes, conhecendo suas características e singularidades;

- perceber, mesmo através da doença, por mais grave que esta seja, a presença da adolescência com seus dilemas e desafios;
- saber ouvir, apoiar, acolher, sem se transformar em outro adolescente ou juiz;
- ter claro, como enfoque principal além da cura, a prevenção de agravos e a promoção da saúde como proposta primordial contra os riscos;
- exercer a Medicina de Adolescentes dentro dos mais rigorosos princípios éticos de autonomia, respeito, confidencialidade e privacidade;
- acolher a família para orientação e esclarecimento da singularidade desta fase da vida, promovendo o diálogo e o companheirismo entre pais e filhos; e
- englobar cada vez mais a proposta de saúde do adolescente, dentro da moderna puericultura, exercida inclusive por especialistas, que devem não só focar a doença, mas principalmente o indivíduo nesta fase da vida.

5.3-O CUIDADO DO RECÉM -NASCIDO

CARVALHAES (1999) relaciona o “cuidado infantil” como efeito positivo sobre a criança, uma vez que atua como modulador do efeito de outros fatores. Dentro deste eficiente cuidado infantil entrariam medidas de higiene pessoal e domiciliar, acompanhamento em puericultura, prevenção e detecção precoce de doenças, vacinação, proteção de acidentes.

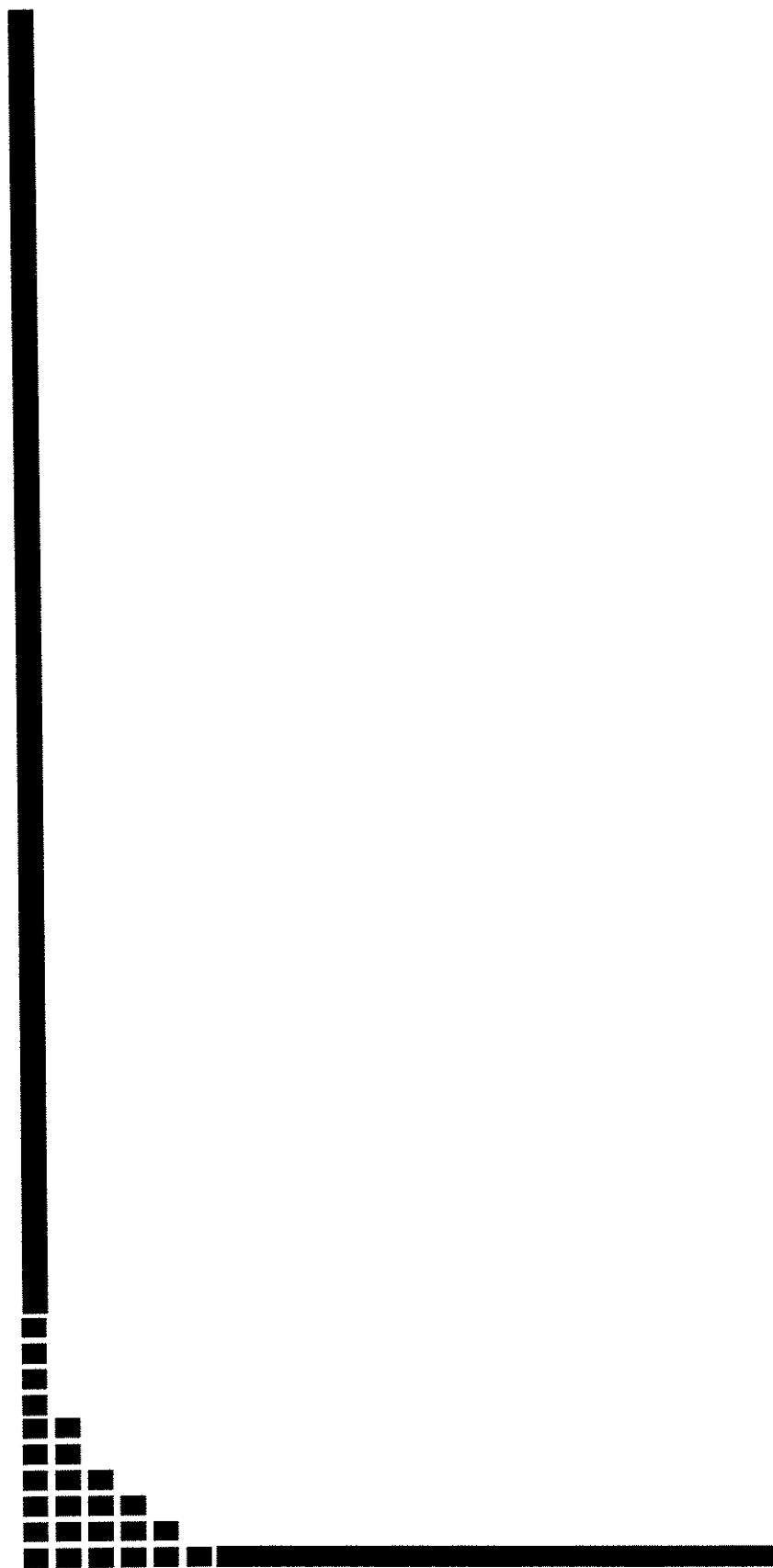
UNICEF (1990) e UNITED NATIONS (1991) conceituam o cuidado infantil: como sendo um fator que exerce efeito positivo sobre a saúde da criança, atuando como modulador de efeito de outros fatores. A capacidade materna de cuidar adequadamente da criança e de otimizar os recursos disponíveis pode atuar como amortecedor do impacto de um ambiente de maior vulnerabilidade à criança, por exemplo, durante a vigência de uma doença infecciosa ou por ocasião do desmame, ou ainda no caso de uma crise financeira, minimizando os reflexos repercutidos na saúde da criança.

Apesar de não ter sido possível observar as características de higiene domiciliar e pessoal em todas as entrevistas realizadas, verificou-se que grande parte dos domicílios apresentava boas condições de higiene e limpeza e as crianças, também a maioria, aparentavam estar limpas e bem cuidadas, independente da situação socioeconômica encontrada.

A primeira consulta de puericultura ocorreu em média no vigésimo quinto dia de vida do recém-nascido, as crianças foram acompanhadas mensalmente e possuíam sua carteira de vacinação atualizada. A prevenção de acidentes não pôde ser observada por se tratar de um estudo transversal e não de acompanhamento, porém a mãe foi questionada sobre a presença de alguma doença ou problema com o bebê nos últimos 15 dias. Apenas um caso foi descrito em que a criança prendeu o dedo na porta, entretanto metade das crianças havia apresentado tosse, coriza e/ou febre. Dentre as afecções diagnosticadas por profissionais de saúde nas crianças deste estudo, a mais prevalente foi a alergia respiratória, freqüentemente associada como consequência ao desmame precoce (BASS e GROER, 1997; SCARIATI et al, 1997; WILSON et al, 1998; ROMIEU et al., 2000; WRIGHT et al., 2001).

As práticas de aleitamento materno foram inadequadas, tendo ocorrido uma introdução precoce de alimentos complementares, abaixo do preconizado pela OMS (WHO/UNICEF, 1990). A mediana de aleitamento materno exclusivo foi de apenas 30 dias, superior a encontrada em PANIGASSI (2000), que foi de 20 dias, e o primeiro alimento introduzido, assim como no estudo anterior, foi o chá. JIMÉNEZ et al. (2000) verificaram que as adolescentes aleitaram mais ao seio, comparando-as com mães adultas.

O uso de chupetas esteve presente em 60,4% das crianças e não foi associado como condição de incentivo à interrupção do AMEx. VICTORA et al. (1997) não consideram as chupetas como causadoras do desmame precoce, mas reflexo das dificuldades vivenciadas pelas mães com o aleitamento materno. Em contrapartida, RIGHARD (1998) encontrou associação entre o uso de chupetas e sucção deficiente.



6- CONCLUSÕES

O estudo abordou adolescentes, predominantemente de baixa renda, residentes em domicílios pequenos, porém com boas condições de saneamento. As mesmas utilizavam serviços de saúde pertencentes ao SUS e, boa parte, já havia abandonado os estudos antes de engravidar, algumas estavam ainda, inseridas no mercado de trabalho. A escola e o trabalho apresentaram-se como equipamentos sociais despreparados para acolher estas jovens gestantes e mães, eles não respeitaram seus direitos e descumpriram as leis nacionais que visam proteger esta população.

Estas adolescentes, na sua maioria, moravam com seus companheiros ou com outros familiares, contudo, isto não significou condição para que as mesmas recebessem o apoio necessário ao sucesso da amamentação. Suas famílias não estavam sensibilizadas para a importância do aleitamento materno, nem em condições de ajudar no manejo das dificuldades ou, no incentivo à duração maior desta prática. As orientações dos familiares, amigos e, inclusive dos profissionais de saúde, estimulavam a oferta precoce de alimentos aos bebês e não preconizavam a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Observou-se que a assistência pré-natal oferecida a esta população era inadequada e insuficiente, considerando, sobretudo, as necessidades exigidas para uma amamentação bem sucedida. Foram inúteis, relativamente à duração do AMEx, a frequência ao pré-natal, o número de consultas realizadas e até mesmo a oferta de orientação sobre amamentação nesta oportunidade.

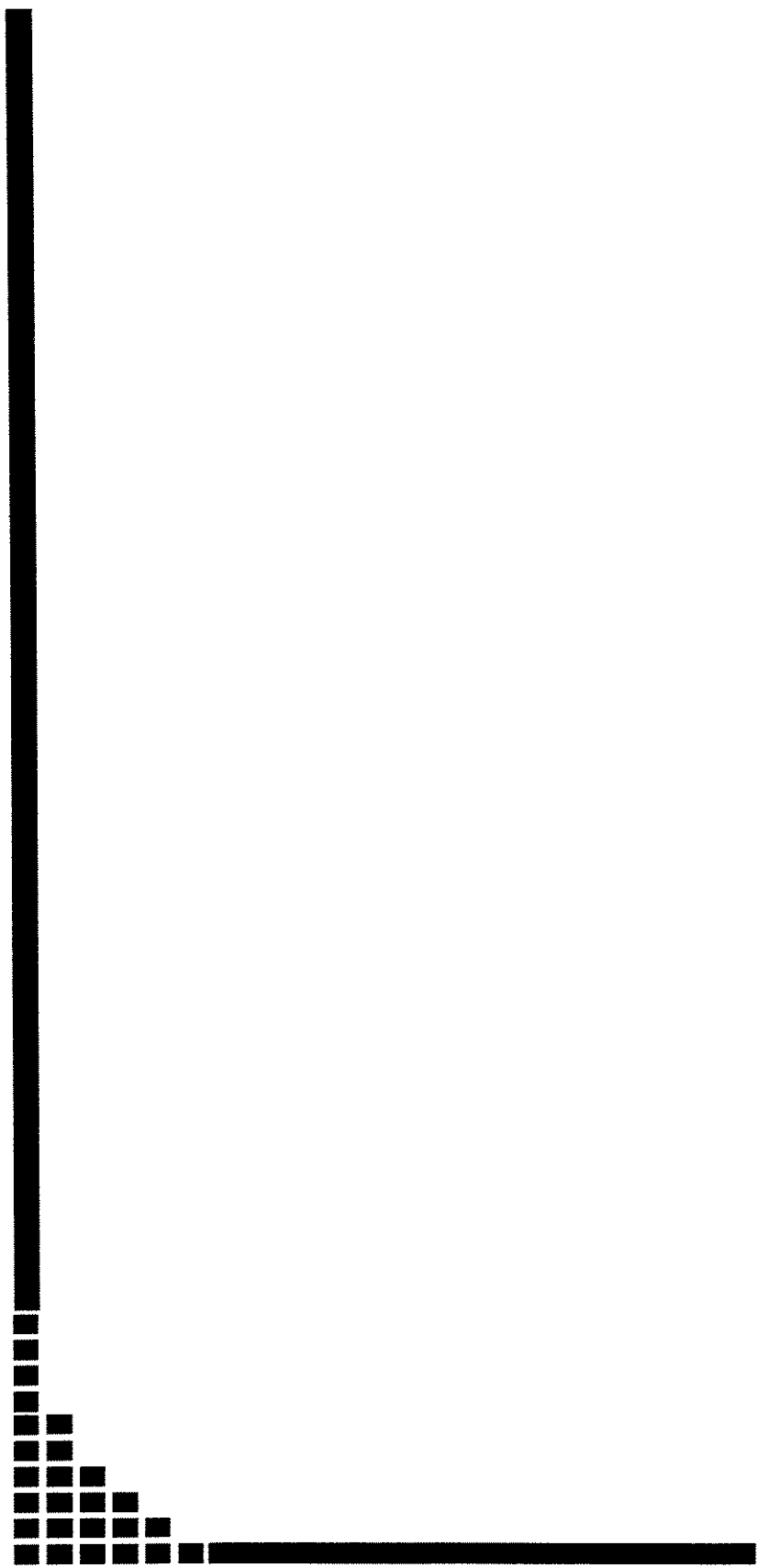
A assistência ao parto, que possibilitou a algumas destas adolescentes a primeira mamada nas primeiras duas horas, mostrou-se importante para a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Entretanto, outras condições reconhecidas como favoráveis, tais como alojamento conjunto e fornecimento de orientações sobre aleitamento materno, no pós-parto, não tiveram impacto na duração do AMEx.

Apareceram como condições isoladas e associadas à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo ($p < 0,05$): não estar usando algum método anticoncepcional no momento da entrevista, ser atendida exclusivamente pelo SUS, não estar preparada para esta gravidez, não desejar o bebê, número de consultas durante o pré-natal inferior a seis, não ter necessidade de conversar com alguém diante de alguma dificuldade, não ter

recebido apoio para amamentar e recém-nascido do sexo masculino. Entretanto permaneceram associadas à menor duração do AMEx, após controle das variáveis de confusão em modelagem multivariada, as seguintes condições: intervalo superior a 2 horas entre parto e a primeira mamada, não sentir necessidade de conversar com alguém diante de alguma dificuldade, não fazer uso de método anticoncepcional no momento da entrevista e não se sentir preparada para ter o bebê.

Se as unidades de saúde e seus profissionais conseguissem estabelecer vínculo com estas adolescentes, assistindo adequadamente, apoiando e orientando nas dificuldades, a amamentação, a confiança, a auto-estima e até mesmo cuidado para evitar uma nova gravidez teriam maior chance de sucesso.

Estudos mostram que a assistência humanizada e qualificada ofertada no pré-natal às parturientes e seus recém-nascidos no pós-parto, bem como o acolhimento precoce de ambos nas UBS, tem impacto importante no êxito do AMEx. As Iniciativas Hospital Amigo da Criança e Unidades Básicas Amigas da Amamentação apresentam-se como excelentes alternativas de apoio ao aleitamento materno, particularmente nesta região do município de Campinas, que, como mostrou a pesquisa, tem suas adolescentes em situação de assistência à saúde, apoio social e familiar precários.



7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABADA, T.S.; TROVATO, F.; LALU, N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. **Soc Sci Med**, 52: 71-81, 2001.
- ADORNO, R.C.F. A Vida Exposta: crianças e jovens em trânsito para a rua. In: **Youth 2000 International Conference Middles Brough**. England, jul.1995.
- AHMED, F.; CLEMENS, J.D.; RAO, M.R.; ANSARUZZAMAN, M.; HAQUE, E. Epidemiology of Shigellosis among children exposed to cases of *Shigella* dysentery: a multivariate assesment. **Am J of Trop Med And Hyg**, 56(3): 258-64, 1997.
- AKRÉ, J. (Ed.) **Alimentação Infantil: bases fisiológicas**. 2.ed. OMS/IBFAN/Instituto de Saúde, 1997. 89p.
- AMAZARRAY, M.R.; MACHADO, P.S.; OLIVIERA, V.Z.G.; BARBOSA, W. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicol Reflex Crít**. 11(3): 1998.
- ARORA, S.; MCJUNKIN, C.;WEHRER, J.; KUHN, P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. **Pediatrics**, 106: 67-72, 2000.
- BARNET, B.; JOFFE, A.; DUGGAN, A.K.; WILSON, M.D.; REPKE, J.T. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med** 150: 64-9, 1996.
- BASS, S.M.; GROER, M.W. Relationship of breast-feeding and formula-feeding practices with infants health outcomes in na urban poor population. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, 11(2): 1-9, 1997.
- BEMFAM; PNDS **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde(1996)**. Brasil, 1997.
- BOURGOING.L.; LAHAIE, N.R.; RHEAUME, B.A.; BERGER, M.G.; DOVIGI, C.V.; PICARDI, L.M.; SAHAI, V.F. Factors Influencing the Duration of Breastfeeding in the Sudbury Region. **Canadian Journal of Public Health**. Canadá, 88(4): 238-45, 1997.
- BORUCHOVITCH, E. Fatores Associados a Não Utilização de Anticoncepcionais na Adolescência. **Rev Saúde Públ**, 26(6): 437-43, 1992.

- BRANDT, K.A.; ANDREWS, C.M.; KVALE, J. Mother infant interaction and breast-feeding outcome six weeks after birth. **Journal of Obstetric and Gynecological Neonatal Nursing**, 27(2): 169-74, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1990.
- CAMARANO, A.A. Fecundidade e Anticoncepção da População de 15-19 anos. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. **Seminário Gravidez na Adolescência**. Associação Saúde da Família: Rio de Janeiro, 1998. p 35-46.
- CAMPINAS Secretaria de Saúde. Estimativas Populacionais do Distrito Norte, 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em: 25 mar.2003.
- CAMPINAS Secretaria Municipal de Saúde – Distritos de Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em: 25 mar.2003.
- CARVALHAES, M.A.B.L. **Desnutrição e Cuidado Infantil: um estudo de caso e controles**. São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de São Paulo).
- CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; MANOEL, C.M.; VENÂNCIO, S.Y. Diagnóstico da Situação de Aleitamento Materno em Área Urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev Saúde Públ**, 32(5): 1998
- CORRÊA, A.M.S. **Aleitamento Materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais**. Campinas, 1996. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- CORRÊA, A.M.S. Evaluación del Impacto de las Actividades de Promoción de la Lactancia Materna: Hospital Guilherme Álvaro. **USAID/LAC**, 1994.
- CORREIA, L.L.; MCAULIFFE, J.F. Saúde Materno-Infantil. In: ROUQUAYROL, M.Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 375-404
- COSTA, J.F. **Sem Fraude Nem Favor: estudos sobre o amor romântico**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. 221p.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; BURTON, A.H. **EPI-INFO, version 6.0b, user's guide**. CDC, ATLANTA, 1994.

- DESHPANDE, A.D.; GAZMARARIAN, J.A. Breastfeeding education and support: association with the decision to breastfeed. **Eff Clin Pract**, 3: 116-22, 2000.
- DYE, T.D.; WOJTOWYCZ, M.A.; AUBRY, R.H.; QUADE, J.; KILBURN, H. Unintended pregnancy and breast-feeding behavior. **Am J Public Health**, 87(10): 1709-11, 1997.
- FÁVERO, M.H.; MELLO, R.M. Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. **Psicol Teor Pesquisa**, 13(1): 131-6, 1997.
- GRACIA-MONTRONE, V.; ROSE, J.C. Uma Experiência Educacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e Estimulação do Bebê, para Mães de Nível Sócio-Econômico Baixo: estudo preliminar. **Cad Saúde Públ**, 12(1), 1996.
- GUIMARÃES, E.B. Gravidez na Adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco** São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 291-8.
- HAIDER, R.; KABIR, I; HAMADANI, J.D.; HABTE, D. Reasons for failure of breast-feeding counselling: mother's perspectives in Bangladesh. **Bulletin of the World health Organization**, 75(3), 1997. p. 191-6.
- HANNON, P.R.; WILLIS, S.K.; BISHOP-TOWNSEND, V.; MARTINEZ, I.M.; SCRIMSHAW, S.C. African-American and Latina adolescent mother's infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. **J Adolesc Health**, 26: 399-407, 2000.
- HEILBORN, M.L. Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. **Seminário Gravidez na Adolescência**. Associação Saúde da Família: Rio de Janeiro, 1998. p. 23-32.
- HENRIQUES-MUELLER, M.H.; YUNES, J. Adolescencia: equivocaciones y esperanzas. In: OPAS/OMS **Genero, Mujer y Salud en Las Americas**. Washington, D.C., 1993. Publicación Científica nº 541. p. 46-67.
- HOYER, P.J. Prenatal and Parenting Programs for Adolescent Mothers. **Annu Rev Nurs Res.**, 16: 221-49, 1998.
- INEICHEN, B.; PIERCE, M.; LAWRENSON, R.J. Teenage mothers as breastfeeders: attitudes and behavior. **Adolescence**, 20(5): 505-9, 1997.

JAVIER ENRIQUEZ, F.; AVILA, C.R.; SANTOS, J.I.; TANAKA-KIDO, J.; VALLUJO, O.; STERLING, C. *Cryptosporidium* infections in Mexico children: clinical, nutritional, enteropathogenic, and diagnostic evaluations. **Am J of Trop Med And Hyg**, 56(3), 1997. p. 254-7.

JIMÉNEZ, M.A.; MARTIN, A.R.; GARCIA, J.R. Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. **Eur J Epidemiol**, 16(6): 527-32, 2000.

KATZ, R.A. **Adolescentes e Maternidade: um destino, um problema, uma escolha?** Rio de Janeiro, 1999. (Dissertação – Mestrado – Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ).

LAMOUNIER, J.A. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev Assoc Med Bras**, 44 (4): 319-24, 1998.

LAMOUNIER, J.A.; MARANHÃO, A.G.K.; ARAÚJO, M.F.M. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.333-42.

LU, M.C.; LANGE, L.; SLUSSER, W.; HAMILTON, J.; HALFON, N. Provider encouragement of breastfeeding: evidence from a national survey, **Obstet Gynecol**, 97: 290-5, 2001.

LUTTER, C.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.M.; SANGHVI, T.G.; TERUYA, K.; RIVERA, A. The Effectiveness of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Programs on Exclusive Breastfeeding in Three Latin American Countries. Study in Latin America (1992-1995). **Technical Report**, Washington: Usaid / Lac-HNS, 1996. p.46.

LUTTER, C.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.M.; SANGHVI, T.G.; TERUYA, K.; WICKHAM, M.S. The Effectiveness of a Hospital-Based Program to Promote Exclusive Breastfeeding among low-income Women in Brazil. **Am J Pub Health**, 87(4): 659-63, 1997.

MARIOTONI, G.G.B.; BARROS FILHO, A.A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Jornal Pediátrico**, 74(2): 1998.

MILOSAVIJEVIC, N.; VIRIJEVIC, V. Methods of feeding and illness in infants the first six months of life. **Srp Arh Celok Lek**, 125 (11-12): 325-8, 1997.

- MONTAGU, A. T. **Tocar: o significado humano da pele** (1905) – Tradução de Maria Silvia Mourão Netto – 5ªed. São Paulo: Summus, 1988. 427p.
- MOTTA, M. G. **O Casal Adolescente e a Gravidez**. Rio de Janeiro, 1998. (Dissertação – Mestrado – Instituto Fernandes Figueira).
- OLIVEIRA, M.I.C.; GOMES, M.A. As Unidades Básicas Amigas da Amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.343-66.
- OLIVEIRA, N.R. **Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade**. São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).
- OPAS **Las Condiciones de salud en las Américas 1981-1984**. Washington D.C., 1986,. (OPAS – Public.cient. 500)
- OPAS **Las Condiciones de salud en las Américas**. Washington D.C., 1990. (OPAS – Public.cient. 524)
- OPAS; OMS; KELLOGG, **Avaliação sobre oportunidades perdidas de atenção integral do adolescente**. Projeto de Apoio a Iniciativas Nacionais de Saúde Integral do Adolescente na Região das Américas, 1995. 30p.
- PANIGASSI, G. **Profissionais de Saúde: conhecimento e conduta em aleitamento materno**. Campinas, 2000. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; LUTTER, C.; SEGALL, A.M.; RIVERA, A.; SANGHVI, T. Determinants of Exclusive Breastfeeding in Brazil, Honduras and Mexico: a survival analysis approach. *J Nutr*, (in press). p.21.
- POMAR, W. **Era Vargas: a modernização conservadora**. São Paulo: Ática, 1998.
- REIS, A.O.A.; ZIONE, F. O Lugar do Feminino na Construção do Conceito de Adolescência. *Rev Saúde Públ*, 27(6): 472-7,1993.
- RIBEIRO, E.R.O. Comparação entre Duas Coortes de Mães Adolescentes em Município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Públ*, 34(2): 136-42, 2000.

- RIGHARD, L. Are breastfeeding problems related to incorrect breast feeding technique and the use of pacifiers and bottles? **Birth**, 25(1): 40-4, 1998.
- ROMIEU, I.; WERNECK, G.; RUIZ VELASCO, S.; WHITE, M.; HERNANDEZ, M. Breast feeding and ashma among Brazilian children. **J Ashma**, 37: 575-83, 2000.
- SAITO, M.I. Adolescência, Cultura, Vulnerabilidade e Risco. A Prevenção em Questão. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001a. p.33-40.
- SAITO, M.I. Medicina de Adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001b. p.3-10.
- SANTOS, S.R.; SCHOR, N. Vivências da Maternidade na Adolescência Precoce. **Rev Saúde Públ**, 37(1): 15-23, 2003.
- SCARIATTI, P.D., GRUMMER-DTRAUN, L.M., BECK FEIN, S. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. **Pediatrics**, 99(6), 1997.
- SCHOR, N.; FERREIRA, A.F.; PIROTTA, K.C.M.; MACHADO, V.L.; TANAKA, A.C.D.A.; SIQUEIRA, A.A.F. Adolescência e Anticoncepção: análise do discurso das adolescentes grávidas e puérperas em relação à anticoncepção. **Rev Bras Desenv Hum** 6(1/2): 77-86, 1996.
- SEGALL-CORREA, A. M.; PANIGASSI, G.; NIJAR, E.; VIANNA, R.; CARLETTI, A.L. Vigilância à Saúde de Recém-Nascidos da Área de Cobertura do C.S.São Marcos (nov. 1997 – dez.1998). **Relatório Técnico apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**, 2000 (não publicado).
- SERAFIM, D. Estudo das Opiniões do Pai sobre o Aleitamento Materno e sua Participação neste Processo. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, 9(1): 9-19, 1999.
- SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.L.R. **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1996.
- SILVA, I.A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe, 1997. 257p.

SILVA, J.L.P. Anticoncepção. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco** São Paulo: Editora Atheneu, 2001a. p.279-289.

SILVA, J.L.P. A Gravidez na Adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco** São Paulo: Editora Atheneu, 2001b. p.299-305.

SILVA, J.L.P.; SARMENTO, R.C., Gravidez. In: Secretaria de Estado da Saúde, **Adolescência e Saúde / Comissão de Saúde do Adolescente**. São Paulo: Paris Editorial, 1998. p.131-42.

TAKIUTI, A.D. Atendimento na Rede Básica de Saúde. In: Secretaria de Estado da Saúde, **Adolescência e Saúde / Comissão de Saúde do Adolescente**. São Paulo: Paris Editorial, 1998. p. 11-34.

UNICEF **Breastfeeding still best for infants and mothers**. August, 2002.

UNICEF **Estratégias para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento**. Nova York: Fundo das Nações Unidas para a Infância e adolescência, 1990. 38p.

UNITED NATIONS ACC, SCN, **Nutrition relevant actions some experiencies from the eighties and lesisons for the nineties**. Genève: ONU, 1991. 139p.

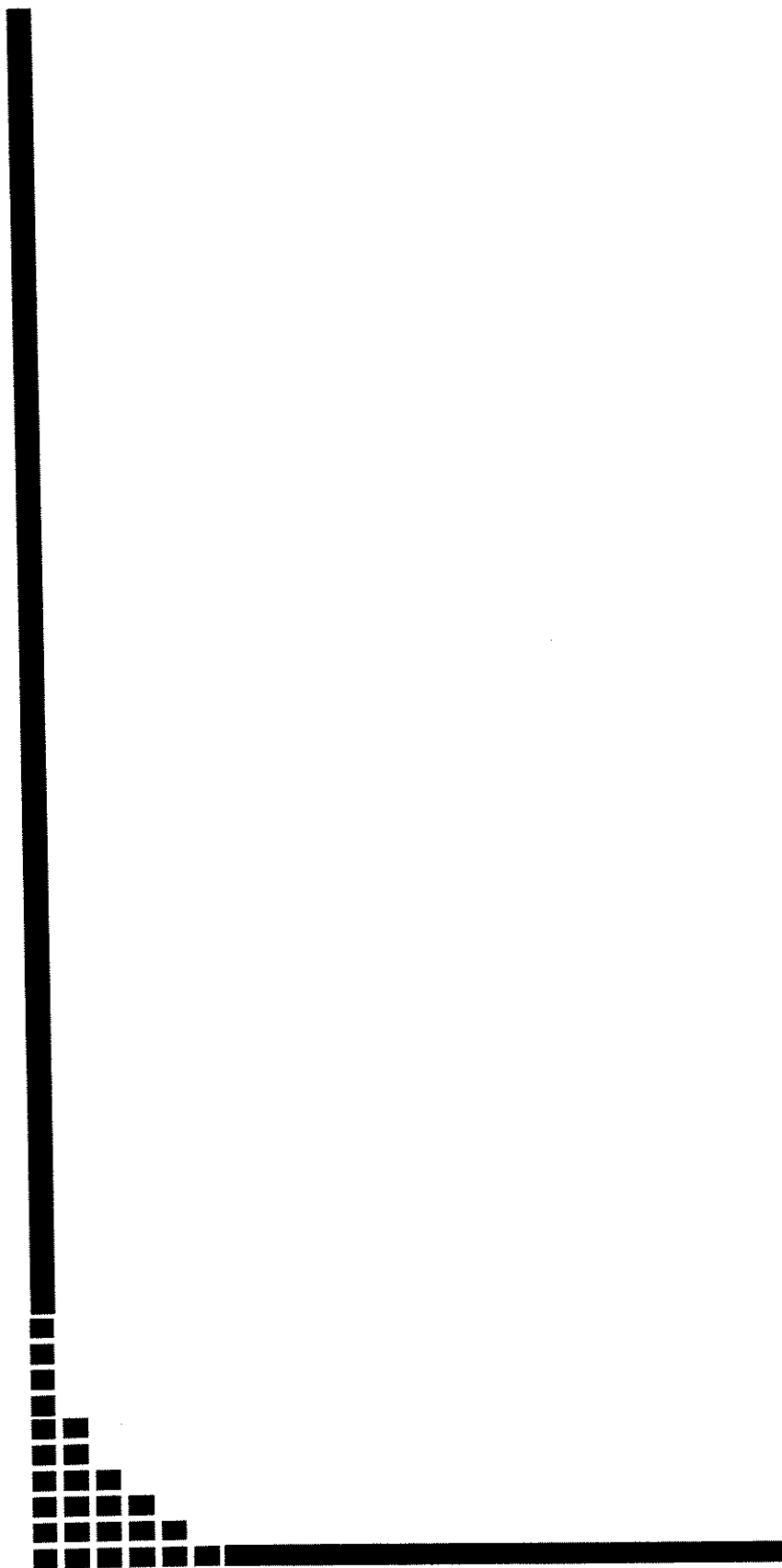
VENTURA, W.P. Promovendo o Aleitamento Materno no Pré-Natal, Pré-Parto e Nascimento. In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 99-112.

VERMELHO, L.L.; JORGE, M.H.P.M. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). **Rev Saúde Públ**, 30 (4): 319-31, 1996.

VICTORA, C.G.; BEHAGUE, D.P.; BARROS, F.C.; OLINTO, M.T.A.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics**, 99(3), 1997. p. 445-53.

VOLPE, E.M.; BEAR, M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers trough the breastfeeding educated and supported teen club. **J Hum Lact**, 16: 196-200, 2000.

- WAMBACH, K.A.; COLE, C. Breastfeeding and adolescents. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 29(3), 2000. p.282-94.
- WILSON, A.C.; FORSYTH, J.S.; GREENE, S.A.; IRVINE, L.; HAU, C.; HOWIE, P.W. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of a cohort of children in Dundee infant feeding study. **British Medical Journal**, 316, 1998. p. 21-5.
- WONG, D.L. WHALEY & WONG – **Enfermagem Pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1999. p.436-66.
- WHO CDD, Indicators for Assessing Breast-feeding. In: ICH, Practices Breast-feeding Promotion Breast-feeding terminology, **NU News on health care indeveloping countries**, 5(3):43 p, 1991.
- WHO; UNICEF **Innocenti Declaration Breastfeeding in the 1990's: a global iniciative**. Florence, Itália, 1990.
- WHO; UNICEF **Protecting, promoting and supporting breast feeding**. Geneva, WHO, 1989.
- WRIGHT, A.L.; HOLBERG, C.J.; TAUSSING, L.M.; MARTINEZ, F.D. Factors influencing the relation of infant feeding to ashma and recurrent wheeze en childhood. **Thorax**, 56: 192-7, 2001
- XAVIER, C.C. Prevalência de Aleitamento Materno em Recém Nascidos de Baixo Peso. **Rev Saúde Públ**, 25(5), 381-7, 1991.
- YOUNG, K.T. DAVIS, K.; SCHOEN, C.; PARKER, S. Listening to parents: a national survey of parents with young children. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, 152(3): 255-62, 1998.



8- *ANEXOS*

ANEXO 1

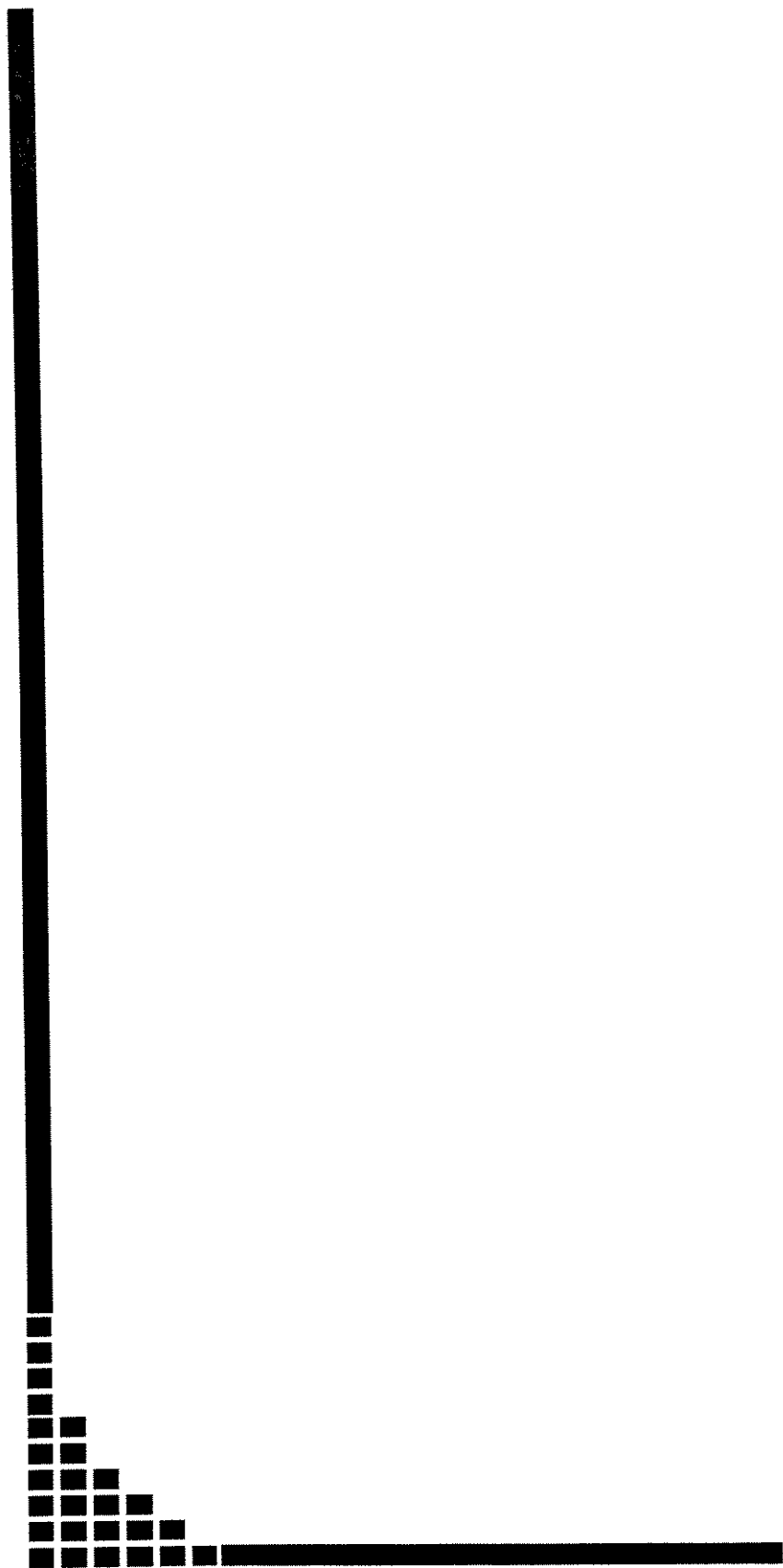
DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO – INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês fiquem juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

ANEXO 2

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO – INICIATIVA BÁSICA AMIGA DA AMAMENTAÇÃO

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe materno-infantil, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações e dúvidas das gestantes e mães quanto a amamentação, fortalecendo sua auto-confiança.
5. Informar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7. Informar as nutrizes sobre o método de amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados a amamentação.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não permitir a propaganda de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas e orientar as gestantes e mães sobre os riscos do seu uso.
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.



9- APÊNDICES

APÊNDICE 1

Carta de consentimento livre e esclarecido.

Carta de Consentimento Livre e Esclarecido (entregue à entrevistada)

Eu _____, RG _____,
residente à rua _____
nº _____ / _____, afirmo meu consentimento para participar da pesquisa “Ser Mãe na Adolescência: uma reflexão sobre o cuidado do recém-nascido”.

Fui informada que serão coletadas informações sobre minha gestação e período de amamentação, ocorrências de doenças em meu filho(a) e sobre nossa condição sócio-econômica, através de entrevista domiciliar. Todas as informações individuais serão mantidas em sigilo, sendo garantido o seu caráter confidencial, serão divulgados dados dos totais encontrados em todas as entrevistas realizadas e ninguém além das pesquisadoras terão acesso aos nomes das participantes da pesquisa.

Sei que este estudo não me trará benefícios diretos e que não receberei nenhuma ajuda financeira para participar da pesquisa, mas os dados serão utilizados pelos serviços de saúde beneficiando outras mães adolescentes.

Informaram que o pesquisador responsável pelo trabalho estará a disposição para qualquer esclarecimento e garantiu que poderia sair da pesquisa quando julgar necessário, sem qualquer prejuízo de qualquer natureza.

Assim, estando ciente do sigilo e caráter confidencial das informações coletadas, concordei em participar desta e permito ser acompanhada na pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Responsável

Pesquisador responsável:

Profª Drª Ana Maria Segall Correa _____

Depto. Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Tel: 3788 8036 Fax: 3788 8035

Pesquisadora / Mestranda:

Érika Cristina Jacob Guimarães Paixão _____

Depto. Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Tel: 3788 8036 Fax: 3788 8035

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): (19) 3788 8936 (reclamações ou dúvidas)

Número de Registro no CEP: 398/2001

Carta de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivada pela entrevistadora)

Eu _____, RG _____,

residente à rua _____

nº _____ / _____, afirmo meu consentimento para participar da pesquisa “Ser Mãe na Adolescência: uma reflexão sobre o cuidado do recém-nascido”.

Fui informada que serão coletadas informações através de entrevista domiciliar sobre minha gestação e período de amamentação, ocorrências de doenças em meu filho(a) e sobre nossa condição sócio-econômica. Todas as informações individuais serão mantidas em sigilo, sendo resguardada a confidencialidade dos dados, ciente que apenas serão divulgados dados consolidados e ninguém além das pesquisadoras terão acesso aos nomes dos participantes da pesquisa.

Sei que este estudo não me trará benefícios diretos, mas os dados serão utilizados pelos serviços de saúde beneficiando outras mães adolescentes e que não receberei nenhuma ajuda financeira para participar da pesquisa.

Informaram que o pesquisador responsável pelo trabalho estará a disposição para qualquer esclarecimento e garantiu que poderia sair da pesquisa quando julgar necessário, sem qualquer ônus de qualquer natureza.

Assim, estando ciente do sigilo e caráter confidenciais das informações coletadas, concordei em participar desta e permito ser acompanhada na pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Responsável

Pesquisador responsável:

Profª Drª Ana Maria Segall Correa _____

Depto. Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Tel: 3788 8036 Fax: 3788 8035

Pesquisadora / Mestranda:

Érika Cristina Jacob Guimarães Paixão _____

Depto. Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Tel: 3788 8036 Fax: 3788 8035

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): (19) 3788 8936 (reclamações ou dúvidas)

Número de Registro no CEP: 398 / 2001

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

ENTREVISTA DOMICILIAR

DATA ____/____/____

Nº ____

PARTE I: Perfil Sócio Demográfico

Nº DNV: _____ Data de Nascimento do Bebê: ____/____/____ Sexo do Bebê: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Ponto de Referência: _____

Nome do Bebê: _____ Peso ao nascer: _____

Último Peso na carteira de acompanhamento: _____ Data da mensuração: ____/____/____

Nome da Mãe: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Estado marital: _____ Nome do pai: _____ Data de nascimento: ____/____/____

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO:

Abastecimento de Água	Tipo de Construção	Esgotamento Sanitário
(1) com canalização interna	(1) acabada	(1) rede geral
(2) sem canalização interna	(2) inacabada/reforma	(2) fossa séptica
(1) rede geral	(1) alvenaria	(3) fossa rudimentar
(2) outro	(2) madeira	(4) outro
	(3) outro	(5) não tem
Número de cômodos da casa:	Número de cômodos servidos para dormitórios:	

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA DO BEBÊ (quem são os moradores desta casa?):

Nome	Data de Nascimento	Sexo	Relação de Parentesco com o Bebê	Grau de Ensino Completo	Ocupação	Renda Mensal
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

Somente o primeiro nome	DD / MM / AA	1. (M) 2. (F)	1. pai 2. mãe 3. avô/ó 4. tio/a 5. irmão/ã 6. outros	1. analfabeto 2. sabe ler e escrever 3. primário 4. ginásio 5. colegial 6. técnico 7. superior 8. NSA 9. NS 10. NR	Principal atividade atual de cada morador.	Valores em Reais.
-------------------------	-----------------	------------------	---	--	---	----------------------

NSA: não se aplica; NS: não sabe; NR: não respondeu Colocar um asterisco na frente do nome do chefe da família.

1. Que tipo de serviço de saúde você utiliza?

(1) SUS (2) SUS e convênio (3) convênio (4) particular (9) NR

2. Você tem algum problema de saúde?

(1) não nenhuma	(2) diabetes	(4) anemia	(6) outro, qual _____
	(3) pressão alta	(5) tuberculose	_____

3. A) Você fuma?

(1) não	(2) sim, quantos cigarros/dia _____	(9) NR
---------	-------------------------------------	--------

B) Fumou durante a gravidez?

(1) não	(2) sim, quantos cigarros/dia _____	(9) NR
---------	-------------------------------------	--------

4. A) Toma algum tipo de bebida alcoólica?

(1) não	(2) ocasionalmente	(3) semanalmente	(4) diariamente	(9) NR
---------	--------------------	------------------	-----------------	--------

B) Usou álcool durante a gestação?

(1) não	(2) ocasionalmente	(3) semanalmente	(4) diariamente	(9) NR
---------	--------------------	------------------	-----------------	--------

5. Você tem outro(s) filho(s)?

(1) não <i>Se não vá para parte II</i>	(2) sim, quantos: _____ qual a idade do seu filho anterior: _____ anos _____ meses
--	--

6. Amamentou seu filho anterior?

(1) não, Por quê? _____
(2) sim, Quanto tempo? _____ meses _____ dias

PARTE II: Suporte de Apoio Familiar

1. Quem fica com a criança a maior parte do tempo? _____

2. A) O nascimento do bebê tem trazido alguma dificuldade para você?

(1) não	(2) sim, qual(s)? _____	(9) NR

B) Você tem tido necessidade de conversar com alguém por algum problema?

(1) não	(2) sim	(9) NR
---------	---------	--------

C) Quando precisa conversar com alguém, quem você costuma procurar? _____

D) Quantas vezes no ultimo mês você esteve conversando com esta(s) pessoa(s)? _____

E) Ela se mostra interessada em ouvir você?

(1)não	(2)sim	(3)às vezes	(9)NR
--------	--------	-------------	-------

F) Você costuma seguir suas orientações?

(1)não	(2)sim	(3)às vezes	(9)NR
--------	--------	-------------	-------

G) Você gostaria de receber apoio de outra pessoa?

(1)não	(2)sim, de quem? _____ _____	(3)às vezes	(9)NR
--------	---------------------------------	-------------	-------

3. A)Recebeu algum estímulo / incentivo / apoio para amamentar? (1)Não (2)Sim, que tipo? _____
_____ de quem? _____

B)Recebeu orientação sobre a introdução de outros tipos de alimentos?

Água ou chá	(1)Não	(2)Sim, idade de introdução: _____ Quem orientou: _____
Outro leite	(1)Não	(2)Sim, idade de introdução: _____ Quem orientou: _____
Outro alimento	(1)Não	(2)Sim, idade de introdução: _____ Quem orientou: _____

4. Ao sair da maternidade com quem você foi para casa?

(1) sozinha	(2) com o pai do bebê	(3) com os avós do bebê	(4) com amigos	outros _____
-------------	-----------------------	-------------------------	----------------	--------------

5. A)Você contou com alguém em casa para te ajudar quanto aos afazeres domésticos?

(1) não	(2) sim, só nas primeiras semanas	(3) sim, quando era necessário	(4) sim, durante todo o período
---------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

B)Se sim, quem: _____

6. O pai do bebê ajuda a cuidar dele?

(1)Não mora com o pai	Visita o bebê (1)Não (2)Sim, com qual periodicidade: _____
(2)Não ajuda	
(3)Ajuda, o que faz? _____ _____	

7. O pai ajuda nos afazeres da casa?

(1)Não mora com o pai
(2)Não ajuda
(3)Ajuda, o que faz? _____ _____

PARTE III: Rede de Apoio Social

1. A) Você trabalhava fora quando engravidou?

(1) não <i>Se não vá para questão 2</i>	(2) sim, com carteira	(3) sim, trabalho informal
---	-----------------------	----------------------------

B) Ficou afastada do trabalho após o parto?

(1) não, por quê? _____ _____	(2) sim, quanto tempo? _____	(9) NR
----------------------------------	------------------------------	--------

C) Tinha intervalos durante a jornada de trabalho para amamentar?

(1) não	(2) sim, quantas vezes por dia? _____ Por quanto tempo? _____	(3) Outro _____ _____
---------	--	--------------------------

D) Dispunha de local para amamentar?

(1) não	(2) sim	(9) NR
---------	---------	--------

2. A) Você estava freqüentando a escola quando engravidou?

(1) não <i>Se não vá para questão 3</i>	(2) sim	(9) NR
---	---------	--------

B) Ficou afastada da escola após o parto?

(1) não, por quê? _____ _____	(2) sim, quanto tempo? _____	(9) NR
----------------------------------	------------------------------	--------

C) Tinha intervalos durante o período de aula para amamentar?

(1) não	(2) sim, quantas vezes por dia? _____ Por quanto tempo? _____	(3) Outro _____ _____ _____
---------	--	-----------------------------------

D) Dispunha de local para amamentar?

(1) não	(2) sim	(9) NR
---------	---------	--------

E) Chegou a perder o ano escolar que estava cursando?

(1) não	(2) sim	(9) NR
---------	---------	--------

F) Teve algum apoio para retornar aos estudos?

(1) não	(2) sim, acompanhamento domiciliar	(3) sim, pai ficava com o bebê	(4) sim, outro parente ficava com o bebê	(5) sim, vizinho ficava com o bebê	(6) sim, outro _____	(9) NR
---------	------------------------------------	--------------------------------	--	------------------------------------	----------------------	--------

3. A criança frequenta alguma creche?

(1) não <i>Se não vá para Parte IV</i>	(2) sim, tempo integral	(3) sim, tempo parcial	(9) NR
--	-------------------------	------------------------	--------

4. Qual a hora habitual de entrada na creche? _____ h _____ m, e saída? _____ h _____ m

PARTE IV: Assistência à Mãe e ao Bebê

1. A) Você planejava ter este bebê?

(1) não	(2) sim	(9) NR
---------	---------	--------

B) Você considera que tem sido um problema ter tido o bebê neste momento?

(1) não	(2) sim, por quê? _____	(9) NR
---------	-------------------------	--------

C) Você julga que estava preparada para ter este bebê?

(1) não, por quê? _____	(2) sim	(9) NR
-------------------------	---------	--------

D) Você desejava este bebê?

(1) não	(2) sim	(9) NR
---------	---------	--------

E) Você está usando algum método para evitar filhos?

(1) não	(2) sim, qual? _____	(9) NR
---------	----------------------	--------

As perguntas de 2 a 4 referem-se à assistência a o pré-natal:

2. Fez pré-natal?

(1) não <i>Se não vá para a questão 4</i>	(2) sim, quantas consultas:
---	-----------------------------

3. A) Participou de pré-natal específico para mães adolescentes?

(1) não	(2) sim, atendimento individual	(3) sim, atendimento em grupo	(4) sim, grupo + individual
---------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

B) Você recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal?

(1) não	(2) sim, em grupo	(3) sim, individualmente	(4) sim, individualmente e em grupo	(8) não lembra
---------	-------------------	--------------------------	-------------------------------------	----------------

Se sim, que tipo? _____

C) Recebeu orientação sobre cuidado com o recém-nascido durante o pré-natal?

(1) não	(2) sim, que orientação? _____:
---------	---------------------------------

D) Algum profissional de saúde conversou com você sobre a licença maternidade?

(1) não	(2) sim, em grupo	(3) sim, individualmente	(4) sim, individualmente e em grupo	(8) não lembra
---------	-------------------	--------------------------	-------------------------------------	----------------

E) Algum profissional de saúde conversou com você sobre a lei e os direitos que existem em relação ao aleitamento materno?

(1) não	(2) sim, em grupo	(3) sim, individualmente	(4) sim, individualmente e em grupo	(8) não lembra
---------	-------------------	--------------------------	-------------------------------------	----------------

4. A) Teve algum problema de saúde durante a gravidez?

(1) não	(2) sim, qual: _____
---------	----------------------

B) Preciso ser internada durante a gravidez?

(1) não	(2) sim, quantas vezes: _____
---------	-------------------------------

As questões 5 a 12 referem-se à assistência ao parto e puerpério:

5. Teve algum problema de saúde durante a internação para o parto?

(1) não	(2) sim, qual: _____
---------	----------------------

6. O parto foi:

(1) normal	(1) na maternidade, qual: _____	Recebeu algum tipo de anestesia?
(2) cesárea	(2) domiciliar	(1) sim
(3) fórceps	(3) em pronto-atendimento	(2) não
	(4) outro, qual: _____	(3) não sabe

7. A) O bebê mamou na sala de parto? (1) sim (2) não

B) Se não quanto tempo após o parto o bebê mamou pela primeira vez? _____ horas _____ minutos

8. O bebê ficou em berçário?

(1) não, era Alojamento Conjunto	(2) era Alojamento Conjunto mas permaneceu _____ horas no berçário após o nascimento	(3) sim, era Alojamento Conjunto parcial
----------------------------------	--	--

9. Recebeu orientação sobre amamentação na maternidade?

(1) não	(2) sim, que orientação? _____:
---------	---------------------------------

10. Recebeu orientação sobre cuidado com o recém-nascido na maternidade?

(1) não	(2) sim, que orientação? _____:
---------	---------------------------------

11. O bebê teve algum problema de saúde ainda na maternidade?

(1) não	(2) sim, qual:
---------	----------------

12. O bebê ficou no hospital depois que você teve alta?

(1) não	(2) sim, por quê? _____ Por quanto tempo? _____
---------	---

PARTE V: Cuidados com o Bebê após Alta da Maternidade

(solicitar carteira de vacinação e acompanhamento do bebê no serviço de saúde)

1. Qual a idade do bebê na primeira consulta: _____

2. Qual a frequência do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento: _____

3. Quantas vezes desde o nascimento você levou sua criança ao médico para:

(1) acompanhamento _____ vezes	(2) motivo de doença _____ vezes	(8) não sabe	(9) NR
--------------------------------	----------------------------------	--------------	--------

4. Carteira de vacinação atualizada: (1)sim (2)não

5. Pensava em amamentar este bebê? *O bebê acompanhado nesta pesquisa.*

não, por quê? _____ _____ _____	(1) sim, por quanto tempo? _____ meses (2) sim, até quando tiver leite (3) sim, até quando o bebê quiser	(8) não sabe (9) não respondeu
---------------------------------------	--	-----------------------------------

6. O bebê está mamando?

(1) não, até que idade mamou? _____ meses _____ dias	(2) sim	(9) NR
--	---------	--------

7. A) Teve alguma dificuldade para amamentar? (1) não (2) sim, qual _____

B) O seu trabalho prejudicou a amamentação? (1) não (2) sim (3) não trabalha (9) NR

C) A frequência na escola prejudicou a amamentação? (1) não (2) sim (3) não estuda (9) NR

8. Dá ao seu bebê? Quando positivo, quando introduziu? Marcar a idade da criança na época.

Leite ordenhado	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Água	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Chá	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Suco	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Leite, Qual: _____	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Papinha (doce ou salgada)	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Alimentos da família	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Vitamina (com leite)	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Fruta (pedaços, raspada ou amassada)	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Chupeta	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Chuquinha / Mamadeira	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias
Outro: _____	(1) não	(2) sim _____ meses _____ dias

PARTE VI: Morbidade Referida

1. A criança foi internada alguma vez desde que teve alta da maternidade?

(1) não <i>Se não vá para a questão 3</i>	(2) sim, quantas vezes?
---	-------------------------

2. Qual o motivo e a duração da(s) internação(s)?

Motivo	Duração	Motivo	Duração
1.		3.	
2.		4.	

3. Nos últimos 15 dias a criança apresentou:

Diarréia (3 ou mais evacuações líquidas por dia ou mudança clara no número e ritmo)	(1) não	(2) sim, quantos dias _____	(3) não sabe	(9) NR
Tosse	(1) não	(2) sim, seca (3) sim, com catarro	(4) não sabe	(9) NR
Coriza	(1) não	(2) sim, coriza clara (3) sim, coriza purulenta	(4) não sabe	(9) NR
Dor de ouvido	(1) não	(2) sim, sem secreção (3) sim, com secreção	(4) não sabe	(9) NR
Problema na garganta	(1) não	(2) sim	(3) não sabe	(9) NR

Respiração rápida ou difícil	(1) não	(2) sim	(3) não sabe	(9) NR
Chiado no peito	(1) não	(2) sim	(3) não sabe	(9) NR
Febre	(1) não	(2) sim	(3) não sabe	(9) NR
Outro problema de saúde, qual _____ _____	(1) não	(2) sim	(3) não sabe	(9) NR

4. Foi atendido em algum serviço de saúde por causa destes sintomas?

(1) não	(2) tratou por conta própria	(3) sim, qual? _____	(8) não sabe	(9) NR
---------	------------------------------	----------------------	--------------	--------

5. Algum médico já disse que seu filho tem algum problema de saúde?

(1) não	(2) sim, qual (is)? _____	(8) não sabe	(9) NR
---------	---------------------------	--------------	--------

PARTE VII: Roteiro de Observação da Moradia e das Condições do Cuidado

1. Condições de habitação:

Casa aparentemente limpa e bem cuidada	(1) sim	(2) não
Animais domésticos dentro de casa	(1) sim	(2) não
Restos de alimentos nos móveis e/ou piso	(1) sim	(2) não
Presença de vetores (moscas)	(1) sim	(2) não
Móveis e utensílios sujos (empoeirados, engordurados)	(1) sim	(2) não
Entorno: _____ _____		

2. Relação mãe e filho:

Demonstrou carinho (olhou para a criança, conversou ou brincou com o bebê durante a entrevista)	(1) sim	(2) não
A criança chorou na presença do entrevistador: (1) não (2) sim, como a mãe reagiu:	Ansiosa	(1) sim (2) não
	Preocupada	(1) sim (2) não
	Displicente	(1) sim (2) não
	Irritada	(1) sim (2) não
Condições da criança: criança aparentemente limpa e bem cuidada	(1) sim	(2) não

Entrevistadora: _____

APÊNDICE 3

ANÁLISES BIVARIADAS UTILIZADAS NO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

AMEX em dias			
IDADE MAE	<=30	>30	Total
-----+-----+-----			
<=16 ANOS	31	9	40
>16 ANOS	78	46	124
-----+-----+-----			
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

2.03

Cornfield 95% confidence limits for OR

0.83 < OR <

5.10

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

2.02

Exact 95% confidence limits for MLE

0.85 < OR <

5.27

Exact 95% Mid-P limits for MLE

0.90 < OR <

4.85

Probability of MLE >= 2.02 if population OR = 1.0

0.06356588

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:IDMAECAT=1)

1.23

95% confidence limits for RR

0.99 < RR <

1.53

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	2.89	0.08907488
Mantel-Haenszel:	2.87	0.09005526
Yates corrected:	2.27	0.13162547

AMEX em dias			
Uso de MAC	<=30	>30	Total
-----+-----+-----			
Não	57	15	72
Sim	51	40	91
-----+-----+-----			
Total	108	55	163

Single Table Analysis

Odds ratio

2.98

Cornfield 95% confidence limits for OR 1.39 < OR <
6.46
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
2.96
Exact 95% confidence limits for MLE 1.41 < OR <
6.49
Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.48 < OR <
6.12
Probability of MLE >= 2.96 if population OR = 1.0
0.00149232

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:MAC=1)
1.41
95% confidence limits for RR 1.14 < RR <
1.76

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	9.61	0.00193220 <---
Mantel-Haenszel:	9.55	0.00199527 <---
Yates corrected:	8.61	0.00334980 <---

SUS	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
Exclusivo	84	34	118
Não Exclus	25	21	46
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio
2.08
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.96 < OR <
4.48
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
2.07
Exact 95% confidence limits for MLE 0.96 < OR <
4.44
Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.01 < OR <
4.20
Probability of MLE >= 2.07 if population OR = 1.0
0.03202753

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:SUS=1)
1.31
95% confidence limits for RR 0.98 < RR <
1.75

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares	P-values
-------------	----------

```

-----
Uncorrected:      4.21      0.04018057 <---
Mantel-Haenszel:  4.18      0.04079353 <---
Yates corrected:  3.49      0.06178973

```

Gravidez planejada	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
Não	90	39	129
Sim	19	16	35
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

1.94

Cornfield 95% confidence limits for OR 0.84 < OR <

4.50

um likelihood estimate of OR (MLE) 1.93

Exact 95% confidence limits for MLE 0.84 < OR <

4.45

Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.89 < OR <

4.19

Probability of MLE >= 1.93 if population OR = 1.0

0.06600695

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:N1APLANE=1)

1.29

95% confidence limits for RR 0.93 < RR <

1.78

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares P-values

```

-----
Uncorrected:      2.96      0.08532652
Mantel-Haenszel:  2.94      0.08628487
Yates corrected:  2.31      0.12882779

```

Preparada p gravidez	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
Não	71	26	97
Sim	38	29	67
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

2.08

Cornfield 95% confidence limits for OR 1.02 < OR <

4.28

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.07
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.02 < OR <
 4.25
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.07 < OR <
 4.05
 Probability of MLE >= 2.07 if population OR = 1.0
 0.02150323

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:CPREPARA=1)
 1.29
 95% confidence limits for RR 1.01 < RR <
 1.64

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	4.83	0.02799752 <---
Mantel-Haenszel:	4.80	0.02847990 <---
Yates corrected:	4.12	0.04244958 <---

Desejava o	AMEX em dias		
Bebê	<=30	>30	Total
-----+-----+-----			
Não	50	14	64
Sim	59	41	100
-----+-----+-----			
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio
 2.48
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.14 < OR <
 5.45
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.47
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.16 < OR <
 5.49
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.22 < OR <
 5.17
 Probability of MLE >= 2.47 if population OR = 1.0
 0.00840737

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:DDESEJAV=1)
 1.32
 95% confidence limits for RR 1.07 < RR <
 1.63

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	6.40	0.01138766 <---
Mantel-Haenszel:	6.36	0.01164096 <---
Yates corrected:	5.57	0.01822374 <---

Número Cons PN	AMEX em dias		
	<=30	>30	Total
<=6	29	9	38
>6	59	41	100
Total	88	50	138

Single Table Analysis

Odds ratio

2.24

Cornfield 95% confidence limits for OR 0.89 < OR <

5.77

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

2.23

Exact 95% confidence limits for MLE 0.91 < OR <

5.93

Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.97 < OR <

5.44

Probability of MLE >= 2.23 if population OR = 1.0

0.04334722

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:NCONSPN=1)

1.29

95% confidence limits for RR 1.02 < RR <

1.65

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	3.57	0.05870821
Mantel-Haenszel:	3.55	0.05963122
Yates corrected:	2.86	0.09061898

Problemas gravidez	AMEX em dias		
	<=30	>30	Total
Não	71	29	100
Sim	38	26	64
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

1.68

Cornfield 95% confidence limits for OR 0.82 < OR <

3.44

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

1.67

Exact 95% confidence limits for MLE 0.82 < OR <

3.41

Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.86 < OR <
 3.25
 Probability of MLE >= 1.67 if population OR = 1.0
 0.08594937

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:N4APROBG=1)
 1.20
 95% confidence limits for RR 0.94 < RR <
 1.52

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	2.37	0.12400191
Mantel-Haenszel:	2.35	0.12515412
Yates corrected:	1.87	0.17110582

Apoio para	AMEX em dias		
Amamentar	<=30	>30	Total
Não	49	15	64
Sim	60	40	100
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio
 2.18
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.01 < OR <
 4.72
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.17
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.03 < OR <
 4.75
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.08 < OR <
 4.48
 Probability of MLE >= 2.17 if population OR = 1.0
 0.02063587

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:N3AAPPIO=1)
 1.28
 95% confidence limits for RR 1.03 < RR <
 1.57

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	4.80	0.02841500 <---
Mantel-Haenszel:	4.77	0.02890226 <---
Yates corrected:	4.09	0.04317873 <---

Intervalo			
Parto e 1		AMEX em dias	
Mamada	<=30	>30	Total
<=2horas	39	25	64
>2horas	51	20	71
Total	90	45	135

Single Table Analysis

Odds ratio
0.61
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.28 < OR <
1.35
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.61
Exact 95% confidence limits for MLE 0.28 < OR <
1.34
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.30 < OR <
1.27
Probability of MLE <= 0.61 if population OR = 1.0
0.12346846

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:HSAMPPAR=1)
0.85
95% confidence limits for RR 0.66 < RR <
1.08

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	1.80	0.18002409
Mantel-Haenszel:	1.78	0.18164534
Yates corrected:	1.34	0.24692087

Dificuldade		AMEX em dias	
Nascimento	<=30	>30	Total
Não	76	45	121
Sim	33	10	43
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio
0.51
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.21 < OR <
1.22
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.51
Exact 95% confidence limits for MLE 0.21 < OR <
1.19

Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.22 < OR <
 1.12
 Probability of MLE <= 0.51 if population OR = 1.0
 0.06823230

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:N2ANASCD=1)
 0.82
 95% confidence limits for RR 0.66 < RR <
 1.01

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	2.76	0.09643038
Mantel-Haenszel:	2.75	0.09745176
Yates corrected:	2.17	0.14037752

Necessidade	AMEX em dias		
Conversar	<=30	>30	Total
Não	83	32	115
Sim	26	23	49
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio
 2.29
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.08 < OR <
 4.90
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.28
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.08 < OR <
 4.85
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.13 < OR <
 4.60
 Probability of MLE >= 2.28 if population OR = 1.0
 0.01494063

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:BNECESCO=1)
 1.36
 95% confidence limits for RR 1.02 < RR <
 1.81

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	5.63	0.01764470 <---
Mantel-Haenszel:	5.60	0.01799383 <---
Yates corrected:	4.81	0.02835659 <---

SEXOBEBE	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
F	48	34	82
M	61	21	82
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

0.49

Cornfield 95% confidence limits for OR

0.24 < OR <

1.00

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

0.49

Exact 95% confidence limits for MLE

0.24 < OR <

0.99

Exact 95% Mid-P limits for MLE

0.25 < OR <

0.95

Probability of MLE <= 0.49 if population OR = 1.0

0.02334098

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:SEXOBEBE=F)

0.79

95% confidence limits for RR

0.63 < RR <

0.98

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	4.62	0.03154260 <---
Mantel-Haenszel:	4.59	0.03206542 <---
Yates corrected:	3.94	0.04717089 <---

PESO NASCER	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
<=3130g	50	34	84
>3130g	59	21	80
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

0.52

Cornfield 95% confidence limits for OR

0.25 < OR <

1.07

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

0.53

Exact 95% confidence limits for MLE

0.25 < OR <

1.07

Exact 95% Mid-P limits for MLE
1.02
Probability of MLE $\leq$ 0.53 if population OR = 1.0
0.03860046
0.27 < OR <

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:PNASCCAT=1)
0.81
95% confidence limits for RR
1.01
0.65 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares -----	P-values -----
Uncorrected:	3.72	0.05374831
Mantel-Haenszel:	3.70	0.05448384
Yates corrected:	3.11	0.07783080

DIARREIA	AMEX em dias		Total
	≤ 30	> 30	
Não	71	42	113
Sim	38	13	51
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio
0.58
Cornfield 95% confidence limits for OR
1.29
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.58
Exact 95% confidence limits for MLE
1.27
Exact 95% Mid-P limits for MLE
1.20
Probability of MLE $\leq$ 0.58 if population OR = 1.0
0.09789847
0.26 < OR <
0.25 < OR <
0.27 < OR <

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:DIARREIA=1)
0.84
95% confidence limits for RR
1.04
0.68 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares -----	P-values -----
Uncorrected:	2.15	0.14257094
Mantel-Haenszel:	2.14	0.14379417
Yates corrected:	1.66	0.19787540

RESP RAPIDA	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
Não	70	43	113
Sim	39	12	51
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

0.50

Cornfield 95% confidence limits for OR 0.22 < OR <

1.13

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

0.50

Exact 95% confidence limits for MLE 0.22 < OR <

1.11

Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.23 < OR <

1.05

Probability of MLE <= 0.50 if population OR = 1.0

0.04830588

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:RESPRAPI=1)

0.81

95% confidence limits for RR 0.66 < RR <

1.00

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	3.33	0.06821327
Mantel-Haenszel:	3.31	0.06905999
Yates corrected:	2.71	0.09998225

CHIADO	AMEX em dias		Total
	<=30	>30	
Não	65	39	104
Sim	44	16	60
Total	109	55	164

Single Table Analysis

Odds ratio

0.61

Cornfield 95% confidence limits for OR 0.28 < OR <

1.29

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

0.61

Exact 95% confidence limits for MLE 0.28 < OR <

1.28

Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.30 < OR <
 1.21
 Probability of MLE <= 0.61 if population OR = 1.0
 0.10617306

RISK RATIO(RR) (Outcome:AMEXCAT=1; Exposure:CHIADO=1)
 0.85
 95% confidence limits for RR 0.69 < RR <
 1.05

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares -----	P-values -----
Uncorrected:	2.00	0.15694882
Mantel-Haenszel:	1.99	0.15821914
Yates corrected:	1.55	0.21360383

APÊNDICE 4

MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

— Total number of cases: 164 (Unweighted)
 Number of selected cases: 164
 Number of unselected cases: 0

 Number of selected cases: 164
 Number rejected because of missing data: 56
 Number of cases included in the analysis: 108

Dependent Variable Encoding:

Original Value	Internal Value
1	0
2	1

—

	Value	Freq	Parameter Coding (1)
PARTVAG	1	49	1,000
	2	59	,000
MAC	1	39	1,000
	2	69	,000
SUS	1	71	1,000
	2	37	,000
N1APLANE	1	82	1,000
	2	26	,000
CPREPARA	1	61	1,000
	2	47	,000
DDESEJAV	1	32	1,000
	2	76	,000
NCONSPN	1	29	1,000
	2	79	,000
N4APROBG	1	61	1,000
	2	47	,000
HSAMPPAR	1	44	1,000
	2	64	,000
PNASCCAT	1	51	1,000
	2	57	,000

SEXOBEBE	F	53	1,000
	M	55	,000
N2ANASCD	1	85	1,000
	2	23	,000
N3AAPPIO	1	37	1,000
	2	71	,000
BNECESCO	1	79	1,000
	2	29	,000
IDMAECAT	1	26	1,000
	2	82	,000

—

Dependent Variable.. AMEXCAT

Beginning Block Number 0. Initial Log Likelihood Function

-2 Log Likelihood 142,37694

* Constant is included in the model.

Beginning Block Number 1. Method: Enter

Variable(s) Entered on Step Number

1.. IDMAECAT
 MAC
 SUS
 N1APLANE
 CPREPARA
 DDESEJAV
 NCONSPN
 N4APROBG
 HSAMPPAR
 BNECESCO
 N3AAPPIO
 N2ANASCD
 SEXOBEBE
 PNASCCAT
 PARTVAG

Estimation terminated at iteration number 4 because
 Log Likelihood decreased by less than ,01 percent.

Iteration History:

Iteration	Log Likelihood	Constant	IDMAECAT(1)	MAC(1)	SUS(1)
1	-55,426945	,7255934	-,34695337	-,8436772	-,25100445
2	-53,977980	1,0583772	-,52821279	-1,2786982	-,35423140
3	-53,912174	1,1288496	-,58518631	-1,4132435	-,37616988
4	-53,911937	1,1320142	-,58913616	-1,4224724	-,37711796

N1APLANE(1)	CPREPARA(1)	DDESEJAV(1)	NCONSPN(1)	N4APROBG(1)
,52742399	-,7750952	-,13598948	-,7795154	-,03132812
,68496345	-1,0981756	-,15630447	-1,0192298	-,04123712
,72130623	-1,1854261	-,15212144	-1,0740309	-,04403344
,72349066	-1,1909872	-,15163970	-1,0768468	-,04434838

HSAMPPAR(1)	BNECESCO(1)	N3AAPOIO(1)	N2ANASCD(1)	SEXOBEBE(1)
,8414975	-,8745886	-,54101248	-,43705293	,32297603
1,1468594	-1,1506086	-,69453671	-,61406979	,46166569
1,2330091	-1,2251794	-,71828065	-,64808280	,50577065
1,2389415	-1,2300048	-,71891790	-,64946656	,50877587

PNASCCAT(1)	PARTVAG(1)
,36924468	,23605013
,45726339	,33276772
,47542085	,36755354
,47629388	,37042797

-2 Log Likelihood	107,824
Goodness of Fit	101,872
Cox & Snell - R^2	,274
Nagelkerke - R^2	,374

	Chi-Square	df	Significance
Model	34,553	15	,0028
Block	34,553	15	,0028
Step	34,553	15	,0028

----- Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test -----

AMEXCAT = 1

AMEXCAT = 2

Group	Observed	Expected	Observed	Expected	Total
1	12,000	11,547	,000	,453	12,000
2	9,000	10,014	2,000	,986	11,000
3	9,000	9,443	2,000	1,557	11,000
4	10,000	8,416	1,000	2,584	11,000
5	8,000	7,563	3,000	3,437	11,000
6	7,000	6,954	4,000	4,046	11,000
7	4,000	5,692	7,000	5,308	11,000
8	5,000	4,382	6,000	6,618	11,000
9	4,000	3,035	7,000	7,965	11,000
10	,000	,954	8,000	7,046	8,000

	Chi-Square	df	Significance
Goodness-of-fit test	5,8055	8	,6690

Classification Table for AMEXCAT
The Cut Value is ,50

		Predicted				Percent Correct
		1	2	1	2	
Observed		+-----+-----+				
		1	I	2	I	
1	1	I	56	I	12	82,35%
		+-----+-----+				
2	2	I	16	I	24	60,00%
		+-----+-----+				
		Overall				74,07%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R
IDMAECAT(1)	-,5891	,6362	,8575	1	,3544	,0000
MAC(1)	-1,4225	,6206	5,2537	1	,0219	-,1512
SUS(1)	-,3771	,5534	,4645	1	,4955	,0000
N1APLANE(1)	,7235	,6269	1,3321	1	,2484	,0000
CPREPARA(1)	-1,1910	,6095	3,8182	1	,0507	-,1130
DDESEJAV(1)	-,1516	,6101	,0618	1	,8037	,0000
NCONSPN(1)	-1,0768	,6409	2,8228	1	,0929	-,0760
N4APROBG(1)	-,0443	,5403	,0067	1	,9346	,0000
HSAMPPAR(1)	1,2389	,5935	4,3580	1	,0368	,1287
BNECESCO(1)	-1,2300	,5661	4,7214	1	,0298	-,1383
N3AAPPIO(1)	-,7189	,5790	1,5415	1	,2144	,0000
N2ANASCD(1)	-,6495	,6704	,9386	1	,3326	,0000
SEXOBEBE(1)	,5088	,4900	1,0783	1	,2991	,0000
PNASCCAT(1)	,4763	,4981	,9145	1	,3389	,0000
PARTVAG(1)	,3704	,5406	,4695	1	,4932	,0000
Constant	1,1320	1,0647	1,1305	1	,2877	

Variable	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
		Lower	Upper
IDMAECAT(1)	,5548	,1594	1,9306
MAC(1)	,2411	,0714	,8137
SUS(1)	,6858	,2318	2,0288
N1APLANE(1)	2,0616	,6034	7,0435
CPREPARA(1)	,3039	,0920	1,0036
DDESEJAV(1)	,8593	,2599	2,8412
NCONSPN(1)	,3407	,0970	1,1964
N4APROBG(1)	,9566	,3318	2,7582
HSAMPPAR(1)	3,4520	1,0787	11,0468
BNECESCO(1)	,2923	,0964	,8865
N3AAPPIO(1)	,4873	,1566	1,5159
N2ANASCD(1)	,5223	,1404	1,9435
SEXOBEBE(1)	1,6633	,6366	4,3453
PNASCCAT(1)	1,6101	,6066	4,2738

PARTVAG(1) 1,4484 ,5020 4,1788

Correlation Matrix:

	Constant	IDMAECAT(1)	MAC(1)	SUS(1)	N1APLANE(1)
Constant	1,00000	-,02229	-,21300	-,27370	-,30485
IDMAECAT(1)	-,02229	1,00000	,05384	,05171	-,11828
MAC(1)	-,21300	,05384	1,00000	-,19918	,00823
SUS(1)	-,27370	,05171	-,19918	1,00000	,08735
N1APLANE(1)	-,30485	-,11828	,00823	,08735	1,00000
CPREPARA(1)	-,29838	-,02156	,26958	,00051	-,24598
DDESEJAV(1)	-,08090	,06842	,01181	,03331	-,15786
NCONSPN(1)	-,18418	-,10171	,13462	-,25811	,01985
N4APROBG(1)	-,14478	,01254	,02456	-,10732	,02128
HSAMPPAR(1)	-,00424	,07881	-,29183	-,10933	-,05842
BNECESCO(1)	-,18862	-,00852	,11611	-,13143	-,10460
N3AAPPIO(1)	-,02994	-,19014	-,09033	,05280	-,09317
N2ANASCD(1)	-,59842	-,03499	,13799	,16503	,04747
SEXOBEBE(1)	-,17135	-,11657	-,05571	-,09411	-,07503
PNASCCAT(1)	-,20719	,05097	,03246	-,04332	-,02458
PARTVAG(1)	-,24844	-,03340	-,13212	,12540	-,01047

	CPREPARA(1)	DDESEJAV(1)	NCONSPN(1)	N4APROBG(1)	HSAMPPAR(1)
Constant	-,29838	-,08090	-,18418	-,14478	-,00424
IDMAECAT(1)	-,02156	,06842	-,10171	,01254	,07881
MAC(1)	,26958	,01181	,13462	,02456	-,29183
SUS(1)	,00051	,03331	-,25811	-,10732	-,10933
N1APLANE(1)	-,24598	-,15786	,01985	,02128	-,05842
CPREPARA(1)	1,00000	-,30743	,02976	,04037	-,00187
DDESEJAV(1)	-,30743	1,00000	-,16097	-,07898	-,04253
NCONSPN(1)	,02976	-,16097	1,00000	-,03645	,04239
N4APROBG(1)	,04037	-,07898	-,03645	1,00000	-,15003
HSAMPPAR(1)	-,00187	-,04253	,04239	-,15003	1,00000
BNECESCO(1)	,05161	-,01183	,25902	-,11829	-,12117
N3AAPPIO(1)	,16325	-,06762	-,05186	-,28528	-,05605
N2ANASCD(1)	,20767	,16513	,09129	-,07508	-,18311
SEXOBEBE(1)	-,00414	,06013	,01666	,09083	-,06049
PNASCCAT(1)	-,20080	,18808	-,07424	-,00992	-,06400
PARTVAG(1)	-,00599	-,05614	,03024	,13263	,36247

	BNECESCO(1)	N3AAPPIO(1)	N2ANASCD(1)	SEXOBEBE(1)	PNASCCAT(1)
Constant	-,18862	-,02994	-,59842	-,17135	-,20719
IDMAECAT(1)	-,00852	-,19014	-,03499	-,11657	,05097
MAC(1)	,11611	-,09033	,13799	-,05571	,03246
SUS(1)	-,13143	,05280	,16503	-,09411	-,04332
N1APLANE(1)	-,10460	-,09317	,04747	-,07503	-,02458
CPREPARA(1)	,05161	,16325	,20767	-,00414	-,20080
DDESEJAV(1)	-,01183	-,06762	,16513	,06013	,18808
NCONSPN(1)	,25902	-,05186	,09129	,01666	-,07424
N4APROBG(1)	-,11829	-,28528	-,07508	,09083	-,00992
HSAMPPAR(1)	-,12117	-,05605	-,18311	-,06049	-,06400
BNECESCO(1)	1,00000	-,05685	-,09248	-,02833	,00376
N3AAPPIO(1)	-,05685	1,00000	,06641	-,04988	,02396
N2ANASCD(1)	-,09248	,06641	1,00000	-,02316	,07834

SEXOBEBE(1)	-,02833	-,04988	-,02316	1,00000	,05145
PNASCCAT(1)	,00376	,02396	,07834	,05145	1,00000
PARTVAG(1)	-,16220	-,05896	-,08118	,02774	-,01599

	PARTVAG(1)
Constant	-,24844
IDMAECAT(1)	-,03340
MAC(1)	-,13212
SUS(1)	,12540
N1APLANE(1)	-,01047
CPREPARA(1)	-,00599
DDESEJAV(1)	-,05614
NCONSPN(1)	,03024
N4APROBG(1)	,13263
HSAMPPAR(1)	,36247
BNECESCO(1)	-,16220
N3AAPPIO(1)	-,05896
N2ANASCD(1)	-,08118
SEXOBEBE(1)	,02774
PNASCCAT(1)	-,01599
PARTVAG(1)	1,00000

APÊNDICE 5

TABELAS CITADAS NOS RESULTADOS E APRESENTADAS COMO GRÁFICOS

Tabela 1-Estado marital por mães adolescentes no momento da entrevista referido –
Campinas, 2001-2003 (n=164)

ESTADO MARITAL	F	%	Cum (%)
Casada	57	34,8	34,8
Amasiada	36	22,0	56,7
Solteira	66	40,2	97,0
Separada	4	2,4	99,4
Viúva	1	0,6	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 2-Escolaridade em anos completos de estudos apresentado por mães adolescentes –
Campinas, 2001-2003 (n=164)

ANOS DE ESTUDO	F	%	Cum (%)
Nenhum	2	1,2	1,2
1 — 4	8	4,9	6,1
4 — 8	53	32,3	38,4
8 — 11	52	31,7	70,1
11 ou +	33	20,1	90,2
Não respondeu	16	9,8	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 3-Características do tipo de método anticoncepcional utilizado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Método Anticoncepcional	F	%
Oral	38	23,2
Injetável	33	20,1
Preservativo	15	9,1
DIU	2	1,2
Oral + Preservativo	3	1,8
Nenhum	73	44,5

Tabela 4-Características dos tipos de dificuldades encontradas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

DIFICULDADES ENCONTRADAS	F	%
Econômico-Financeira	20	12,2
Falta de Liberdade*	15	9,1
Psico-Emocional**	13	7,9
Nenhuma	121	73,8

*Categoria definida para descrever as seguintes falas das adolescentes: “não posso mais passear”, “não posso sair de casa”, “não tenho liberdade”, “não tenho mais liberdade para estudar e trabalhar”, entre outras.

**Categoria definida para descrever as seguintes falas das adolescentes: “pulei fases de minha vida”, “começaram a ocorrer muitos desentendimentos familiares”, “tudo um pouco”, “tive depressão”, entre outras.

Tabela 5-Apoiadores das mães adolescentes diante das dificuldades vivenciadas – Campinas, 2001-2003 (n=164)

APOIADORES DAS MÃES ADOLESCENTES	F	%
Profissional de saúde	3	1,8
Pai do bebê	24	14,6
Familiares	75	45,8
Outros	41	25
Ninguém	31	18,9

Tabela 6-Apoiadores que mães adolescentes gostariam de contar diante das dificuldades vivenciadas – Campinas, 2001-2003 (n=164)

APOIADORES QUE AS MÃES ADOLESCENTES GOSTARIAM DE PODER CONTAR	F	%
Profissional de saúde	22	13,4
Pai do bebê	8	4,9
Familiares	16	9,7
Outros	10	6,1
Não sabe	8	4,9
Ninguém	100	61,0

Tabela 7-Características da frequência de ajuda das atividades domésticas às mães adolescentes após a saída da maternidade – Campinas, 2001-2003 (n=164)

Frequência da Ajuda	F	%	Cum
Nenhuma	15	9,1	9,1
Somente nas primeiras semanas	68	41,5	50,6
Quando necessário	25	15,2	65,9
Todo o período	56	34,1	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 8-Colaboradores das mães adolescentes com as atividades domésticas após a saída da maternidade – Campinas, 2001-2003 (n=164)

COLABORADORES DAS MÃES ADOLESCENTES	F	%
Pai do bebê	21	12,8
Familiares	133	81,1
Outros	4	2,4
Ninguém	15	9,1

Tabela 9-Realização de alguma atividade remunerada quando do diagnóstico da gravidez referido por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

ATIVIDADE REMUNERADA	F	%	Cum (%)
Sim, com registro em carteira	17	10,4	10,4
Sim, informal	18	11,0	21,4
Não	129	78,7	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 10-Frequência em escola quando do diagnóstico da gravidez referido por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

FREQUÊNCIA EM ESCOLA	F	%	Cum (%)
Sim	81	49,4	49,4
Não	83	50,6	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 11-Problemas mais comuns apresentados por mães adolescentes durante a gestação – Campinas, 2001-2003 (n=164)

ENFERMIDADES MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO	F	%
Complicações gestacionais*	26	15,8
Infecção urinária	16	9,7
Hipertensão arterial gestacional	11	6,7
Anemia	7	4,3
Outros**	17	10,4
Nenhum	100	61,0

*Trabalho de parto prematuro, ameaça de aborto, cenesccência placentária, oligoâmnio, sangramento, entre outros

**Bronquite, sinusite, acidente de carro, muito nervoso, queda, hipotensão, entre outros.

Tabela 12-Problemas mais comuns apresentados por mães adolescentes durante a internação para o parto e puerpério imediato – Campinas, 2001-2003 (n=164)

PROBLEMAS APRESENTADOS NA INTERNAÇÃO PARA O PARTO	F	%
Complicações do parto*	6	3,6
Hipertensão arterial gestacional	4	2,4
Trabalho de parto prematuro	3	1,8
Outros**	3	1,8
Nenhum	150	91,5

*Circular de cordão, cesárea de urgência, “não tinha dilatação”, “bolsa rota por 36 horas”.

**Secreção purulenta na mama, dor de cabeça, dormia o tempo todo.

Tabela 13-Tipo de parto apresentado por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

TIPO DE PARTO	F	%	Cum
Normal	70	42,7	42,7
Fórceps	23	14,0	56,7
Cesárea	71	43,3	100,0
Total	140	100,0	

Tabela 14-Problemas apresentados pelos recém-nascidos ainda na maternidade Campinas, 2001-2003 (n=164)

PROBLEMAS APRESENTADOS	F	%
Icterícia	8	4,9
Prematuridade	7	4,3
Dificuldade Respiratória	7	4,3
Dificuldade de Mamar	1	0,6
Outros	10	6,1
Nenhum	135	82,3

Tabela 15-Problemas apresentados pelos recém-nascidos ainda na maternidade aos quais foi necessário manter a internação hospitalar – Campinas, 2001-2003 (n=164)

PROBLEMAS APRESENTADOS	F	%
Prematuridade	10	6,1
Dificuldade Respiratória	4	2,4
Outros	6	3,6
Nenhum	146	89,0

Tabela 16-Frequência de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos de mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

FREQUÊNCIA DE CONSULTAS	F	%	Cum (%)
Quinzenal	3	1,8	1,8
Mensal	142	86,6	88,4
Bimestral	10	6,1	94,5
Esporádico	5	3,0	97,5
Não faz acompanhamento	4	2,4	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 17-Problemas de saúde detectados em consulta médica aos filhos de adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

PROBLEMAS DETECTADOS	F	%
Alergia respiratória	8	4,9
Refluxo	4	2,4
Anemia	3	1,8
Sopro	3	1,8
Outros	2	1,2
Nenhum	145	88,4

Tabela 18-Desejo de amamentar seu bebê manifesto durante a gravidez das mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

DESEJO DE AMAMENTAR	F	%	Cum (%)
Sim, por em média 220 dias	115	70,1	70,1
Sim, até quando bebê quiser	28	17,1	87,2
Sim, até quando tivesse leite	11	6,7	93,9
Não desejava	8	4,9	98,8
Não respondeu	2	1,2	100,0
Total	164	100,0	

Tabela 19-Características das orientações recebidas por adolescentes durante a gravidez – Campinas, 2001-2003 (n=164)

ORIENTAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ	F	%
Importância do Aleitamento Materno	55	33,5
Técnicas de Amamentação	14	8,5
Duração do Aleitamento Materno	8	4,9
Outros	12	7,3
Não lembra	18	11,0
Nenhuma	64	39,0

Tabela 20-Apoiadores das adolescentes durante a gravidez em relação ao aleitamento materno – Campinas, 2001-2003 (n=164)

APOIADORES	F	%
Profissionais de Saúde	58	35,4
Parentes	46	28,0
Amigos	7	4,3
Outros	5	3,0
Ninguém	64	39,0

Tabela 21-Quartis da duração média de idades orientadas para a introdução de alimentação complementar – Campinas, 2001-2003 (n=164)

		Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo
Água / chá	n=81	0	30	60	120	180
Outros leites	n=49	0	60	90	180	180
Outros alimentos	n=53	60	120	150	180	180

Tabela 22-Dificuldades para amamentar vivenciadas por mães adolescentes – Campinas, 2001-2003 (n=164)

DIFICULDADES	F	%
Fissura	29	17,7
“Bebê não pega”	14	8,5
“Leite secou” / “pouco leite”	13	7,9
“Não tem bico”	9	5,5
Impaciência materna	6	3,6
Engurgitamento	5	3,0
Nenhuma	101	61,6