UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CARLA PORTO CUNHA MURARI

Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas

Ribeirão Preto
2018

CARLA PORTO CUNHA MURARI

Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador: Profª. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Ribeirão Preto
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Murari, Carla Porto Cunha

Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas, Ribeirão Preto, 2018.

126..p.: il.:30 cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Monteiro, Juliana Cristina dos Santos.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame precoce. 3. Saúde materno-infantil. 4. Adolescência

MURARI, Carla Porto Cunha

Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Dedicatória

Dedico esta pesquisa a todas as mães que cruzaram a minha vida profissional, que não mediram esforços para conseguirem amamentar, por terem permitido aprender tanto com elas e por me permitirem ter feito parte de suas histórias. Cada momento acompanhando o aleitamento materno foi de fundamental importância para a elaboração e conclusão desta pesquisa e para me tornar um ser humano melhor.

Agradecimento especial

À minha querida professora, orientadora Dra. **Juliana dos Santos Monteiro**, agradeço pelo grande aprendizado e convívio por esse período e pela confiança de que eu seria capaz. Obrigada por tudo!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a **Deus**, por ter me abençoado por mais uma conquista e por ter permitido que eu vivenciasse toda essa experiência e crescimento profissional, pessoal e espiritual.

Ao meu marido **Gustavo**, que sempre esteve ao meu lado me dando forças, me apoiando, me levantando nas dificuldades e vibrando com meus progressos.

Aos meus pais **Fátima** e **Carlos**, que sempre acreditaram na minha capacidade e sempre me incentivaram a ir em busca dos meus sonhos.

Aos meus irmãos **Eduardo** e **Leonardo**, que me ensinam sempre como ser uma pessoa melhor e a nunca desistir dos nossos objetivos.

À minha querida vozinha **Maria**, que está sempre presente na minha vida acadêmica e me apoiando quando queria fazer mais cursos e mais uma pós-graduação.

Às minhas colegas de trabalho **Melina**, **Camila**, **Priscila e Tatiana**, que acompanharam cada dificuldade que enfrentei e sempre me apoiando, ora pela distância,

ora pelo planejamento e replanejamento de ir a Ribeirão Preto sem prejudicar o trabalho, ora pela sobrecarga de funções.

Às minhas queridas amigas **Ana Cristina, Kaiani e Evelyn**, que além do incentivo, sempre me apoiaram na realização desta pesquisa.

Às Profas. Dras. **Adriana Moraes Leite** e **Angelina Lettiere** pelas excelentes contribuições no exame de qualificação

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública e aos docentes das disciplinas cursadas por todo aprendizado.

Às mães participantes da pesquisa por se disponibilizarem por quatro momentos de contato e troca de informações sendo de fundamental importância para a realização da minha pesquisa.

RESUMO

MURARI, C. P. C. Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas. 2018. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno é recomendado de forma exclusiva até os seis meses de vida da criança e complementado até dois anos ou mais, devido aos diversos benefícios para a criança, mulher, família e para a sociedade. Contudo, essa prática persiste como uma preocupação para a saúde pública, já que as prevalências não atingem o recomendado. Considerando a idade materna como um dos fatores que levam ao desmame precoce, é importante compreender as particularidades das mães adolescentes para a realização da alimentação de seus filhos, comparadas às mães adultas, já que algumas práticas podem levar ao desmame precoce. Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender os motivos alegados pelas mães adolescentes e adultas para a introdução precoce de alimentos na dieta da criança. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, observacional e analítico, realizado no alojamento conjunto da Santa Casa de Misericórdia de Franca/SP. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2016 a outubro de 2017 e foram utilizados dois instrumentos: o primeiro consistiu na utilização dos dados de identificação disponíveis na maternidade – características sociodemográficas, obstétricas e de início da amamentação; o segundo, informações sobre a alimentação oferecida à criança pela sua mãe, por meio de contato telefônico em 30, 90 e 180 dias pós-parto. Os dados foram analisados com o programa estatístico R, versão 3.4.2. Para todas as análises estatísticas foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. Participaram do estudo 545 mulheres, sendo 103 adolescentes e 442 adultas. Aos 30 dias após o parto, 48,5% das adolescentes e 61,1% das adultas estavam realizando aleitamento materno exclusivo (AME) ($p = 0,004$). Aos 90 dias, 21,4% das adolescentes e 40,7 % das adultas estavam em AME ($p = 0,000$) e, aos 180 dias, 10,7% das adolescentes e 16,1% das adultas estavam em AME, embora este último resultado não seja estatisticamente significativo. No que se refere ao tempo médio final de AME, as adolescentes tiveram uma média de 61,83 dias e as adultas 83,65 dias de amamentação exclusiva ($p = 0,03$). Em relação aos motivos que as mulheres introduzem alimentos na dieta das crianças, verificou-se que: com 30 dias as adolescentes alegaram como motivos para introdução de chá as orientações médica e/ou da família e, entre as adultas, os motivos foram relacionados à criança ($p = 0,001$). Com 90 dias em relação à introdução de água e chá, os motivos das adolescentes foram relacionados à orientação médica e/ou familiar e os motivos das mães adultas foram relacionados à criança ($p = 0,004$ para água e $p = 0,000$ para chá). Com 180 dias em relação à introdução de outro leite, tanto as adolescentes quanto as adultas alegaram que os motivos foram relacionados ao desejo da própria mulher ($p = 0,03$). O estudo mostrou que com 30 e 90 dias após o parto, as adolescentes alegam motivos que não são os mesmos que as adultas para a introdução de água e chá na dieta da criança, o que chama a atenção para a importância das orientações diferenciadas para as adolescentes, que buscam em outras pessoas as informações relacionadas à alimentação da criança. Portanto, os profissionais de saúde devem ser preparados para lidar com as especificidades das adolescentes. Além disso, sugere-se que as famílias sejam contempladas juntamente com as adolescentes nos momentos de orientação sobre a alimentação da criança pequena, já que serão a referência a ser seguida pelas adolescentes em sua vida diária.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame precoce. Saúde materno-infantil. Adolescência.

ABSTRACT

MURARI, C. P. C. Early introduction of food in the diet of children: comparison between adolescent and adult mothers. 2018. 126 f. Dissertation (Master Degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Exclusive breastfeeding is recommended up to the first six months of the infant and complemented up to two years of age or beyond, according to WHO (World Health Organization), due to the several benefits to the baby,the woman,the family and the society.Nevertheless,this practice continues to be a source of concern to public health, as the prevalences do not reach the expected levels. Considering mother's age as one of the factors which take to early weaning, it is important to understand the particularities of teen mothers to the task of feeding their children, compared to adult mothers, as some of these practices can take to early. Therefore, the objective of this research has been to understand the reasons given by teen and adult mothers to the early introduction of foods to the infant's diet. It consists of an analytical,observational, prospective longitudinal study, which took place at the joint accommodation in Santa Casa de Misericórdia in Franca/SP. The data collection was carried out from October 2016 to October 2017 and two instruments were used: the first one in the maternity ward with identification data, social demographic and obstetric characteristics and the beginning of breastfeeding; the second,with information about the foods offered to the infant by the mother; it was used by means of telephone calls 30, 90 and 180 days postpartum. Data was analysed with the statistics program R,version 3.4.2. It was considered significant the values of $p< 0,05$ to all statistical analyses. 545 women took part in the study, being 103 adolescents and 442 adults.30 days postpartum, 48,5% of adolescents and 61,1% of adults were practicing exclusive breastfeeding (EB) (p=0,004). After 90 days, 21,4% of adolescents and 40,7% of adults were in EB (p=0,000). And after 180 days, 10,7% of adolescents and 16,1% of adults were in EB, although this last result was not statistically significant.Regarding the average ending time of EB, the adolescents had an average of 61,83 days and the adults 83,65 days of exclusive breastfeeding (p=0,03). Considering the reasons why women begin to introduce foods to the infants' diet, it was observed that: after 30 days the adolescents introduced tea due to medical or family orientation and among adults the reasons were related to the infant (p=0,001). After 90 days considering the introduction of water and tea,the reasons of the teens were related to medical or family orientation and the adult mothers ' were related to the infant (p=0,004 to water and p=0,000 to tea). After 180 days of the introduction of another kind of milk,both the adolescents and the adults stated the reasons were related to the woman's own choice (p=0,03). The study showed that after 30 and 90 days postpartum, the adolescents offered different reasons from the adults' to the introduction of water and tea to the baby's diet, what highlights the importance of different orientations to the adolescents,who look for information about the infants' diet with other people. Therefore health agents must be prepared to deal with the specificities of the teens.Besides,it is suggested that families should be contemplated together with the adolescents at the moments of orientation about the young child's diet, as they will be the reference to be followed by the teens in their daily lives.

Key words: Breastfeeding.Early weaning. Infant-mother health.Adolescence.

RESUMEN

MURARI, C. P. C. Introducción precoz de alimentos en la dieta de los niños: comparación entre madres adolescentes y adultas. 2018. 126 f. Disertación (Maestría) - Escuela de enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018

La lactancia materna es recomendada de forma exclusiva hasta los seis meses de vida del niño y suplementando hasta dos años o más, según la Organización Mundial de la Salud, por cuenta a los diversos beneficios para los niños, la mujer, la familia y para la sociedad. Sin embargo, esta práctica persiste como una preocupación para la salud pública, ya que las prevalencias no alcanzan lo recomendado. Considerando la edad materna como uno de los factores que llevan al destete prematuro, es importante comprender las particularidades de las madres adolescentes para la realización de la alimentación de sus hijos, comparadas a madres adultas, ya que algunas prácticas pueden llevar al destete prematuro. Luego, el objetivo de esta búsqueda fue entender los motivos alegados por las madres adolescentes y adultas para la introducción precoz de alimentos en la dieta de los niños. Se trata de un estudio longitudinal prospectivo, observacional y analítico, realizado en el alojamiento conjunto de la Santa Casa de Misericordia de Franca/SP. La recopilación de datos fue realizada en el periodo de octubre de 2016 hasta octubre de 2017 y fueron utilizados dos instrumentos: el primero fue utilizado en la maternidad con los datos de identificación, características socio demográficas, obstétricas y de inicio de la lactancia; el segundo, con informaciones de la alimentación ofrecida al niño por su madre; fue utilizado por medio de contacto telefónico en 30, 90 y 180 días pos parto. Los datos fueron examinados con el programa estadístico R, versión 3.4.2. Para todos los análisis estadísticas fueron considerados significativos valores de $p < 0,05$. Participaron del estudio 545 mujeres, siendo 103 adolescentes y 442 adultas. A los 30 días después del parto, 48,5% de las adolescentes y 61,1% de las adultas estaban realizando lactancia materna exclusiva (AME) (p=0,004). A los 90 días, 21,4% de las adolescentes y 40,7 % de las adultas estaban en AME (p=0,000). Y a los 180 días, 10,7% de las adolescentes y 16,1% de las adultas estaban en AME, todavía este último resultado no fue estadísticamente significativo. No que se refiere al tiempo medio final de AME, las adolescentes tuvieron una media de 61,83 días y las adultas 83,65 días de lactancia exclusiva (p=0,03). En relación a los motivos que las mujeres introducen alimentos en la dieta de los niños, se comprobó que: con 30 días las adolescentes alegaron como motivos para introducción de tés las orientaciones médica o de la familia y entre las adultas los motivos fueron relacionados a los niños (p=0,001). Con 90 días en relación a introducción de agua y té, los motivos de las adolescentes fueron relacionados a orientación médica o familiar y los motivos de las madres adultas fueron relacionados al niño (p=0,004 para agua y p= 0,000 para té). Con 180 días en relación a la introducción de otra leche, tanto las adolescentes cuanto las adultas alegaron que los motivos fuero relacionados al deseo de la propia mujer (p= 0,03). El estudio mostró que con 30 y 90 días después del parto, las adolescentes alegan motivos que no son los mismos que las adultas para la introducción de agua y té en la dieta del niño, lo que llama la atención para la importancia de las orientaciones diferenciadas para las adolescentes, que buscan en otras personas las informaciones relacionadas a la alimentación del niño. Por lo tanto, los profesionales de salud deben ser preparados para hacer frente con las especificidades de las adolescentes. Además, la sugerencia que las familias sean contempladas juntamente con las adolescentes en los momentos de orientación sobre la alimentación de los niños pequeños, ya que serán la referencia a ser seguida por las adolescentes en su vida diaria.

Palabras llave: Lactancia materna. Destete prematuro. Salud materna infantil. Adolescencia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma descritivo dos processos de seleção da amostra deste estudo. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.. ..... **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das participantes do estudo segundo idade, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, estado marital, moradia, auxílio nos cuidados com o bebê e renda familiar em salários mínimos de R$ 890,0. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 52

Tabela 2 - Distribuição das puérperas quanto ao número de gestações, parto aborto e de filhos vivos, idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas de pré-natal. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 54

Tabela 3 - Distribuição das puérperas quanto à intercorrências na gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, e quanto ao tipo de parto. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 56

Tabela 4 - Distribuição dos neonatos, filhos das participantes quanto ao sexo e peso ao nascer. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 56

Tabela 5 - Distribuição das puérperas quanto à ocorrência da amamentação na primeira hora de vida e o tipo de aleitamento materno. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 57

Tabela 6 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo em 30, 90 e 180 dias pós-parto. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 57

Tabela 7 - Tempo médio final de aleitamento materno exclusivo em dias entre adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 58

Tabela 8 - Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 30 dias, entre mães adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 60

Tabela 9 - Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 90 dias, entre mães adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016. 60

Tabela 10 - Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 180 dias, entre mães adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.....61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Projeto Amamentação e Município
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
CEJUVENT	Comissão de Políticas Públicas de Juventude da Câmara de Deputados
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNJ	Conselho Nacional da Juventude
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DP	Departamento Regional de Saúde
DRS	Desvio Padrão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
EUA	Estados Unidos da América
FAMERP	Faculdade de Medicina de Rio Preto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HPV	Papilomavírus Humano
IHAC	Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	International Labour Organization
ITU	Infecção do Trato Urinário
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNIAM	Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNJ	Política Nacional de Juventude
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SMAM	Semana Mundial de Amamentação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para Infância
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
WABA	*World Aliance Breastfeeding Action*
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **18**
1 INTRODUÇÃO **21**
1.1 Períodos críticos da amamentação 26
1.2 Políticas públicas em prol do aleitamento materno 28
1.3 Políticas públicas para adolescentes 32
1.4 Humanização na assistência no ciclo gravídico puerperal : impacto no aleitamento materno 35
2 OBJETIVOS **40**
2.1 Objetivo Geral 40
2.2 Objetivos Específicos 40
3 MATERIAL E MÉTODO **42**
3.1 Tipo de estudo 42
3.2 Local do estudo 42
3.3 População e amostra 43
3.4 Procedimentos para coleta de dados 44
3.5 Variáveis do estudo 45
3.6 Processamento e análise dos dados 49
3.7 Aspectos éticos 49
4 RESULTADOS **51**
4. 1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes 51
4.2 Prevalências do aleitamento materno exclusivo 57
4.3 Motivos alegados pelas mães para introdução precoce de outros alimentos na dieta das crianças 59
5 DISCUSSÃO **64**
5.1 Caracterização das participantes do estudo 64
5.2 Prevalência do aleitamento materno exclusivo 73
5.3 Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta das crianças antes dos seis meses de vida 75
6 CONCLUSÕES **82**
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS **85**
REFERÊNCIAS **88**
APÊNDICES **117**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para adultas).....117
APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO (para adolescentes).....119
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para o responsável pela adolescente) 121
APÊNDICE D - 1º Instrumento de coleta de dados.....123
APÊNDICE E – 1ª, 2ª e 3ª Buscas fonadas 124
ANEXO.....**126**
ANEXO A – Ofício de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo 126

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde criança, sempre estive envolvida com as questões de cuidar de bebês. Todos os meus presentes de Natal eram bonecas, com mamadeiras ou com banheiras e outros objetos relacionados aos primeiros cuidados do recém-nascido. Adorava brincar de boneca e elas eram sempre as minhas filhas. Quando alguma tia se tornava mãe eu estava sempre por perto para ajudá-la nos cuidados com o bebê. Quando meu irmão mais novo nasceu, eu cuidava praticamente de tudo: trocava fraldas, oferecia mamadeira, fazia-o dormir, já que a minha mãe estava sempre trabalhando muito.

Quando fui escolher a minha profissão, durante o terceiro colegial, eu sabia que queria um curso na área biológica. Porém, apenas no cursinho pré-vestibular, conheci mais sobre a Enfermagem e percebi que era o caminho a ser seguido. Passei no vestibular no ano de 2006 no curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). No primeiro ano de graduação participei de um estágio voluntário na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e ali mesmo já sabia que rumo tomaria a minha futura carreira. Também durante a graduação participei de outro estágio voluntário na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HC-UFU, desenvolvendo atividades com grupos de mães das crianças internadas. Mas foi durante os estágios supervisionados no alojamento conjunto, atuando com o binômio mãe x filho, quando tive a certeza de que a Enfermagem Obstétrica seria a minha área de atuação.

Concluí a graduação em 2010 e voltei para Franca, minha cidade natal, iniciando minha atuação no mercado de trabalho em um hospital particular, o Hospital Regional de Franca, como supervisora geral. Atuava em todos os setores desse serviço e, como me identificava bastante com a maternidade, sempre que era possível estava escalada no Alojamento Conjunto. Em 2011, em busca de aprimorar os meus conhecimentos, realizei Pós-Graduação *Latu Sensu* em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Durante a realização desse curso, passei a trabalhar somente na maternidade no período noturno, o que foi ótimo, já que possibilitou a realização prática dos ensinamentos do referido curso. Após três anos na assistência, levando em consideração dois anos como supervisora geral e um ano na maternidade, participei de um processo seletivo na área de Educação Continuada no mesmo hospital no qual trabalhava e fui selecionada. A partir daí, passei a ministrar treinamentos e capacitações em todas as áreas de saúde. Descobri aí que queria ensinar e aprender, ministrar aulas e atuar junto aos alunos, enfim, ser

professora. Concomitantemente com o trabalho realizado no setor de Educação Continuada, eu também ministrava aulas em cursos técnicos de Enfermagem e de pós-graduação.

Como me identificava com o setor materno-infantil e com a área de ensino, em 2014 comecei a pesquisar sobre o mestrado em algumas universidades, porém foi em 2015 que decidi tentar o processo seletivo da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP-USP). Iniciei meu envolvimento com a EERP-USP como aluna especial em disciplinas de pós-graduação durante todo o ano de 2015 e, nesse período, fui me aperfeiçoando, fazendo cursos na área de saúde materno-infantil e participando de encontros científicos.

Assim, em setembro de 2015, participei do processo seletivo para o Mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP e fui selecionada, ingressando no Mestrado em fevereiro de 2016, sob a orientação da Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro. A pesquisa de Mestrado buscou identificar os motivos que as mães alegam para introduzir precocemente alimentos na dieta das crianças e comparar esses motivos entre as mães adolescentes e as adultas. Este estudo fornece subsídios para um atendimento mais individualizado e qualificado, voltado para as necessidades específicas que podem ser apresentadas pelas mães adolescentes e adultas, facilitando assim o processo de amamentação realizado por essas mulheres.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde brasileiro (MS), recomenda-se que as crianças sejam alimentadas exclusivamente com o leite materno até o sexto mês de vida e, após esse período, o aleitamento materno (AM) deve ser complementado com outros alimentos de forma oportuna e saudável até os dois anos de idade ou mais, em virtude de inúmeras vantagens dessa prática comprovadas cientificamente a curto, médio e longo prazo (VICTORA et al., 2015; BRASIL, 2009a; WHO; UNICEF, 2014). Dentre os benefícios para a criança, destacam-se a proteção imunológica e a composição nutricional, o menor risco de infecções respiratórias e gastrointestinais e o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, além dos benefícios a longo prazo, como a diminuição do risco de colesterol alto, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes tipo um, obesidade e a melhora dos níveis educacionais e de renda na idade adulta (PLENGE–BÖNIG et al., 2010; EVELEIN et al., 2011; VICTORA et al., 2015). Para a mulher, o AM logo após o parto favorece a contração uterina e a recuperação do útero ao tamanho normal, reduzindo o risco de complicações hemorrágicas no período pós-parto e anemias, bem como favorece o retorno do peso de antes da gestação. A amamentação também diminui o risco de câncer de mama e de ovário (BRASIL, 2009a).

Além de tais benefícios, o AM contribui com os recursos da família, visto que é uma forma segura de alimentação, está pronto e na temperatura ideal, não necessita de gastos adicionais com fórmulas infantis e nem com bicos e mamadeiras; é vantajoso também para a sociedade, na medida em que a criança adquire maior resistência imunológica, reduzindo o número de hospitalizações e atendimentos médicos infantis e o uso de medicamentos pelas crianças amamentadas (BRASIL, 2009b).

Mesmo com todo o conhecimento evidenciado na literatura científica, o AM persiste como preocupação para a saúde pública. Segundo a OMS, apenas 38% das crianças no mundo são amamentadas exclusivamente com leite materno até os seis primeiros meses de vida (OMS; OPAS, 2013). Pesquisa realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal identificou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 41% (BRASIL, 2009b). No município de Franca, em 2004, a cobertura de AME em crianças menores de quatro meses foi de 27,5% (OLIVEIRA; SILVA; LUNARDELO, 2008). Em 2010, Venâncio e colaboradores realizaram um estudo por meio do qual apresentaram a trajetória de implantação do Projeto Amamentação e Municípios

(AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, de 1998 a 2008. Esse estudo evidenciou que, dos 345 municípios do Estado de São Paulo, o Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Regional de Franca, composto por 22 municípios, obteve o menor percentual de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida entre os municípios participantes, com apenas 20% (VENÂNCIO et al., 2010).

A introdução precoce de alimentos complementares na dieta da criança diminui a duração do AM, interfere na absorção de nutrientes considerados importantes como o ferro, reduz a eficácia da lactação no intervalo intergestacional e aumenta a morbimortalidade infantil (WHO, 2010). Assim, a prática do AME pelo período recomendado é tão importante quanto a introdução oportuna de alimentos na dieta do lactente. A alimentação complementar oportuna é definida como a introdução de alimentos sólidos ou semissólidos, ou líquidos oferecidos à criança em adição ao leite materno entre os seis e sete meses (UNICEF, 2013; QASEM; FENTON; FRIEL, 2015).

No Brasil, é grande o número de crianças que consomem vários tipos de alimentos antes dos seis meses. Alguns estudos têm atribuído à falta de informação das mulheres sobre a composição e qualidade do leite humano o fato de que não reconheçam os benefícios da amamentação e introduzam precocemente outros alimentos na dieta da criança, acarretando o desmame precoce (BARBOSA et al., 2009; SOUTO; JAGER; DIAS, 2014). A introdução de outros leites na dieta dos filhos é justificada pelas mães principalmente por motivos relativos à quantidade inexistente ou insuficiente e qualidade do leite materno (leite fraco). No entanto, sabe-se que na população mundial a maioria das mulheres apresenta condições biológicas de produzir leite suficiente para atender as necessidades de seu filho, sendo que o índice de hipogalactia é muito baixo na população, não ultrapassando 1,5% e a produção de leite de baixo valor nutricional é situação muito rara (HECTOR; KING; WEBB, 2005).

Considerando-se a cultura brasileira, existem algumas crenças e práticas impregnadas no comportamento da população que são conflitantes com as recomendações para alimentação do lactente como, por exemplo, a prática de oferecer à criança água para saciar a sede, chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar diferentes doenças. Tais crenças, aliadas àquela que o leite materno não é completo para suprir as necessidades da criança, têm resultado na introdução de substitutos do leite materno e alimentos complementares antes do tempo apropriado (NAKANO et al., 2007).

Outro fator importante que influencia o desmame precoce é a idade das mães, visto que a idade mais jovem está relacionada à menor duração do aleitamento. No contexto da

amamentação na adolescência, pesquisas constataram que mães adolescentes amamentam seus filhos por menos tempo quando comparadas às mães adultas, devido a diversos fatores, como a existência ou não de vida conjugal e o retorno à vida escolar (ARAÚJO et al., 2008; SOUTO; JAGER; DIAS, 2014). Alguns estudos evidenciaram que mães adolescentes apresentam mais chance para desmamar seus filhos precocemente (QUELUZ, 2012; CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013). Por outro lado, alguns estudos nacionais não encontraram diferenças estatisticamente significativas ao compararem a manutenção do AME no sexto mês de vida das crianças entre mães adolescentes e adultas (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010; FUSETO; OLIVEIRA, 2010).

Considerando a idade materna, é importante compreender as particularidades das mães adolescentes para a realização do AM. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é considerada adolescente a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2010b), ao passo que segundo a OMS, a adolescência é determinada pelo período da vida dos 10 aos 19 anos, dividido em dois subperíodos: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos (WHO, 2014). Neste estudo, será usada como referência a definição da OMS que considera a adolescência o período que compreende dos 10 aos 19 anos (WHO, 2014).

A adolescência é um período marcado por grandes descobertas e instabilidade emocional, durante o qual é consolidada a personalidade. Esse período compreende uma fase de transformação para a vida adulta caracterizada por instabilidade emocional, mudanças corporais e sociais (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008; ALVES; MUNIZ; TELES, 2015). Nesse contexto, a vulnerabilidade se agrega à situação de crianças e adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico. Em virtude da fragilidade e falta de autonomia, essa população torna-se dependente do ambiente físico e social em que se encontra. Em determinadas situações, o estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, mas a partir do abalo do estado psicológico, social ou mental das crianças e dos adolescentes (GONTIJO; MEDEIROS, 2009), o que pode acontecer na situação de maternidade na adolescência.

Especificamente com relação à amamentação realizada por mães adolescentes, pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos da América (EUA) mostrou que a intenção de amamentar esteve presente entre as gestantes adolescentes, sendo que 75% das participantes declararam essa intenção ainda no pré-natal (SIPSMA et al., 2013). Revisão da literatura de estudos internacionais também evidenciou que a maioria das adolescentes apresentou a intenção de amamentar durante a gestação, embora quase metade das mães adolescentes tenha

parado de amamentar no primeiro mês de vida da criança e menos de 25% continuou a amamentação até os seis meses (KANHADILOK; MCGRATH, 2015).

Estudo realizado em Ohio, nos EUA, evidenciou que 44,3% das adolescentes iniciaram o AM em comparação aos 64,9% das adultas que iniciaram essa prática (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DEFRANCO, 2013). Em Ontário, no Canadá, apenas 17% das mães adolescentes continuaram a amamentar por pelo menos seis meses em comparação aos 49% das mães adultas (NESBITT et al., 2012). Os indicadores de suporte social e instabilidade socioeconômica são os que mais influenciaram os baixos níveis de iniciação do AM entre as adolescentes, além da assistência pré-natal de baixa qualidade e a falta de informação (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DEFRANCO, 2013).

Alguns autores evidenciaram que a prática ou não de amamentação entre as adolescentes está intimamente ligada à experiência e ao contexto situacional das mesmas, que apresentam múltiplas funções em curso, como serem jovens e dependentes de algum familiar e terem pouco conhecimento dos fundamentos da amamentação e desenvolvimento infantil (SMITH et al., 2012). Assim, a interrupção da amamentação é influenciada pela pouca habilidade para amamentar, além da sensação desagradável e primeiras experiências dolorosas, o que faz as adolescentes se sentirem pouco preparadas para a realização dessa prática (SMITH et al., 2012).

Além disso, muitas mães adolescentes não se sentem confortáveis para incorporar a amamentação em seu estilo de vida como estudantes. Tal fato decorre, em parte, pela falta de conhecimento ou desconforto das adolescentes para realizarem a ordenha mamária, por não terem um lugar privado nas escolas para essa finalidade ou para alimentarem seu bebê e por não terem as habilidades necessárias para prevenir ou controlar problemas comuns, como dor ou o extravasamento do leite (SPEAR, 2006). O retorno à vida escolar apresenta-se como causa de desmame precoce entre as adolescentes, já que aquelas que estudam e engravidam não encontram apoio e estrutura física adequada para amamentarem dentro dos estabelecimentos de ensino (SIPSMA et al., 2013; TAKEMOTO et al., 2011; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011).

Alguns autores apontam que, para as adolescentes, o ato de amamentar torna-se mais difícil do que para as adultas, devido à exaustão de amamentar várias vezes ao dia e à dificuldade de lidarem com a privação de sono, o que favorece a introdução de mamadeiras, possibilitando dividir a responsabilidade de alimentar o bebê com outras pessoas (NESBITT et al., 2012). Além disso, estudo realizado no interior do Ceará demonstrou que as

adolescentes relacionam o ato de amamentar com o cuidado, proteção, ligação sentimental com o filho e, sobretudo, com a saúde da criança. No entanto, apresentam insegurança quanto à prática da amamentação (SILVA et al., 2016).

Outros motivos do desmame precoce entre as adolescentes são apresentados na literatura como o trauma mamilar, associados à presença de avós maternas no domicílio que incentivam o uso de chupetas (FRANÇA et al., 2008.). A dependência financeira dos pais também influencia o desmame precoce, pois se a família não incentiva o AM, muitas adolescentes não conseguem contrariar a família e, assim, acatam a opção do desmame (FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007; FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; SIPSMA et al., 2013; SMITH et al., 2012).

O reconhecimento da mulher como boa mãe compreende uma demanda maior para as adolescentes, já que são socialmente consideradas despreparadas e imaturas para a amamentação (DURHAND, 2007). A maternidade na adolescência pode estar associada a inúmeras perdas concretas e subjetivas, como a perda do senso de identidade, da confiabilidade da família, das expectativas futuras, do companheiro e da proteção familiar (MOREIRA et al., 2008). Além disso, ao se tornar mãe, a adolescente reviverá a relação estabelecida com sua própria mãe, podendo inclusive ressignificá-la (DIAS, TEIXEIRA, 2010). A literatura mostra ser comum uma dependência aumentada da adolescente em relação à própria família, pela necessidade de apoio para o cuidado da criança, relacionado aos aspectos financeiros, práticos e emocionais (SILVA et al., 2008).

Frente a essas considerações, evidencia-se que os profissionais de saúde deveriam estar mais atentos para identificarem as necessidades específicas das mães adolescentes com o intuito de auxiliá-las e ampará-las no enfrentamento dos obstáculos que demandam a maternidade e o AM (CLAPIS; FABRO; BERETA, 2013).

O auxílio do profissional de saúde no início da amamentação ainda na maternidade é uma forma de apoio e permite a partilha de informação sobre amamentação com base em evidências científicas. A inclusão de redes de apoio social aos adolescentes também deve ser enfatizada durante a amamentação (NESBIT et al., 2012). Outra medida de fundamental importância é o suporte profissional continuado quando as adolescentes retornam ao seu domicílio, pois se encontram fora do ambiente hospitalar e podem não dispor de auxílio satisfatório em casa para sanarem as dificuldades da amamentação. Isso ocorre devido ao fato de que durante o processo de amamentação, as mulheres passam por períodos críticos e, muitas vezes, a família não está preparada para dar suporte no manejo técnico da

amamentação, dificultando ainda mais a superação das barreiras, o que pode levar ao desmame precoce (CAMAROTTI et al., 2011; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011).

1.1 Períodos críticos da amamentação

Ao tratar sobre o desmame precoce, Newton (2004) descreveu a epidemiologia do AM que contempla dois grandes componentes: o seu início e a sua continuação. O início da amamentação é mais fácil de se avaliar e mensurar, visto que a maioria das mulheres recebe assistência obstétrica dentro das maternidades. Em contrapartida, a epidemiologia da continuação do aleitamento depende de autorrrelato, técnica com grande potencial para apresentar viés (NEWTON, 2004).

Nesse sentido, sabe-se que, para as mulheres brasileiras, a dificuldade de continuação da amamentação no primeiro mês de vida da criança ocorre devido às intercorrências mamárias e queixas sobre a produção do leite (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013; ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

A primeira semana após o parto aparece como uma semana de maior risco, período durante o qual as mães adolescentes e adultas apresentam problemas comuns, como fissuras mamilares, dificuldades de pega adequada do recém-nascido e inflamações mamárias, além de queixas de dor ao amamentarem. Esses fatores são as principais causas da interrupção do AME nos primeiros dias após o parto (FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; GLASS et al., 2010). Durante a mamada, o posicionamento e a pega incorretos podem desencadear o aparecimento de traumas mamilares, gerando dor e acarretando o desmame precoce (COCA et al., 2009; SILVA, et al., 2008; VIEIRA et al., 2010; ROCCI; FERNANDES, 2014).

Com relação à produção de leite materno, a crença de ter pouco leite ou leite fraco, de que o bebê tem sede e precisa de outros líquidos e/ou, ainda, de que o leite secou e que o bebê não suga o suficiente são apontados como causas para o desmame precoce (GIULIANI et al., 2012; ISSLER et al., 2010; OTENIO et al., 2007; FROTA et al., 2009; TETER; OSELAME; NEVES, 2015). Tal crença é justificada devido à aparência aguada do leite materno, quando comparado com o leite de vaca (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009). Embora as mães reconheçam as vantagens do AM, elas demonstram uma posição incerta diante da amamentação e tendem a dar respostas socialmente aceitas para justificar o desmame. A hipogalactia seria a resposta frente ao conflito materno de amamentar ou não (ISSLER et al., 2010). Em estudo realizado em Guarulhos, a crença de leite fraco ou pouco leite foi referido

pelas mães em todos os períodos analisados com 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias, (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Além disso, outro fator que fortalece o mito do leite fraco é a associação com a saciedade e o choro do bebê (SILVA et al., 2009; GIULIANI et al., 2012), pois muitas mães acreditam que a criança chora apenas quando não está saciada, o que faz pensarem que o seu leite não está sendo suficiente para a criança (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

No primeiro mês após o parto, o sentimento de cansaço físico, alegado pela mãe, esteve associado com a interrupção precoce do AME, devido ao maior gasto de energia materna, não só pela demanda energética do próprio parto e das adaptações fisiológicas do puerpério, como também devido ao cuidado com o recém-nascido e maior frequência das mamadas nos primeiros dias (WHO, 2009; MARTINS, et al., 2011).

Ao longo do primeiro mês pós-parto, múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe foram motivos para o início do desmame precoce devido ao cansaço físico relatado (GIULIANI et al., 2012). No entanto, entre o segundo e o quarto meses pós-parto, não foram encontrados na literatura científica marcadores específicos para o desmame.

Já o quarto mês de vida da criança é considerado um fator marcante na epidemiologia da continuação da amamentação entre as brasileiras, visto que as mulheres que trabalham fora de casa apresentam cerca de seis vezes mais chances de complementar o AM com outros leites ou alimentos (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013; TETER; OSELAME; NEVES, 2015).

No Brasil, o período de licença-maternidade, menor que o período preconizado para o AME, constituiu-se em um empecilho para que muitas mulheres efetivem essa prática a contento (RODRIGUES, 2014). Assim, o trabalho fora do lar é considerado um dos fatores que contribuem para o desmame precoce (SALUSTIANO et al., 2012). A volta ao trabalho ou ao estudo foi a segunda dificuldade mais mencionada pelas mães em uma pesquisa realizada em Guarulhos (ROCCI; FERNANDES, 2014).

É importante ressaltar que no ano de 2018, foi proposto pelo Senado Federal o aumento da licença-maternidade de 120 para 180 dias e da licença-paternidade de 5 dias para 20 dias. Trata-se de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que considera que esse tempo aumentado é precioso para a família e repercutirá em benefício para toda a sociedade. Contudo, essa realidade ainda não está implementada e certamente seu impacto deverá ser avaliado no futuro (BRASIL, 2018).

Os pediatras também foram citados como influência no desmame precoce, por falta de atitude que estimulem o AM e práticas negativas, assim como por falta de capacitação no manejo adequado do aleitamento (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Sintetizando a realidade brasileira, dois motivos principais de abandono do AM são apontados ao longo dos primeiros meses de vida da criança: a noção materna de hipogalactia (53%) e o regresso ao trabalho (32%) (DIAS et al., 2014).

Apesar dessas constatações sobre a influência da idade materna na amamentação e sobre a epidemiologia dessa prática, verifica-se que existe um descompasso entre as ações pró-amamentação e a realidade vivenciada pelas mulheres. Mesmo com todo o conhecimento científico acumulado sobre AM, os índices de desmame precoce indicam que esse conhecimento não está chegando até as mulheres ou não está sendo aprendido por elas de maneira adequada. Além disso, a falta de acolhimento da equipe de saúde é vista como fator essencial, podendo levar ao desmame precoce e trazer prejuízos à saúde da criança (TAKUSHI et al., 2006). Portanto, destaca-se que a equipe de saúde deve atentar-se para cada nutriz individualmente, com o intuito de auxiliá-la e ampará-la para o enfrentamento dos obstáculos referentes à maternidade e ao AM (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013).

Assim, a discussão sobre a transição do desmame durante a assistência prestada à mulher torna-se importante, considerando-se que o processo da amamentação, embora aparentemente simples e fisiológico, requer um complexo conjunto de interações no contexto social da mulher e de seu filho. Apenas a informação ou orientação não basta para que as mulheres se sintam motivadas a amamentar e tenham sucesso nessa experiência. É preciso que as políticas, os programas e as ações dos profissionais de saúde possibilitem condições concretas para que mães e bebês vivenciem esse processo de forma prazerosa e com eficácia (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013).

1.2 Políticas públicas em prol do aleitamento materno

Na atualidade, as campanhas nacionais e internacionais de fomento ao AM encontram alguns obstáculos para implementação, que podem estar relacionados à resistência dos profissionais e às suas dificuldades na compreensão da complexidade da amamentação e em lidar com a singularidade de cada mulher (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). Para a compreensão sobre as iniciativas de incentivo ao AM na atualidade, buscou-se na literatura científica como a prática do AM foi sendo modificada ao longo dos tempos.

Desde os tempos primitivos, há relatos e provas de que as mulheres daquela época já substituíam o leite materno, não se sabe ao certo por qual conteúdo. No entanto, foram encontrados túmulos de crianças com vasilhas e xícara com biqueira e a mamadeira já era conhecida na Grécia e na Itália 4000 a.C. (GRANT, 1968).

No contexto europeu, no século XVI, sabe-se que as mulheres amamentavam seus filhos. Já no século XVII, as crianças eram consideradas imperfeitas, oriundas do pecado original, portanto, não eram amamentadas por suas mães e sim por amas de leite que, por sua vez, além de amamentá-las, cuidavam dessas crianças em péssimas condições de sobrevivência. As mães que realizavam a prática de entregar seus filhos às amas estavam certas de que estavam fazendo o melhor para os seus filhos e para si, pois a prioridade eram as relações conjugais. No século XVIII, não há documentos que comprovam a prática de AM da época (BADINTER, 1985). Entretanto, nessa época, a proposição do AM natural com regras rígidas e somente quatro vezes ao dia, favoreceram as recomendações para o oferecimento do leite de vaca em substituição ao leite materno (REA,1990). Naquele período, o índice de mortalidade infantil aumentou consideravelmente. Em um contexto de várias transformações como a urbanização, com o início da implantação do sistema capitalista e a Revolução Francesa, o papel da mulher como mãe começou a ser defendido e a Europa começou a abandonar a prática de amas de leite. Naquele momento, mulheres e crianças foram o foco da atenção e de maneira estratégica, o saber científico da Medicina utilizou o AM e a alimentação infantil para produzir novos comportamentos na vida da mulher (KALIL; COSTA, 2012).

No começo do século XX, a institucionalização do nascimento e parto (que até então eram domiciliares) influenciou no AM, contribuindo para a introdução precoce de outros alimentos na dieta do bebê. A mulher passou a vivenciar um período de separação do seu filho, que ficava no berçário hospitalar e, com isso, o bebê não tinha suas necessidades satisfeitas, condicionando a complementação ou suplementação (VENÂNCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Ao longo do século XX, a mulher foi se afastando da função de nutriz, em razão da desvalorização da prática de amamentar pelos próprios profissionais de saúde, práticas hospitalares inadequadas principalmente no puerpério, pressões comerciais das indústrias de leite e produtos alimentícios (ISHISATO; SHIMO, 2002).

No início da década de 1960 até meados de 1973, o desmame precoce, associado a outros fatores como a má nutrição infantil, elevou a taxa de mortalidade infantil em até 45%

no Brasil (ZÜÑIGA; MONTEIRO, 1995). Vale lembrar, no âmbito internacional, a publicação do livro *The Baby Killer* em 1975 o qual tratou sobre a desnutrição e a promoção do aleitamento artificial nos países de terceiro mundo (MULLER, 1974).

Nesse contexto, o cenário internacional assistiu mais uma vez a um movimento de retomada ao AM, o que constituiu o argumento das ações do período que se segue aos dias atuais. No final da década de 1970, ocorre a Reunião Conjunta da OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena (1979), em Genebra. O encontro, que contou com representação do Brasil, teve como desdobramentos, entre outros, a decisão sobre a necessidade de se elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interferiam na amamentação. O código foi elaborado e aprovado em assembleia na OMS em maio de 1981 (OLIVEIRA, 2012; REA, 2003; VENÂNCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Assim, a partir de 1980, políticas públicas com foco específico na amamentação começam a ser desenvolvidas. No Brasil, foi criado, em 1981, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que reforçava a amamentação como um ato natural, instintivo, inato e biológico (REA, 2003).

No ano de 1983, foi publicada portaria tornando obrigatório o alojamento conjunto em todas as maternidades públicas e, em 1988, o país adaptou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e aprovou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL (BRASIL, 1999).

Em 1985, iniciou-se no Brasil a implantação da Rede de Bancos de Leite Humano e assim várias outras políticas foram implementadas: modificação na Constituição Brasileira em 1988, ampliando para 120 dias a licença-maternidade (atualmente ampliada para 180 dias em situações específicas) e garantindo ao pai o direito a cinco dias de licença-paternidade (MAIA et al., 2006).

Ainda no final dos anos 1980, a OMS e a UNICEF lançaram a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidade e nela definiram os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de *Innocenti* resultante de um encontro internacional promovido pela UNICEF e OMS na Itália com os objetivos de proteger, promover e apoiar o AM (SOUZA et al., 2011; TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009).

O Brasil formalizou o compromisso de fazer dos dez passos uma realidade nos hospitais do país. Em 1992, o país implementou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança

(IHAC) que contava com estratégias educativas que contemplam todo o ciclo gravídico-puerperal. Por meio dela, os hospitais deviam garantir condições às mulheres, tanto no hospital como fora dele, para continuarem o AME até os seis meses de vida do bebê (REA, 2003).

Ainda em 1992 destaca-se também, em nível internacional, a criação da Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA), que passa a coordenar uma importante atividade de promoção, intitulada Semana Mundial de Amamentação (SMAM) (JONES et al., 2003).

Além dessas políticas, em 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), recebendo em seguida investimentos do MS para aperfeiçoar e viabilizar a sua implementação em todo o país (HERNANDES; KOHLER; FALCÃO, 2007).

No ano 2000, o MS lançou a Norma de Humanização de Recém-Nascido de Baixo Peso (CHAGAS et al., 2011). Em 2004, o MS lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil e, em 2006, o Pacto pela Saúde em que, dentre as suas prioridades, estava a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2007d).

Alguns anos mais tarde, o MS lançou, em 2008, uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao AM na Atenção Básica, denominada Rede Amamenta Brasil, atualmente denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, após integração com a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), em 2011. A proposta alinhava-se com a Política de Educação Permanente, tendo como referencial a metodologia crítico-reflexiva, com foco na discussão das equipes de Atenção Básica sobre as implicações de seu processo de trabalho na promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2011b).

Em 2010, o MS criou a iniciativa para promoção da implantação de salas de apoio à amamentação em empresas, com o intuito de incentivar a continuidade da amamentação mesmo após o retorno da mulher ao trabalho (BRASIL, 2012b).

Frente a essa trajetória histórica e social apresentada, identifica-se que a amamentação constitui-se uma prática variável, dependente de interesses e valores sociais, políticos e econômicos de cada período e contexto. Os benefícios gerados pela amamentação, conforme recomendado pela OMS e MS brasileiro, são de extrema importância para o binômio mãe/filho. Nessa lógica, a mulher tornou-se alvo de investidas no sentido de moldar seus

desejos e comportamentos diante da função de amamentar (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011a).

A análise de como essa prática está sendo realizada pelas mães adolescentes e adultas, com foco na introdução precoce de alimentos da dieta da criança, se faz necessária, a fim de revelar as reais necessidades e individualidades dessas mulheres para manter ou não a prática do AM conforme recomendado. Além disso, na descrição da epidemiologia da amamentação, o primeiro e o quarto meses estão bem descritos, porém, existem lacunas com relação aos períodos críticos que influenciam a amamentação durante o acompanhamento dos primeiros meses de vida da criança. Considerando as diferentes experiências vivenciadas pelas mães adolescentes e adultas, é importante ressaltar também como a adolescência vem sendo abordada pelas políticas públicas no país, o que será apresentado a seguir.

1.3 Políticas públicas para adolescentes

Durante o período do Estado Novo (1937-1945), foi instituído no Brasil um programa que englobava a população adolescente e jovem: o programa de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011a). Todavia, apenas em 1970 surgiram no Brasil os primeiros serviços voltados especificadamente à população adolescente com caráter assistencial associado às universidades (DIAS; OLIVEIRA, 2009).

A década de 1980 foi marcada por muitas Organizações Não Governamentais (ONGs) e movimentos civis que buscavam sensibilizar a sociedade e o governo para incluírem o adolescente e o jovem nas políticas públicas e desmitificar a visão dos adolescentes vinculada à criminalização e violência (BRASIL, 2011a). Em 1989, um dos desdobramentos da 42ª Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, foi o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), instituído pelo MS como primeira política de saúde criada para esse público. Esse programa apresentou uma proposta de atenção integral que privilegiava a atenção primária, atendia e problematizava necessidades específicas dos adolescentes, como gravidez, infecções sexualmente transmissíveis, álcool e outras drogas. No entanto, o Programa foi marcado por desencontros, como a cobertura focalizada e a demanda espontânea (LEÃO, 2005; HORTA; SENNA, 2010).

A década de 1990 foi classificada como um marco histórico para as políticas públicas para os adolescentes, através da criação do ECA. O ECA, juntamente com os ordenamentos jurídicos da Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas de Saúde, proporcionaram a

criação e legitimação de um novo paradigma e compreensão do adolescente na sociedade baseado na proteção integral das crianças e adolescentes, garantindo-lhes o direito à proteção, à vida e à saúde (BRASIL, 1990).

Ainda na década de 1990, foi criado também o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), responsável pela implementação de Conselhos de Direito incumbido de definir a política de atendimento e controle do orçamento da criança e os Conselhos Tutelares com a tarefa de zelar para que as medidas de proteção, apoio e orientação às crianças e aos adolescentes fossem cumpridas pelos estados e municípios (BRASIL, 1991; PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

No período entre 1995 e 2002, houve um aumento das políticas públicas para adolescentes e jovens (HORTA; SENA, 2010). Com a descentralização e territorialização das ações e dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde do adolescente foi redirecionada para a atenção básica, em que foram utilizadas algumas das principais estratégias desse âmbito, entre elas o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LYRA et al., 2010).

Já em 2003, o Programa Bolsa Família (PBF), estabelecido pelo Governo Federal, atuou na promoção da saúde, beneficiando não apenas crianças e adolescentes, mas também as famílias carentes do Brasil. O programa visava a beneficiar a população mais vulnerável, transformar a sociedade e contribuir para a conquista da cidadania. Atuava também na saúde, buscando proporcionar qualidade de vida às famílias carentes, por meio da superação da fome e da pobreza (BRASIL, 2004; SOARES; SÁTYRO, 2009).

Em 2004, vários documentos foram elaborados, entre eles o texto “Políticas de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens” (LYRA et al., 2010). Nesse contexto, houve ainda a criação de ações por instituições que trabalhavam com adolescentes e jovens (Projeto Juventude do Instituto Cidadania), a Comissão de Políticas Públicas de Juventude da Câmara de Deputados (CEJUVENT) e o Grupo Interministerial de Juventude (BRENNER; LÂNES; CARRANO 2005). O Conselho Nacional de Juventude (CNJ) e a Política Nacional de Juventude (PNJ) do Governo Federal foram criados pela Secretaria Nacional da Juventude, em 2005, para promover as discussões sobre as políticas públicas de adolescentes e jovens. Tais órgãos procuraram sanar as lacunas existentes em relação à inclusão efetiva de jovens na criação, execução e avaliação das políticas públicas na área da saúde (HORTA; SENA, 2010; SILVA; SILVA, 2011).

Assim, esse processo de formulação e implementação de políticas para os adolescentes e jovens foi marcado por um debate complexo, envolvendo concepções sobre questões que eram consideradas demandas e problemas dessa população (HORTA; SENNA, 2010). Além disso, em 2005, seguindo na ideia de participação efetiva dos atores sociais, foram lançados o "Marco Legal da Saúde dos Adolescentes" (BRASIL, 2007a) e "Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde" (BRASIL, 2007a).

Em junho de 2006, o MS publicou a versão preliminar do "Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens" que problematizou a situação de grupos específicos de adolescentes. Todos esses movimentos convergiram para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens no ano de 2006 (LEÃO, 2005).

O governo brasileiro, ainda com o objetivo de proteger a criança e adolescente, instituiu em 2007 o Programa de Saúde na Escola (PSE) como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde. As ações foram direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento de crianças e jovens na rede pública de ensino (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013d).

A ocorrência da gravidez é uma situação que deve ser considerada na política de juventude no Brasil. A gestação na adolescência pode ser vivenciada de diversas formas a depender do período de vida em que ocorre, das relações familiares, da relação entre companheiros, das condições econômicas das famílias, da religião, ou seja, de diversos fatores, cuja relevância só poderá ser percebida e entendida se os adolescentes, principais sujeitos desse processo, forem escutados e considerados como indivíduos de direitos, capazes de tomar decisões sobre suas próprias vidas (BRASIL, 2013c). A maternidade no período da adolescência repercute no mundo todo e seu significado difere em diversas culturas e contextos. Para as políticas públicas representa um desafio já que pode provocar dificuldades econômicas, psicossociais e complicações obstétricas que envolvem a saúde da mãe e do bebê (FERREIRA et al., 2012). Para o poder público, o maior desafio é oferecer políticas eficazes com o propósito de evitar gestações indesejadas e conscientizar as adolescentes quanto à

importância de vivenciar uma sexualidade saudável e de fazer escolhas conscientes (CASTRO; AQUINO; ANDRADE, 2009).

Assim, apesar das bem formuladas políticas e diretrizes de atenção integral à saúde do adolescente, existem alguns obstáculos que devem ser considerados, especialmente da atenção básica, dentre os quais destacam-se: a escassez de recursos materiais, estrutura física inapropriada, falta de profissionais capacitados para o atendimento dos jovens e ausência de organização e gestão dos serviços (BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2011; RAPOSO 2009). Outros autores evidenciam que apesar do conhecimento já produzido sobre políticas públicas de juventude, não há políticas públicas específicas para os adolescentes no contexto nacional em relação à sexualidade e reprodução na adolescência (TEIXEIRA; SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Pode-se dizer, a partir dessa trajetória histórica, que houve certa dificuldade em concretizar e dar continuidade às políticas voltadas para o público adolescente e jovem, especialmente em relação às políticas de saúde sexual e reprodutiva. Destaca-se também a falta de incentivo à participação dessa população na construção, execução e avaliação dos programas, na medida em que os adolescentes ainda não são considerados como protagonistas de suas histórias nas políticas públicas (LEÃO, 2005).

Além disso, as políticas públicas destinadas aos jovens e adolescentes são caracterizadas por práticas profissionais verticalizadas, nas quais o saber técnico predomina sobre a compreensão integral do indivíduo. Essa postura coloca o adolescente que procura o serviço de saúde em uma posição de inferioridade e passividade (DIAS; OLIVEIRA, 2009; SANTOS; RESSEL, 2013). Nesse sentido, evidenciam-se as diversas dificuldades das adolescentes que se tornam mães em um cenário de políticas públicas que trabalham as vulnerabilidades e prevenção da gestação, porém não atendem as necessidades específicas quando a gestação e a maternidade ocorrem. Muitas vezes, os serviços públicos não conseguem assistir esse grupo durante a maternidade considerando suas individualidades, privando as adolescentes de uma assistência integral qualificada e diferenciada.

1.4 Humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal: impacto no aleitamento materno

As dificuldades iniciais no primeiro mês e a volta da mulher ao trabalho no quarto mês após o nascimento são fatores marcantes do desmame precoce. Além disso, ainda existem

lacunas na literatura científica referentes às necessidades específicas das mães adolescentes e adultas durante a amamentação e referentes ao acompanhamento dessas mulheres ao longo dos seis meses de vida da criança. Verifica-se, portanto, a necessidade de se compreender quais os motivos alegados pelas mães adolescentes e adultas para a introdução precoce de outros alimentos na dieta das crianças.

Considerar a humanização da assistência durante a amamentação é importante para que a mulher sinta-se segura, sabendo que não está sozinha e que pode solicitar ajuda quando necessário (ERKUL; YALÇIN; KILIÇ, 2010; MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010). Assim, este estudo foi subsidiado pelo referencial teórico da humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal no Brasil, considerando a amamentação como uma prática social no contexto da institucionalização do nascimento e parto.

O movimento de humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal no Brasil foi impulsionado na década de 1970, quando alguns profissionais começaram a oferecer assistência diferenciada às mulheres propondo o cuidado para além das práticas tecnicistas até então estabelecidas. Nesse período, o movimento de mulheres estruturou-se no país, juntamente com o movimento de profissionais da saúde, acadêmicos, entre outros, que se intensificaram no início dos anos 80, reivindicando o direito das mulheres de controlarem o próprio corpo. No mesmo período, havia intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, pela volta da democracia no Brasil (DINIZ, 2005).

Em 1984, o MS instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a finalidade de adotar uma nova perspectiva de atendimento e oferecer às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2007c). As reivindicações por mudanças continuaram e, ao longo das décadas que se seguiram, o MS brasileiro lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Em 2004, foram lançados o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que, apesar de não tratarem apenas de medidas de humanização no ciclo gravídico-puerperal, também as englobam. Desde então, várias ações voltadas para a humanização da assistência à mulher foram efetivadas no âmbito das políticas públicas (BRASIL, 2007c). Recentemente, em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha que visa a ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011c).

Vale ressaltar que, em 2015, ocorreu a 15° Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo

Brasileiro”. Dentre os assuntos abordados na conferência, a organização e a humanização nos serviços de saúde foram enfocados, com o intuito de atender as necessidades dos usuários e ampliar seu acesso. Uma das propostas foi conhecer as necessidades de saúde da população para a garantia adequada de serviços e ações de forma integral e humanizada, com qualidade e equidade no atendimento e em tempo oportuno (BRASIL, 2015b). Destaca-se também, nesse ano, a reformulação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) do Governo Federal, que fortalece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), aprovada em 2004. O PNPM reforça a luta pela consolidação dos direitos humanos das mulheres em todas as faces e dimensões, bem como transpor os obstáculos para a melhoria da saúde das mulheres brasileiras (BRASIL, 2013f).

Percebe-se, portanto, que o movimento de humanização se torna cada vez mais significativo na atualidade. Os programas e políticas na área de saúde da mulher estão baseados nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, nas recomendações da OMS e nas evidências científicas atuais. O conceito de atenção humanizada ao ciclo gravídico-puerperal é amplo, envolvendo um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes capazes de promover o parto e nascimento saudáveis e prevenir a morbimortalidade materna e infantil. A atenção humanizada inicia-se no pré-natal e procura garantir que os profissionais de saúde realizem procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e seu filho, evitando intervenções desnecessárias e que preserve a sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2007c, CASSIANO et al., 2015).

Além disso, a humanização configura-se como uma proposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado; estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo; político devido à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão (BARBOSA et al., 2013). Sobretudo, a humanização da atenção ao parto e nascimento acarreta o reconhecimento do usuário como sujeito proativo na produção da sua própria saúde. Assim, uma relação efetiva, nessa etapa, exige a produção de vínculo, a capacidade de escuta às solicitações apresentadas pela mulher e sua família e, ainda, a corresponsabilização pela promoção da saúde (MACHADO; PRAÇA, 2006; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Ao considerar a humanização da assistência durante a amamentação, este estudo visa a lançar luz sobre as particularidades da maternidade e amamentação na fase adulta e também na adolescência, o que justifica a realização desta pesquisa devido às lacunas na literatura científica já referidas anteriormente. A hipótese do presente estudo é que os motivos alegados pelas mães adolescentes para a introdução de outros alimentos na dieta da criança são diferentes dos motivos alegados pelas mães adultas. Este estudo tem a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde que atuam junto ao binômio mãe e filho, de forma a considerar as individualidades e necessidades específicas de adolescentes e adultas, contribuindo assim para a implementação de ações que favoreçam o aumento nas taxas de AM e a melhoria da saúde materna e infantil.

Objetivo

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os motivos alegados pelas mães para a introdução precoce de alimentos na dieta da criança.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as participantes de acordo com as características sociodemográficas e obstétricas;
- Verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo com 30, 90 e 180 dias entre mães adolescentes e adultas;
- Comparar o tempo médio de amamentação exclusiva entre os grupos de mães adolescentes e mães adultas;
- Identificar os motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança antes dos seis meses de vida, entre mães adolescentes e adultas;
- Verificar a existência de associação entre os motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança antes dos seis meses de vida e a idade materna (de acordo com os grupos de mães adolescentes e adultas).

Material e método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, observacional e analítico.

O estudo longitudinal refere-se à pesquisa na qual cada sujeito em estudo é observado em mais de uma ocasião, sendo feitas repetidas mensurações dos mesmos indivíduos em épocas aprazadas, com o objetivo de investigar variações globais ou individuais ao longo do tempo (PEREIRA, 2008). Sendo prospectivo, o estudo tem a conotação de seguimento do presente para o futuro. Os estudos observacionais caracterizam-se pela não intervenção do pesquisador na realidade, que apenas observa e registra as informações de seu interesse para análise posterior. As pesquisas analíticas estão subordinadas a uma ou mais questões científicas que relacionam eventos (PEREIRA, 2008).

3.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido na enfermaria da maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Franca, município do interior do Estado de São Paulo. Em 2014 a Santa Casa completou 117 anos e presta serviços à saúde da população desse município e região, sendo um complexo hospitalar de referência regional, composto por três unidades (Santa Casa, Hospital do Câncer e Hospital do Coração). Esse complexo atende todos os 22 municípios do DRS – VIII, com uma população de aproximadamente 645 mil habitantes. É uma instituição filantrópica e o único hospital de referência terciária do SUS da DRS – VIII. A maternidade da Santa Casa recebeu alguns títulos e certificações, como o título de Hospital Amigo da Criança em 2006, a 9ª Melhor Maternidade pelo governo do Estado de São Paulo em 2011, a Certificação Ouro para o Banco de Leite Humano em 2014, dentre outras. A maternidade da Santa Casa de Franca conta com 42 leitos e o número de partos assistidos na maternidade é de aproximadamente 300 por mês (SANTA CASA DE FRANCA, 2014).

3.3 População e amostra

A população de referência foi constituída por todas as mulheres adolescentes e adultas no período pós-parto admitidas na enfermaria da maternidade da Santa Casa de Franca. O cálculo amostral foi realizado com informações do Relatório Anual de Enfermagem da Santa Casa de 2015 (SANTA CASA DE FRANCA, 2015), baseado no acompanhamento longitudinal mensal das unidades amostrais selecionadas para os grupos de adolescentes e adultas. Considerou-se erro amostral tolerável de 5%, nível de confiança de 95%, perda prevista de 10% e os grupos de adolescentes e adultas, de acordo com o cálculo amostral. Assim, a amostra final foi de 545 participantes, sendo 103 adolescentes e 442 adultas.

As puérperas foram selecionadas, seguindo os critérios de inclusão de acordo com a definição de adolescentes estabelecida pela OMS determinada pelo período da vida dos dez até aos 19 anos (WHO, 2014):

- puérperas adultas e adolescentes com bebês que estavam em condições físicas para amamentar;
- puérperas adultas e adolescentes que tiverem filhos com idade gestacional a termo e que não necessitaram de cuidados especiais na amamentação;
- puérperas adultas e adolescentes que estavam acompanhadas pelos seus filhos no alojamento conjunto;
- puérperas adultas e adolescentes que tinham no mínimo vinte e quatro horas de pós-parto.

Os critérios de exclusão foram:

- puérperas adultas e adolescentes ou bebês que apresentaram patologias ou intercorrências que impediram o aleitamento materno;
- puérperas adultas e adolescentes com deficiência auditiva, visual ou cognitiva;
- puérperas adultas e adolescentes desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa.

A Figura 1 apresenta um fluxograma relacionado à seleção da amostra.

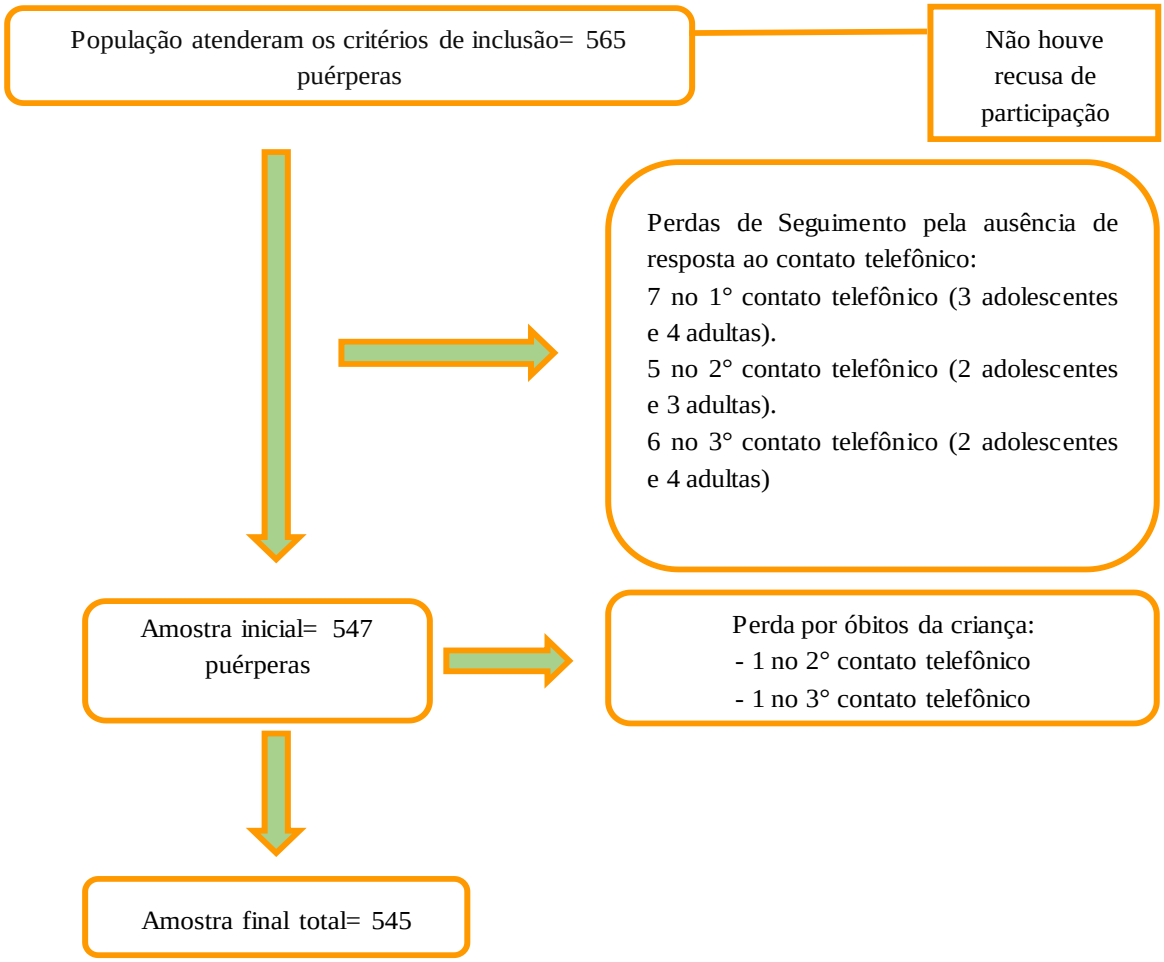

Figura 1 - Fluxograma descritivo dos processos de seleção da amostra deste estudo. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Fonte: Elaborado pela autora.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a outubro de 2017. As puérperas que foram admitidas no serviço referido e preencheram os critérios estabelecidos foram convidadas a participar do estudo, sendo esclarecidas sobre o mesmo. Após terem ciência da pesquisa e dos aspectos éticos, as puérperas adultas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). As puérperas adolescentes que aceitaram participar assinaram o Termo de Assentimento (Apêndice B), sendo que foi solicitada a autorização do seu responsável legal que também assinou um TCLE (Apêndice C) autorizando a participação da adolescente.

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento (Apêndice D) foi construído pela pesquisadora e orientadora especificamente para este estudo e contempla os dados de identificação e as características sociodemográficas, obstétricas e de amamentação das participantes.

O segundo instrumento (Apêndice E) versa sobre o tipo de amamentação oferecida à criança, que foi analisado segundo as definições do MS brasileiro, que contemplam: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, aleitamento materno, aleitamento materno complementado, aleitamento materno misto ou parcial (BRASIL, 2015a), além do desmame. Além disso, o instrumento contempla também: os procedimentos no manejo da amamentação: a frequência, duração e intervalo entre as mamadas; a percepção materna quanto ao esvaziamento das mamas; satisfação da criança após a mamada; intercorrências durante a prática da amamentação e percepção do leite produzido. O segundo instrumento proposto foi adaptado a partir do questionário desenvolvido por Silva (2007) e utilizado por Monteiro e colaboradores (2011b) e Reis e colaboradores (2010).

O primeiro instrumento de coleta de dados foi utilizado na enfermaria da maternidade da Santa Casa com puérperas que tinham no mínimo vinte e quatro horas de pós-parto, respeitando-se esse período para que pudessem descansar, alimentar-se e realizar higiene corporal.

O segundo instrumento de coleta de dados foi utilizado por meio de contato via telefone, em 30, 90 e 180 dias após o parto, a fim de identificar a alimentação oferecida à criança pela puérpera. O contato telefônico foi realizado de acordo com as informações de contato fornecidas pelas participantes durante a aplicação do primeiro instrumento de coleta de dados. Nos casos em que a participante não foi encontrada, foram realizadas até três tentativas em dias e horários diferentes antes de ser excluída da pesquisa.

É importante salientar que foi realizado um estudo piloto com a finalidade de definir a operacionalização da coleta de dados. O estudo piloto permitiu a identificação dos horários mais adequados para a coleta de dados, a adequação do espaço físico e a melhor forma de abordar a puérpera, para que fossem realizados ajustes antes da coleta definitiva. O estudo piloto foi realizado no mesmo serviço e utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e as participantes também assinaram o TCLE.

3.5 Variáveis do estudo

As variáveis abordadas pelos instrumentos de coleta de dados foram:

- Variável dependente:

Introdução precoce de alimentos (antes dos seis meses de vida) na dieta das crianças (sim ou não).

- Variáveis independentes:

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas da participante:

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Cor autorreferida pelas puérperas: branca, preta, amarela, parda e vermelha;
- Escolaridade: analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação;
- Interferência da gestação nos estudos: se as puérperas interromperam os estudos precocemente devido à gestação;
- Religião: tem alguma religião, acredita em Deus, mas não segue uma religião, não tem nenhuma religião;
- Ocupação da participante: realiza trabalho remunerado fora do lar, não realiza trabalho remunerado fora do lar;
- Estado civil da participante: solteira, casada, amasiada, separada/divorciada;
- Condição de moradia da participante: própria, alugada, emprestada, invadida, outra;
- Renda familiar em salários mínimos;
- Ajuda de alguém nos cuidados com o bebê: sim ou não;
- Quem ajudará com os cuidados com o bebê: marido/companheiro, mãe, sogra, outro familiar, amiga, outro, não se aplica (não terá ajuda).

Variáveis relacionadas às características obstétricas:

- Número de gestações;
- Número de partos;
- Número de abortos;
- Número de filhos vivos;
- Gestação atual foi planejada: sim ou não;
- Idade gestacional que iniciou as consultas de pré-natal em semanas;
- Número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação;
- Intercorrências na gestação atual: sim ou não;

- Tipos de intercorrências na gestação;
- Tipo de parto: normal, cesárea ou fórceps;
- Intercorrências no trabalho de parto e/ou parto: sim ou não;
- Tipo de intercorrências no trabalho de parto e/ou parto;
- Intercorrências no pós-parto: sim ou não;
- Tipos de intercorrências no pós-parto.

Variáveis neonatais:

- Sexo do recém-nascido: feminino ou masculino;
- Peso do recém-nascido em gramas;
- Realização de amamentação na primeira hora de vida: sim, não ou não sabe;
- Tipo de aleitamento no momento da coleta de dados: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante (leite materno oferecido com água ou bebidas à base de água), aleitamento materno (leite materno, independentemente de receber outros alimentos ou não), aleitamento materno complementado (leite materno oferecido com outros alimentos sólidos ou semissólidos), aleitamento materno misto ou parcial (leite materno e outros tipos de leite), ou não estava amamentando (BRASIL, 2015a).

Variáveis relacionadas à amamentação / alimentação da criança: (Busca fonada com 30, 90 ou 180 dias)

- amamentação com leite do peito: sim ou não;
- se a criança não estiver sendo amamentada, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água chá, outro leite ou alimento) em dias; ou não se aplica (está amamentando);
- leite materno como único alimento oferecido: sim ou não;
- se o leite materno não for o único oferecido, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água chá, outro leite ou alimento) em dias; ou não se aplica (está amamentando);
- outro alimento ou líquido que está sendo oferecido para a criança: tipo de alimento, quando iniciou em dias de vida da criança, frequência de oferecimento por dia
- motivos alegados pela mulher para a introdução precoce do alimento na dieta da criança, que foram classificados da seguinte maneira:

- Motivos para introdução da água:

• Relacionado à criança: hidratação da criança, alívio de cólicas ou soluços;

- Relacionado à mulher/mãe: a mulher quis oferecer;
- Relacionados a outros fatores (médico/familiar): prescrição médica e/ou orientação familiar;

- Motivos para introdução do chá:
- Relacionado à criança: alívio de cólicas ou choro do bebê
- Relacionado à mulher mãe: a mulher quis oferecer;
- Relacionado a outros (médico/família): prescrição médica e/ou orientação familiar.

- Motivos para introdução do suco:
- Relacionado à criança: para aumento de peso do bebê;
- Relacionado à mulher/mãe: a mulher quis oferecer, retornou ao trabalho, ou seu leite não sustentava a criança;
- Relacionado a outros (médico/familiar): prescrição médica e/ou orientação familiar.

- Motivos para introdução de outro leite:
- Relacionado à criança: bebê não estava ganhando peso;
- Relacionado à mulher/mãe: a mulher quis oferecer, seu leite não sustentava a criança (pouco leite, leite secou), intercorrências puerperal e mamárias (infecção puerperal, trauma/dor mamilar, mastite, candidíase mamária, técnicas de amamentação), retornou ao trabalho, retornou aos estudos.
- Relacionado a outros (médico/familiar): prescrição médica e/ou orientação familiar.

- Motivos para introdução da fruta e/ou papa:
- Relacionado à criança: bebê não estava ganhando peso;
- Relacionado à mulher/mãe: a mulher quis oferecer, seu leite não sustentava a criança (pouco leite, leite secou), retornou ao trabalho, retornou aos estudos.
- Relacionado a outros (médico/familiar): prescrição médica e/ou orientação familiar.

3.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, o que possibilitou a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação destes. Foram analisados com a utilização do programa estatístico R - versão 3.4.2 (R CORE TEAM, 2017).

Para caracterizar a amostra, a análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva: para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas; para as variáveis quantitativas foram utilizadas médias e medianas, desvios-padrão (DP), mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Para a análise de relação das variáveis foram utilizados os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher e, para análise de comparação das variáveis, utilizado o teste de Mann-Withney.

Para todas as análises estatísticas, foram considerados significativos valores de *p* menores que 0,05.

3.7 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, o projeto foi encaminhado à Santa Casa de Misericórdia de Franca para autorização e, posteriormente, aceito para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP. (Anexo A).

A pesquisa poderia gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta durante a entrevista na instituição ou pelo contato telefônico. A pesquisadora esteve à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicar a importância das entrevistas, o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade, embora essa demanda não tenha ocorrido.

Todas as despesas do estudo, relacionadas com material de consumo, ligações telefônicas, transporte e outras, foram financiadas pela pesquisadora responsável e orientadora do projeto, isentando as instituições envolvidas e as puérperas participantes do estudo de qualquer responsabilidade em relação aos itens a serem financiados.

Resultados

4 RESULTADOS

4. 1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes

Fizeram parte deste estudo 545 puérperas, dentre as quais 103 adolescentes e 442 adultas. Entre as adolescentes, a média de idade foi de 17,35 anos (DP = 1,52) e a média de idade entre as adultas foi de 27,54 anos (DP = 5,02). As adolescentes participantes do estudo corresponderam a 18,3% da amostra total, sendo uma amostra representativa da clientela atendida da Santa Casa de Misericórdia de Franca, que conta com 15% de adolescentes (SANTA CASA DE FRANCA, 2015).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das participantes do estudo quanto as variáveis: idade, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, estado marital, moradia, renda familiar e recebimento de auxílio nos cuidados com o bebê.

Em relação à cor autorreferida, a cor parda foi mencionada por 50,5% das adolescentes e a cor branca foi declarada por 47,1% das adultas. Analisando a amostra total, 44,2% das puérperas também referiram ser de cor branca. No que se refere à escolaridade, a maioria das adolescentes (53,4%) realizou o Ensino Médio incompleto; entre as adultas, 45,5% realizaram o Ensino Médio completo e, no total da amostra, 40,9% realizaram o Ensino Médio completo. A maioria das adolescentes (54,4%) parou de estudar devido à gestação, o que foi diferente entre as adultas, pois 89,8% não pararam de estudar devido à gestação.

Com relação à religião, tanto as adolescentes (77,7%), quanto às adultas (87,6%) em sua maioria possuíam algum tipo de religião. Quanto à ocupação, a maioria das adolescentes (76,7%) não realizava trabalho remunerado fora do lar; entre as adultas, verificou-se que 52,5% realizava trabalho remunerado fora do lar. No que se refere à renda familiar mensal, a média entre as adolescentes foi de 1.649 reais (DP = 988 reais); entre as adultas, essa média foi de 2.086 reais (DP = 986 reais).

No que diz respeito ao estado marital, a maioria das adolescentes referiu ser solteira (55,3%), enquanto a maior porcentagem de adultas declarou ser amasiada (42,5%). A maior porcentagem das participantes (45,9%) referiu residir em casa alugada.

As participantes foram questionadas quanto ao auxílio nos cuidados com o bebê, 99,0% das adolescentes (n = 102) relataram que teriam algum tipo de ajuda e entre as adultas

(n = 419); a maioria 94,8% também afirmou que teria ajuda para cuidar do bebê. Entre as adolescentes, 64,7% (n = 66) referiram que teriam a ajuda da mãe e, entre as adultas, 53,3% (n = 221) referiram que a mãe era a primeira pessoa que ajudaria em relação aos cuidados com o bebê.

Tabela 1 - Distribuição das participantes do estudo segundo idade, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, estado marital, moradia, auxílio nos cuidados com o bebê e renda familiar em salários mínimos de R$ 890,0. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Idade (anos)	**Adolescente (n = 103)**		**Adulta (n = 442)**			
Média	17,35 (DP = 1,52)		27,54 (DP = 5,88)			
Mediana	17,00		26,00			
Mínimo	13,00		20,00			
Máximo	19,00		44,00			
	Adolescente (n = 103)		**Adulta (n = 442)**		**Total (n = 545)**	
	Frequência	**%**	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
Cor autorreferida						
Branca	33	32,0	208	47,1	241	44,2
Negra	12	11,7	56	12,7	68	12,5
Amarela	6	5,8	16	3,6	22	4,0
Parda	52	50,5	161	36,4	213	39,1
Vermelha	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Escolaridade						
Fundamental Incompleto	11	10,7	42	9,5	53	9,7
Fundamental Completo	15	14,6	47	10,6	62	11,4
Médio Incompleto	55	53,4	118	26,7	173	31,7
Médio Completo	22	21,4	101	45,5	223	40,9
Superior Incompleto	0	0	19	4,3	19	3,5
Superior Completo	0	0	14	3,2	14	2,6
Pós-graduada	0	0	1	0,2	1	0,2
Parou de estudar devido à gestação						
Sim	56	54,4	45	10,2	101	18,5
Não	47	45,6	397	89,8	444	81,5
Religião						
Tem alguma religião	80	77,7	387	87,6	487	85,7
Crê em Deus, mas não tem religião	20	19,4	53	12,0	73	13,4
Agnóstico / ateu	3	2,9	2	0,5	5	0,9
Ocupação						
Realiza trabalho remunerado fora do lar	24	23,3	232	52,5	256	47,0
Não realiza trabalho remunerado fora do lar	79	76,7	210	47,5	289	53,0

Continua

Continuação

Estado Marital						
Solteira	57	55,3	72	16,3	129	23,7
Casada	14	13,6	172	38,9	186	34,1
Amasiada	31	30,1	188	42,5	219	40,2
Separada/divorciada	1	1,0	8	1,8	9	1,7
Outra	0	0,0	2	0,5	2	0,5
Condição de Moradia						
Própria	47	45,6	197	44,6	244	44,8
Alugada	52	50,5	198	44,8	250	45,9
Emprestada	4	3,9	47	10,6	51	9,4
Auxílio nos cuidados com o bebê						
Sim	102	99,0	419	94,8	521	95,6
Não	1	1,0	23	5,2	24	4,4
Ajuda de quem						
Marido/companheiro	14	13,7	67	16,1	81	15,7
Mãe	66	64,7	221	53,3	287	55,5
Sogra	9	8,8	57	13,7	66	12,8
Outro familiar	11	10,8	59	14,2	70	13,5
Amiga	0	0,0	1	O,2	1	0,2
Outro	2	2,0	10	2,4	12	2,3
Renda Familiar em reais	**Adolescente (n = 72)**			**Adulta (n = 402)**		
Média	1649 (DP = 988)			2086 (DP = 986)		
Mediana	1400			2000		
Mínimo	248			200		
Máximo	6000			6800		

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando as características obstétricas, na Tabela 2 pode-se observar a distribuição das puérperas quanto ao número de gestações, parto, aborto e de filhos vivos, idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas de pré-natal.

No que concerne ao número de gestações, as adolescentes apresentaram uma média de 1,31 (DP = 0,54) e a as adultas uma média de 2,44 (DP = 1,45). Quanto ao número de partos as adolescentes tiveram uma média de 1,2 (DP = 0,49) e as adultas uma média de 2,44 (DP = 1,45) partos. Os abortos foram mencionados por média de 1,11 (DP = 0,33) entre as adolescentes e de 1,13 (DP = 0,48) entre as adultas. A média de filhos vivos entre as adolescentes foi de 1,19 (DP = 0,44) e, entre as adultas, de 2,23 (DP = 1,27). Quando questionadas sobre a idade gestacional no início do pré-natal e o número de consultas de pré-natal, a média encontrada foi de 16,81 semanas (DP = 6,84) para início desse acompanhamento e média de 6,73 consultas (DP = 2,44) entre as adolescentes e de 14,50 semanas (DP = 6,68) e 7,73 consultas (DP = 2,30) entre as adultas.

Além disso, com referência ao planejamento da gestação, a maioria das participantes não tinha realizado esse planejamento (70,3%). Apenas 14,6% das adolescentes e 32,9% das adultas tinham planejado a gestação.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas quanto ao número de gestações, parto aborto e de filhos vivos, idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas de pré-natal. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Número de gestações	**Adolescente (n = 103)**	**Adulta (n = 442)**
Média	1,31 (DP = 0,54)	2,44 (DP = 1,45)
Mediana	1,00	2,00
Mínimo	1	1
Máximo	4	13
Número de partos	**Adolescente (n = 103)**	**Adulta (n = 442)**
Média	1,2 (DP = 0,49)	2,26 (DP = 1,30)
Mediana	1,00	2,00
Mínimo	1	1
Máximo	4	11
Número de abortos	**Adolescente (n = 9)**	**Adulta (n = 68)**
Média	1,11 (DP = 0,33)	1,13 (DP = 0,48)
Mediana	1,00	1,00
Mínimo	1	0
Máximo	2	3
Número de filhos vivos	**Adolescente (n = 103)**	**Adulta (n = 442)**
Média	1,19 (DP = 0,44)	2,23 (DP = 1,27)
Mediana	1,00	2,00
Mínimo	1	1
Máximo	3	11
Idade gestacional no início do pré-natal	**Adolescente (n = 100)**	**Adulta (n = 427)**
Média	16,81 (DP = 6,84)	14,50 (DP = 6,68)
Mediana	15,00	13,00
Mínimo	1	1
Máximo	34	40
Número de consultas pré-natal	**Adolescente (n = 100)**	**Adulta (n = 433)**
Média	6,73 (DP = 2,44)	7,73 (DP = 2,30)
Mediana	6,50	8,00
Mínimo	1	1
Máximo	12	17

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 3 apresenta a frequência de intercorrências na gestação, no trabalho de parto e parto e no pós-parto imediato e os tipos de parto.

Do total de participantes, 44,0% apresentaram algum tipo de intercorrência durante a gestação. Entre as adolescentes as intercorrências mais comuns na gestação (n = 45) foram:

infecção do trato urinário (ITU) (65,9%), sífilis (6,8%), HAS e ITU (6,8%), apenas HAS (4,5%), uma adolescente apresentou hipotireoidismo (2,3%), uma anemia (2,3%) e uma apresentou perda de líquido e ITU (2,3%). Entre as adultas que apresentaram intercorrência na gestação (n = 195), a maioria apresentou ITU (51,8%), seguida por HAS (8,8%), diabetes gestacional (5,7%), diabetes gestacional e HAS (4,7%), hipotireoidismo (2,6%), anemia e ITU (2,6%), candidíase (2,6%), sangramento e ITU (2,1%) e HAS e ITU (2,1%). Além disso, as participantes adultas também citaram como intercorrências do Papilomavírus Humano (HPV) (1,6%), sangramento e polidrâmnio (1,6%), oligodrâmnio (1,0%), anemia (1,0%), diabetes gestacional e ITU (1,0%), dentre outras intercorrências. Nota-se que algumas puérperas, tanto adolescentes como adultas, referiram algumas vezes duas intercorrências simultâneas e, na maioria delas, acompanhada da ITU.

A maioria das puérperas entrevistadas teve cesárea (55,0%): entre as adolescentes, a maioria (51,5%) teve parto normal e entre as adultas a maioria (56,5%) teve cesárea.

As intercorrências durante o trabalho de parto e/ou parto foram de 5,8% entre as adolescentes (n = 6) tais como mecônio com (33,3%), HAS (33,0%), sangramento aumentado (16,7%) e parada no trabalho de parto (16,7%). Com relação às adultas, observou-se que 10,4% (n = 46), apresentou algum tipo de intercorrência: 23,9% apresentaram sangramento, 23,9% apresentou mecônio intraútero, seguido de HAS (10,9%), dispneia com uso de oxigênio (8,7%), circular de cordão (6,5%), sofrimento fetal (6,5%), entre outras intercorrências.

Com relação ao pós-parto imediato, 35,2% da amostra total apresentou algum tipo de intercorrência. Quanto às adolescentes (n = 37), 41,7% referiram trauma e dor mamilar, 25,0% das intercorrências foram relacionadas ao recém-nascido em fototerapia e 16,7% foi a dificuldade de pega. Entre as adultas (n = 155), as principais intercorrências também foram trauma e dor mamilar (47,7%), seguido dificuldade de pega (16,6%) e RN em fototerapia (19,0%).

Tabela 3 - Distribuição das puérperas quanto à intercorrências na gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, e quanto ao tipo de parto. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

	Adolescente (n = 103)		**Adulta (n = 442)**		**Total (n = 545)**	
	Frequência	**%**	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
Intercorrências na gestação						
Sim	45	43,7	195	44,1	240	44,0
Não	58	56,3	247	55,9	305	56,0
Intercorrências no trabalho de parto e/ou parto						
Sim	6	5,8	46	10,4	52	9,6
Não	97	94,2	396	89,6	493	90,4
Tipo de parto						
Normal	53	51,5	191	43,3	244	44,9
Cesárea	50	48,5	250	56,5	300	55,0
Fórceps	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Intercorrências no pós-parto						
Sim	37	35,9	155	35,1	192	35,2
Não	66	64,1	287	64,9	353	64,8

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos filhos das participantes quanto ao sexo e ao peso ao nascer. Verifica-se que 52,8% dos filhos das participantes eram do sexo feminino e 47,2% eram do sexo masculino. Em relação ao peso dos bebês ao nascimento, entre as adolescentes a média foi de 3.089 gramas (DP = 406,23) e entre as adultas a média foi de 3.397 gramas (DP = 462,70).

Tabela 4 - Distribuição dos neonatos, filhos das participantes quanto ao sexo e peso ao nascer. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

	Adolescente (n = 103)		**Adulta (n = 442)**		**Total (n = 545)**	
	Frequência	**%**	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
Sexo da criança						
Feminino	52	50,5	236	53,4	288	52,8
Masculino	51	49,5	206	46,6	257	47,2
Peso do RN ao nascimento (em gramas)	**Adolescente (n = 103)**		**Adulta (n = 442)**			
Média	3.089 (DP = 406,23)		3,197 (DP = 462,70)			
Mediana	3.135		3.170			
Mínimo	1.940		2.165			
Máximo	4.065		4.630			

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 5 mostra a distribuição de puérperas em relação à amamentação na primeira hora de vida e ao tipo de AM no momento da coleta de dados. A maioria das adolescentes (94,2%) e das adultas (86,7%) afirmou ter amamentado seu bebê na primeira hora após o parto. No momento da coleta de dados, a maioria também estava realizando AME.

Tabela 5 - Distribuição das puérperas quanto à ocorrência da amamentação na primeira hora de vida e o tipo de aleitamento materno. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

	Adolescente (n = 103)		**Adulta (n = 442)**		**Total (n = 545)**	
	Frequência	**%**	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**
Amamentação na primeira hora de vida						
Sim	97	94,2	383	86,7	480	88,1
Não	6	5,8	56	12,7	62	11,4
Não soube responder	0	0	3	0,7	3	0,6
Tipo de AM na coleta de dados						
AM exclusive	91	88,3	403	91,2	494	90,6
AM predominante	2	1,9	1	0,2	3	0,6
AM misto ou parcial	10	9,7	38	8,6	48	8,8

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Prevalências do aleitamento materno exclusivo

O presente estudo verificou a realização do AME entre as adolescentes e as adultas em três momentos de análise: 30, 90 e 180 dias pós-parto. Esses dados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo em 30, 90 e 180 dias pós-parto. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

	Adolescente (n = 103)		**Adulta (n = 442)**		**Total (n = 545)**		***p-valor****
	Frequência	**%**	**Frequência**	**%**	**Frequência**	**%**	
AME (30 dias pós-parto)							
Sim	50	48,5	270	61,1	320	58,7	**0,004**
Não	46	44,7	125	28,3	171	31,4	
Desmame precoce	7	6,8	47	10,6	54	9,9	

Continua

Continuação

AME (90 dias pós-parto)							
Sim	22	21,4	180	40,7	202	37,1	**0,000**
Não	64	62,1	183	41,4	247	45,3	
Desmame precoce	17	16,5	79	17,9	96	17,6	
AME (180 dias pós - parto)							
Sim	11	10,7	71	16,1	82	15,0	0,200
Não	59	57,3	233	52,7	292	53,6	
Desmame precoce	33	32,0	138	31,2	171	31,4	

*Teste Qui- Quadrado
Fonte: Elaborado pela autora.

Aos 30 dias pós-parto, 48,5% das adolescentes e 61,1% das adultas estavam amamentando exclusivamente, sendo esse resultado estatisticamente significativa (p = 0,004). Com 90 dias de pós-parto, 21,4% das adolescentes e 40,7 % das adultas estavam amamentando exclusivamente, resultado que também foi estatisticamente significativo (p = 0,000). Aos 180 dias, entre as adolescentes, 10,7% estavam em AME e, entre as adultas, 16,1% amamentavam seus bebês exclusivamente. Dessa forma, pode-se verificar que não houve resultado estatístico significativo (p = 0,200).

A Tabela 7 apresenta o tempo médio final em dias de AME das adolescentes e das adultas. Entre as adolescentes, o tempo médio final foi de 61,83 dias (DP = 58,58) e, entre as adultas, de 83,65 dias (DP = 64,56). Verificou-se diferença estatisticamente significativa, com valor de (p = 0,03), ou seja, as mães adolescentes amamentam seus bebês exclusivamente por menos dias quando comparadas às mães adultas.

Tabela 7 - Tempo médio final de aleitamento materno exclusivo em dias entre adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Tempo de aleitamento materno exclusivo	**Adolescente (n = 103)**	**Adulta (n = 442)**	***p-valor****
Média	61,83 (DP = 58,58)	83,65 (DP = 64,56)	**0,03**
Mediana	30,00	70,00	
Mínimo	1	1	
Máximo	180	180	

* Teste de Mann-Withney
Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Motivos alegados pelas mães para introdução precoce de outros alimentos na dieta das crianças

Para verificar a associação dos motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 30, 90 e 180 dias, entre mães adolescentes e adultas, foi realizado o Teste de Fisher, considerando os valores significativos de $p < 0,05$.

Na Tabela 8 estão apresentados os motivos alegados para introdução precoce de alimentos na dieta das crianças com 30 dias de vida entre mães adolescentes a adultas. Em relação ao oferecimento de água, os principais motivos alegados pelas adolescentes foram relacionados à prescrição médica e/ou orientação da família (58,1%) e, entre as adultas, os principais motivos foram relacionados à criança (58,1%). Esse resultado, no entanto, não foi estatisticamente significativo ($p = 0,08$).

No que se refere à introdução de chá, 55,2% das adolescentes também relataram que os motivos foram relacionados ao médico e/ou à família e 80,9% das adultas declararam que foram relacionados à criança. Percebe-se, portanto, uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,001$), ou seja, as adolescentes seguem as orientações de outras pessoas e as mães adultas observam o comportamento da criança para o oferecimento de chá.

A introdução de suco não foi citada nem por mães adolescentes e nem por mães adultas e no que concerne à existência de outro leite, não houve resultado estatístico significativo quando comparados os motivos alegados entre as mães adolescentes e as adultas.

Tabela 8 - Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 30 dias, entre mães adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Motivos	**Adolescentes n (%)**	**Adultas n (%)**	***p-valor****
Introdução da água			
Relacionados à criança	13 (41,9)	25 (58,1)	0,080
Relacionados à mulher/mãe	0 (0,0)	3 (7,0)	
Outros (médico/família)	18 (58,1)	15 (34,9)	
Introdução da chá			
Relacionados à criança	13 (44,8)	55 (80,9)	**0,001****
Relacionados à mulher/mãe	-	-	-
Outros (médico/família)	16 (55,2)	13 (19,1)	
Introdução da leite			
Relacionados à criança	1 (4,0)	8 (7,4)	1,0
Relacionados à mulher/mãe	18 (72,0)	76(70,4)	
Outros (médico/família)	6 (24,0)	24(22,2)	

* Teste Exato de Fisher
** Teste Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 9 apresenta os resultados obtidos em relação à associação dos motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 90 dias de vida, entre mães adolescentes e adultas. Com referência à introdução de água, as adolescentes alegaram a prescrição médica e/ou orientação da família (45,3%) e a maioria das adultas (68,0%) alegou motivos relacionados à criança. Dessa forma, pode-se verificar, portanto, que houve associação estatisticamente significativa (p = 0,004). No que diz respeito à introdução de chá, 63,2% das adolescentes apontaram como motivos prescrição médica e/ou orientação da família e 83,0% das adultas apontaram motivos relacionadas à criança (p = 0,000). Portanto, os motivos alegados pelas mães adolescentes e adultas para introdução de água e chá com 90 dias de vida, apresentaram resultados estatisticamente significativos, comprovando que mães adultas e adolescentes justificam diferentes motivos para a introdução da água e do chá.

Em relação à introdução de suco, leite e papas e frutas, os resultados verificados não foram estatisticamente significativos.

Tabela 9 - Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 90 dias, entre mães adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Motivos	**Adolescentes n (%)**	**Adultas n (%)**	***p*-valor***
Introdução da água			
Relacionados à criança	29 (45,3)	100 (68,0)	**0,004**
Relacionados à mulher/mãe	2 (3,1)	5 (3,4)	

Outros (médico/família)	33 (51,6)	42 (28,6)	
Introdução da chá			
Relacionados à criança	7 (36,8)	44 (83,0)	**0,000****
Relacionados à mulher/mãe	-	-	
Outros (médico/família)	12 (63,2)	9 (17,0)	
Introdução da suco			
Relacionados à criança			
Relacionados à mulher/mãe	0 (0,0)	1 (33,3)	1,000
Outros (medico/familia)	3 (100,0)	2 (66,7)	
Introdução da leite			
Relacionados à criança	1 (2,9)	6 (4,1)	0,184
Relacionados à mulher/mãe	25 (73,5)	122 (84,1)	
Outros (médico/família)	8 (23,5)	17 (11,7)	
Introdução da papa ou fruta			
Relacionados à criança			
Relacionados à mulher/mãe	0 (0,0)	2 (40,0)	1,000
Outros (médico/família)	2 (100)	3 (60,0)	

*Teste Exato de Fisher
** Teste Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 10 apresenta os motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 180 dias de vida, entre mães adolescentes e adultas. Verifica-se que, para a introdução de água, chá, suco e fruta ou papa, não houve resultado estatisticamente significativo, sendo obtidos valores de p = 0,266, p = 1,000, p = 1,000 e p = 0,890 respectivamente. Porém, quanto à introdução de leite observou-se uma associação estatisticamente significativa (p = 0,03), mostrando que as adolescentes e adultas referem motivos relacionados a elas mesmas para realizar essa introdução.

Tabela 10 - Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta da criança com 180 dias, entre mães adolescentes e adultas. Franca, São Paulo, Brasil, 2016.

Motivos	**Adolescentes n (%)**	**Adultas n (%)**	***p*-valor***
Introdução da água			
Relacionados à criança	28 (45,2)	98 (50,5)	0,266
Relacionados à mulher/mãe	4 (6,5)	23(11,9)	
Outros (médico/família)	30 (48,4)	73 (37,6)	
Introdução da chá			
Relacionados à criança	0 (0,0)	1 (100)	1,000
Relacionados à mulher/mãe	-	-	
Outros (médico/família)	1 (100)	0 (0,0)	
Introdução da suco			
Relacionados à criança	0 (0,0)	2 (1,9)	1,000
Relacionados à mulher/mãe	7 (30,4)	30 (28,6)	
Outros (médico/família)	16 (69,6)	73 (69,5)	
Introdução do leite			

Relacionados à criança	1 (2,9)	4 (2,5)	**0,030**
Relacionados à mulher/mãe	22 (62,9)	132 (82,0)	
Outros (médico/família)	12 (34,3)	25 (15,5)	
Introdução da fruta ou papa			
Relacionados à criança	1 (2,1)	7 (3,3)	0,890
Relacionados à mulher/mãe	16 (33,3)	67 (32,1)	
Outros (médico/família)	31 (64,6)	135 (64,6)	

*Teste Exato de Fisher
Fonte: Elaborado pela autora.

Sintetizando, em 30 dias, os motivos para introdução do chá entre adolescentes está associado com a orientação de outra pessoa (médico e/ou familiar) e entre as adultas está associado com características apresentadas pelo bebê. Com 90 dias, para a introdução de água e de chá, a prescrição médica e/ou a orientação da família foram os principais motivos alegados pelas mães adolescentes; já as adultas alegaram motivos relacionados à criança. Com 180 dias, mães adolescentes e adultas referiram o mesmo motivo para introdução de outro leite, ou seja, motivos relacionados à mulher/ mãe.

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das participantes do estudo

Este estudo contou com a participação de dois grupos: puérperas adolescentes e adultas. As adolescentes apresentaram idade entre 13 e 19 anos, com média de 17,35 anos e as adultas tinham idade entre 20 e 44 anos com média de 27,54 anos.

As adolescentes participantes do estudo corresponderam a 18,3% da amostra total, porcentagem próxima a de países em desenvolvimento, onde cerca de 19% das mulheres jovens engravidam antes dos 18 anos (UNICEF, 2013). Nesse contexto, o Brasil foi considerado como o sétimo país com a maior taxa de gravidez na adolescência da América do Sul, empatando com o Suriname e Peru, com o índice de 65 gestações para cada 1 mil meninas de 15 a 19 anos (UNICEF, 2017). No município de São Paulo, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 foi de 13,2% em 2014 e 17,8% de nascidos vivos de mães acima de 35 anos (BONILHA et al., 2015).

Cada vez mais brasileiras estão esperando completar 30 anos ou mais para ter o primeiro filho. Esse fato pode ser explicado devido à maioria das mulheres serem profissionalmente ativas e apresentarem uma maior escolaridade (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014).

No que concerne à cor autodeclarada, 50,5% das adolescentes referiram ser de cor parda e 47,1% das adultas relataram ser de cor branca. No município de São Paulo, as adolescentes negras (pardas e pretas) representaram mais da metade dos casos, 57,7%, ao passo que se declaram brancas 41,2% (BONILHA, 2015). Nacionalmente, a maior parte da população brasileira residente é parda: são 95,5 milhões de pessoas, representando 46,7% do total (IBGE, 2016). As gestantes que se autorreferiram brancas no município de São Paulo, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, totalizaram 51,3% em 2008 e 49,9% em 2010. As gestantes pretas, amarelas e indígenas apresentaram crescimento e as de cor parda decresceram (SÃO PAULO, 2011).

No que se refere à escolaridade, a maioria das adolescentes (53,4%) realizou o Ensino Médio incompleto; entre as adultas, 45,5 % realizaram o Ensino Médio completo. A OMS aponta a escolaridade como fator de proteção para a gestação na adolescência e que a ausência ou pouca escolaridade propiciam menor chance de continuidade dos estudos e como consequência, menor chance de melhoria das condições de vida, reforçando a manutenção do

ciclo da pobreza. No município de São Paulo, quase a totalidade das adolescentes de dez a 14 anos referiu algum grau de instrução. Dentre as de 15 a 16 anos, 53,2% apresentaram apenas Ensino Fundamental, escolaridade considerada defasada para a faixa etária; do segmento de 17 a 19 anos, 68,5% apresentaram Ensino Fundamental ou Médio incompleto (BONILHA et al., 2015). Um estudo realizado no interior de Goiás analisando o desmame precoce mostrou que escolaridade predominante entre as mães foi de Ensino Médio (60%) (SANTOS et al., 2015), resultado semelhante ao encontrado no presente estudo, no qual a maioria das participantes realizaram o Ensino Médio. Já entre as mães adolescentes, uma pesquisa realizada em Teresina apontou que três em cada quatro jovens não frequentavam a escola (77,2%) (MARANHÃO et al., 2015). Outra pesquisa, realizada em Portugal sobre o aleitamento materno, constatou que a maioria das mães tinha nível de escolaridade médio (30,1%) ou elevado (43,2%), refletindo uma melhoria no nível educacional (ROMÃO et al., 2017). Um estudo realizado no município de Piracicaba mostrou que a maioria das gestantes havia estudado oito anos ou menos (82,9%), ou seja, menos tempo de estudo comparado à presente pesquisa (LODI, 2016). Uma pesquisa de desenho transversal realizada em um município do Rio de Janeiro apontou que mães com baixa escolaridade introduzem mais precocemente alimentos na dieta dos seus filhos (PEREIRA et al., 2010). Estudos internacionais demonstram que mulheres com maior escolaridade estão propensas a amamentar por mais tempo em países de média e alta renda, já que são capazes de procurar informações corretas sobre nutrição infantil (VICTORA et al., 2016; HERICH et al., 2017). Contudo, em relação aos países de baixa renda, foi evidenciado que os índices de amamentação são menores, pois embora as mães tenham maior escolaridade, não possuem acesso a informações adequadas sobre aleitamento materno (VELUSAMY; PRENKUMAR; KANG, 2017). Assim, a relação entre idade materna jovem e desmame precoce pode estar associada a níveis de formação e poder aquisitivo inferior ao das mães adultas, tendo em vista que mulheres com poder aquisitivo superior possuem mais acesso à informação e ao conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno (SOUZA et al., 2012). Puérperas com maior tempo de estudo têm demonstrado saber mais sobre AM (BOFF et al., 2015).

Quanto à ocupação, a maioria das adolescentes 76,7% não realizava trabalho remunerado fora do lar enquanto entre as adultas verificou-se que 52,5% realizavam trabalho remunerado fora do lar. No que se refere à renda familiar mensal, a média entre as adolescentes foi de 1.649 reais e entre as adultas de 2.086 reais. Com relação ao trabalho, estudo realizado em Marília, São Paulo, mostrou que 56,6% das puérperas eram do lar, 43,3%

exerciam atividade remunerada, sendo a renda familiar de metade delas de um salário mínimo (ORSO; MAZZETTO; SIQUEIRA, 2016). Corroborando a presente pesquisa, estudo realizado em Teresina com adolescentes, constatou que mais de 91,0% delas não trabalhavam fora do lar (MARANHÃO et al., 2015). O trabalho materno pode estar associado à emancipação da mulher e à necessidade de gerar renda para o sustento familiar. A mulher, que antes tinha seu papel social relacionado predominantemente à sua capacidade de gerar, passou a contribuir de maneira direta na renda familiar e, com isso, assumiu uma tripla jornada de trabalho: mãe, dona de casa e trabalhadora fora do lar (RIVEMALES; AZEVEDO; BASTOS, 2010). Assim, diversos obstáculos são enfrentados para a manutenção do AM quando a mulher retorna ao trabalho fora do lar, influenciando essas mães a amamentarem por um período menor do que o recomendado ou pretendido por elas (DINOUR; SZARO, 2017).

A maior vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso desses grupos a uma rede de apoio familiar e social e a outros fatores como, acesso a serviços de atenção à saúde e à inserção formal no mercado de trabalho e de benefícios legais como a licença-maternidade (NARCHI et al., 2009).

A baixa renda está relacionada a menores índices de aleitamento materno, quando se analisa a necessidade dessas mulheres voltarem ao trabalho, por não terem conhecimento de como continuar amamentando nessa condição, falta de conhecimento de como amamentar e de como agir quando se deparam com alguma dificuldade nesse processo (ROLLA; GONÇALVES, 2012; UEMA et al., 2015).

No que diz respeito ao estado marital, a presente pesquisa mostrou que a maioria das adolescentes era solteira (55,3%), enquanto a maior porcentagem de adultas declarou ser amasiada (42,5%). A maior porcentagem das participantes (45,9%) referiu residir em casa alugada. Ao contrário do exposto, estudo evidenciou que a maioria das adolescentes mães morava com o pai do seu filho e relatou que recebiam apoio necessário do companheiro em relação aos cuidados com a criança (MARANHÃO et al., 2015). Quanto ao estado civil, sabe-se que há uma maior prevalência do aleitamento materno ente as mulheres que moram com o companheiro (BARROS et al., 2009). Estudo realizado no Canadá mostrou que ser solteira foi uma das características encontrada em mulheres que referiram ter algum motivo para interromper o AME (BROWN et al., 2014). Além disso, a literatura mostra que, se o pai não contribuir de maneira eficaz na nutrição da criança, tal fato pode ocasionar conflitos deixando a mulher desencorajada em relação à continuidade da amamentação (BRASILEIRO et al., 2010). Estudos conduzidos com mães adultas evidenciaram que ter companheiros é um fator

que favorece o sucesso do AME (PEREIRA et al., 2010; BATISTA; FARIAS; MELO, 2013). Assim, o suporte do companheiro é importante para superar as dificuldades presentes na prática de amamentação (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010; RENFREW et al., 2012). Do mesmo modo, as mulheres que possuem família estável e que vivem com companheiros, mantêm o AM significativamente por mais tempo do que as solteiras (MARQUES; COTA, PRIORE, 2011).

As participantes do presente estudo foram questionadas quanto ao auxílio nos cuidados com o bebê, sendo que 99,0% das adolescentes relataram que teriam algum tipo de ajuda e, entre as adultas, a maioria, 94,8%, também afirmou que teria ajuda para cuidar do bebê. A família influencia na alimentação da criança, pois pode apoiar ou não a nutriz na decisão de amamentar, exercendo influência positiva ou negativa nesse processo (CAMPOS et al., 2015). Estudo realizado nos EUA mostrou que o suporte dos amigos e da família, principalmente dos pais, exerce papel fundamental tanto no momento de iniciar o aleitamento materno quanto na continuação do mesmo, visto que mulheres que receberam apoio das famílias foram 8,21 vezes mais propícias a iniciar e a dar continuidade à amamentação por pelo menos dois meses e aquelas que tinham amigas que amamentaram seus filhos também se mostraram mais propícias a iniciarem e a continuarem a amamentar (KORNIDES; KITSANTAS, 2013). A baixa prevalência da amamentação entre mães adolescentes é justificada, por alguns autores, pela ausência de incentivo e de suporte da família para essa prática e pela instabilidade conjugal (TAKEMOTO et al., 2011). Assim, adolescentes que recebem apoio da família quanto aos cuidados de si e da criança apresentam três vezes maior chance de continuar em AME aos três meses de vida da criança em relação às que não recebiam essa ajuda da família (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DEFRANCO, 2013). Desse modo, verifica-se que o aleitamento materno necessita do apoio das pessoas próximas para ter êxito, visto que a participação da família tem papel fundamental na dinâmica de proteção à amamentação (FIGUEREDO et al., 2015; ENTWISTLE; KENDAL; MEAD, 2010).

No que tange à religião, estudo realizado no Rio Grande do Norte mostrou que 76,77% das puérperas tinham algum tipo de religião e 33,33% não possuíam (BURDETTE; PILKAUSKAS, 2012). A presente pesquisa vai ao encontro desses achados, pois em sua maioria tanto as adolescentes (77,7%) quanto as adultas (87,6%) possuíam algum tipo de religião, o que pode influenciar de forma positiva nos índices maiores de aleitamento materno,

na medida que promove o vínculo do binômio mãe e filho (BUOSSO et al., 2011; VERÁS; VIEIRA; MORAIS, 2010; BURDETTE; PILKAUSKAS, 2012).

Na presente pesquisa, no que concerne ao número de gestações, as adolescentes apresentaram uma média de 1,31 e a as adultas uma média de 2,44. Quanto ao número de partos, as adolescentes tiveram uma média de 1,2 e as adultas uma média de 2,44. No Brasil, a taxa de fecundidade total nacional passou de 2,09 filhos por mulher em 2005 para 1,72 em 2015. Em todo o país, nas últimas décadas houve uma diminuição desse indicador em 17,7% (IBGE, 2016). Com relação aos dados internacionais, a taxa de fecundidade foi de 2,51 filhos por mulher entre os anos de 2010 e 2015 (ILO, 2016).

Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, de 2004 a 2014, a taxa específica de fecundidade passou de 76,3 para 59,4 filhos por mil mulher dessa faixa etária (ILO, 2015).

Ainda com relação à paridade, no presente estudo foi evidenciada uma média de 1,3 filhos entre as adolescentes e 2,4 filhos entre as adultas. Não foi realizada uma análise se a paridade influencia no AM nesta pesquisa, porém a literatura evidencia que entre as mulheres multíparas, a maior frequência de experiência prévia de amamentação pode ser considerada como um dos fatores protetores da adesão ao aleitamento materno (BRITO et al., 2011; PEREIRA et al., 2013). No entanto, outros estudos que apontaram menores índices de AM entre multíparas demonstraram experiências anteriores de amamentação negativas (SCHAFER et al., 2017). Assim, a experiência anterior de amamentação, negativa ou positiva, influencia na decisão e no comportamento da mãe diante da amamentação a partir do segundo filho (BAI; FONG; TARRANT, 2015).

Sobre a idade gestacional no início do pré-natal e o número de consultas de pré-natal, a média encontrada foi de 16,81 semanas e 6,73 consultas entre as adolescentes e de 14,50 semanas e 7,73 consultas entre as adultas. Assim, tanto adolescentes quanto adultas realizaram o número mínimo de consultas recomendado pelo MS que são de seis consultas (BRASIL, 2013e). Apesar dessa recomendação, a indicação do número de consultas de pré-natal pode ser insuficiente para avaliar o acesso aos serviços de saúde (DEMETRIO; PINTO; ASSIS, 2012). A importância das consultas de pré-natal para o aleitamento materno está na possibilidade de orientação às mulheres, já que a decisão da mulher em amamentar ou não a criança pode ocorrer bem antes do parto e que, se essa mulher receber o apoio e informações adequados nessa fase, pode ser estimulada a iniciar e manter o aleitamento materno (BRASIL, 2012a). Diante disso, o pré-natal é relevante em relação à amamentação, visto que durante as

consultas podem ser discutidas e orientadas maneiras adequadas de nutrição do bebê (DEMIRCI et al., 2013).

No que se diz respeito à gestação planejada, a maioria das adolescentes (85,4%) e das adultas (66,9%) não tinha planejado a gestação, dados corroborados também por alguns estudos (FONSECA; NAZARETH, 2017; VIELLAS et al., 2014). A gestação não planejada e precoce pode afetar intensamente a saúde psicológica, emocional e social na fase de adolescência, contribuindo para alterações de planos no futuro, impossibilitando a continuação da educação, gerando falta de perspectiva de vida, lazer e emprego e, consequentemente, interferindo na busca de melhores condições de vida (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

As mulheres adultas também enfrentam conflitos quando ocorre uma gestação não planejada visto que múltiplos fatores podem estar envolvidos com essa situação, tais como mulheres que cedem ao desejo do parceiro de ser pai, não utilizam métodos contraceptivos ou, até mesmo, encontram dificuldades de informações sobre métodos contraceptivos nos serviços de saúde, condições econômicas não favoráveis (SOUSA, 2011; COELHO et al., 2012; RODRIGUES; LOPES, 2016, PARCERO et al., 2016). A gestação não planejada pode estar relacionada ao início tardio do pré-natal em comparação a gravidez desejada (KOST; LINDBERG, 2015). No entanto, a presente pesquisa mostrou que a maioria das participantes iniciou o pré-natal nos primeiros três meses de gestação.

Do total de participantes deste estudo, 44,0% apresentaram algum tipo de intercorrência durante a gestação. Nas adolescentes, as intercorrências mais comuns na gestação foram: ITU (65,9%), seguido de sífilis (6,8%), HAS/ ITU (6,8%). Entre as adultas que apresentaram intercorrência na gestação, a maioria apresentou ITU (51,8%), seguida por HAS (8,8%). Segundo organizações oficiais, aproximadamente 15% das gestações apresentam complicações que requerem uma assistência qualificada e especializada (WHO; UNICEF, 2017). Em países desenvolvidos, as intercorrências gestacionais estão associadas principalmente à má-formação congênita, descolamento prematuro de placenta e complicações com o cordão umbilical. Entretanto, em países em desenvolvimento, como o Brasil, as principais intercorrências são a hipertensão gestacional, a infecção urinária e a sífilis congênita (SILVA et al., 2013). Estudo de revisão de literatura evidenciou que no Brasil as principais causas diretas de morte materna foram hipertensão e hemorragia (SOARES et al., 2017).

Em relação às complicações gestacionais em adolescentes a de maior prevalência encontrada em um trabalho realizado em seis maternidades do Estado de são Paulo foi a infecção urinária, o que corrobora os dados do presente estudo (JORGE et al., 2014). Estudo que analisou gestantes adolescentes que evoluíram com parto prematuro as intercorrências mais comuns encontradas foram oligodrâmnio e ITU, dentre outras (BULHÕES et al., 2017). Já entre as adultas, trabalho que avaliou as consultas de pré-natal e suas complicações maternas constatou prevalência de 13% com complicação na gestação, considerando algumas causas como: 9,4% tiveram sangramento, 3,1% convulsionaram, 2,1% infecção urinária, 1,6% diabetes e 1% HAS (PEREIRA et al., 2017). A gestação, como evento isolado, não é responsável por maior incidência de infecções urinárias (NOWICK et al., 2011). Contudo, uma série de modificações anatômicas e fisiológicas renais durante a gravidez facilita o desenvolvimento de infecções urinárias (GUERRA et al., 2012). Assim, destaca-se que a ITU é classificada como a terceira intercorrência mais comum na gestação atingindo de 10 a 12% das gestantes e, portanto, pode ainda contribuir para a mortalidade materno-infantil (MATA et al., 2014), ficando evidente a predominância dessa intercorrência também entre as participantes do presente estudo.

A HAS na gestação, que neste estudo acometeu tanto as adultas quanto as adolescentes, é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico puerperal, resultando em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (MARTINS et al., 2012). As doenças hipertensivas são as complicações mais comuns no pré-natal, acometendo 12 a 22% das gestações, na qual a eclâmpsia é uma das principais causas de óbito materno em países desenvolvidos e em desenvolvimento (MOURA et al., 2010). Estudo de revisão de literatura demonstrou que a HAS e ITU são importantes fatores de agravo do risco às gestantes, de forma que ações de acompanhamento e cuidados pré-natais são primordiais nessa população (COSTA et al., 2016). Em relação à sífilis na gestação, no Brasil estima-se que a prevalência da doença em gestantes seja de 3 a 4% (PINHEIRO, 2011). O número de casos de sífilis congênita vem crescendo na atualidade, principalmente devido à falta de informações sobre a importância do pré-natal bem feito. É observado que as gestantes possuem pouco conhecimento a respeito dos prejuízos que a sífilis pode causar ao recém-nascido, observando-se que diversas vezes as parturientes não dão o devido valor ao pré-natal, acreditando serem saudáveis e não precisarem de assistência médica (VICTOR et al., 2010)

Nesse sentido, a presente pesquisa chama a atenção pelo alto número de intercorrências na gestação. Embora não tenham sido pesquisados os motivos dessas

intercorrências, pode-se inferir que se trata de um reflexo da baixa de qualidade na assistência de saúde à gestante, já que as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal estão associadas à falta de qualidade da assistência (LANSKY et al., 2014). É importante salientar que no Brasil, as intercorrências que acometem as gestantes são, na maioria das vezes, evitáveis quando se tem uma assistência qualificada (LANSKY; FRANÇA; KAWACHI, 2007).

No que se diz respeito ao tipo de parto, a maioria das participantes, 55,0%, teve parto cesárea neste estudo. Em outro estudo foi encontrado que a maioria dos partos foi normal e evidenciou também que quanto maior a idade, maior a preferência pelo parto normal, relevando maior reflexão sobre as consequências da via de parto com o amadurecimento da mulher (SANTOS et al., 2015). Segundo estudo realizado no país, mais precisamente em São Paulo e em outros estados, a taxa de cesárea ultrapassa 40%, sendo que em serviços privados alcança 88%, colocando o Brasil como um dos maiores países com maior proporção de cesárea, com 52% do total de nascimentos, ou seja, muito longe da taxa apresentada há décadas como aceitável pela OMS de 10 a 15% (DOMINGUES et al., 2014). Em médio e longo prazo, há associação entre cesárea e desmame precoce (PRIOR et al., 2012), por isso a importância de se estimular o parto normal em detrimento da cesárea desnecessária.

Em relação às intercorrências mais comuns encontradas no trabalho de parto e no parto, no presente estudo a hemorragia foi a mais presente (23,1%), o que pode estar relacionado com a maior porcentagem de cesarianas, visto que essa cirurgia está associada a intercorrências como hemorragias, infecções, laceração, hemorragia acidental de alguns órgãos internos, tornando-se elevado o risco de morbimortalidade materna (MANDARINO et al., 2009).

Com relação ao pós-parto, 35,2% das participantes do estudo apresentou algum tipo de intercorrência como trauma e dor mamilar e dificuldade de pega durante a amamentação. O organismo da mulher, após o parto, para recompor as condições fisiológicas anteriores à gestação, inicia inúmeras modificações e as mamas têm sua maior atividade nesse período da amamentação (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). Corroborando o presente estudo, diversos trabalhos apontam como principais intercorrências no pós-parto as dificuldades na amamentação, como dor e trauma mamilar e leite fraco (FONSECA; NAZARETH, 2017; ROCCI; FERNANDES, 2014; STEPHAN; CAVADA; VILELA, 2012; FÉLIZ FILHO et al., 2016; COSTA et al., 2017).

Do total de amostra, 52,8% dos neonatos eram do sexo feminino e 47,2 eram do sexo masculino. Em relação ao peso dos bebês ao nascimento, entre as adolescentes a média foi de 3.089 gramas e entre as adultas a média foi de 3.397. Pesquisa realizada no estado de Pernambuco demonstrou que não houve associação estatística entre o peso de nascimento e as taxas de AM nos maiores de quatro meses (CAMINHA et al., 2014).

No presente estudo, 88,1 % das puérperas amamentaram na primeira hora de vida. Em pesquisa realizada por Boccolini et al., (2011), que analisou a relação entre amamentação na primeira hora de vida e duração do aleitamento materno em 67 países, teve como resultado que entre as crianças não amamentadas na primeira hora havia maior índice de desmame na primeira semana de vida. Outro estudo, que comparou crianças amamentadas na primeira hora de vida com aqueles que foram amamentados após a primeira hora, evidenciou chances duas vezes maiores de AME nas crianças amamentadas na primeira hora de vida (RAGHAVAN et al., 2014). A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela OMS e promovida por meio do quarto passo da IHAC, que orienta o contato dos bebês com suas mães nos primeiros minutos de vida facilitando, assim, a amamentação nesse período (BOCCOLINI et al., 2011). É possível salvar um milhão dessas vidas, amamentando na primeira hora após o nascimento (WABA, 2008).

No momento da coleta de dados, 90,6% da amostra estavam em AME, o que é importante para essa prática. Os autores demonstram que os lactentes que receberam complemento com fórmula láctea no hospital tiveram o AME interrompido duas vezes mais do que aqueles que não receberam (MORAES et al., 2016). Além disso, pesquisa americana encontrou dado semelhante, salientando que receber fórmula láctea no hospital eleva em três vezes o risco de cessar a amamentação no 60º dia de vida do lactente (CHANTRY et al., 2014).

Como descrito na literatura, várias dessas características sociodemográficas apresentadas podem contribuir para as condições favoráveis ou não para a maternidade e amamentação (KRONBORG; FOVERSKOV; VAETH, 2014), como a escolaridade, inserção no mercado de trabalho, viver com um companheiro, acompanhamento pré-natal, tipo de parto, amamentação precoce e primiparidade. Nesse sentido, as adolescentes, em sua maioria, apresentavam alguns fatores que favorecem a realização da amamentação, tais como: seguir algum tipo de religião, não realizar trabalho remunerado fora do lar, ter algum tipo de ajuda em relação aos cuidados com o bebê primiparidade e ter tido parto normal. Entre as adultas, a maioria também apresentava condições que favoreciam a realização da amamentação, como:

ter o ensino médio completo, ser casada ou amasiada, ter algum tipo de religião e ter algum tipo de ajuda em relação aos cuidados com o bebê.

5.2 Prevalência do aleitamento materno exclusivo

Mesmo com todo o conhecimento evidenciado na literatura científica e com todos os benefícios comprovados pelo AM, as recomendações da OMS de AME até os seis meses de vida da criança e complementado até os dois anos ou mais não são alcançadas em diferentes países em torno do mundo (SAFARI; PAKPOUR; CHEN, 2017).

No Brasil, 41% das crianças mantêm o AME até os seis meses de vida (UNICEF, 2013). Em relação às prevalências de AME, o país encontra-se em nível razoável de acordo com a interpretação dos parâmetros da OMS (BRASIL, 2015a). Porém, para II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, o Brasil se encontra em situação ruim em relação às prevalências de AME em menores de seis meses (BRASIL, 2009b).

Em 2013, verificou-se uma redução da prevalência de AME de 0,3% entre os bebês de zero a dois meses de idade e 15,1% entre os bebês de três a cinco meses de idade em relação ao inquérito de 2006 (BOCCOLINI et al., 2017). Assim, mesmo comprovadas vantagens da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança, o desmame precoce e a iniciação da alimentação artificial têm se tornado cada vez mais comum, principalmente entre mães adolescentes (FRANÇA et al., 2008).

Na presente pesquisa, aos 30 dias pós-parto, 48,5% das adolescentes e 61,1% das adultas estavam em AME, com um resultado estatisticamente significativo (p = 0,004). Em estudo realizado em Curitiba, foi observado que a prática de AME é maior no período de zero a três meses e 66,7% do total da amostra estava em AME no primeiro mês de vida (FUSETO; OLIVEIRA, 2010). Entre adolescentes, pesquisa mostrou que essas diminuem a amamentação na medida em que o bebê vai crescendo, ou seja, no primeiro mês; 60% das adolescentes estavam amamentando, contudo no terceiro mês houve uma redução para 10% (CREMORESE et al., 2016). Outro estudo, realizado em Pelotas-RS, encontrou percentual de 60% de bebês em AME em seu primeiro mês e cerca de 10% já havia sido desmamado (KAUFMANN et al., 2012). Pesquisa semelhante evidenciou que a prevalência de AME diminui 17% a cada mês de vida do lactente (PEREIRA et al., 2010). Entre mães adolescentes

ocorre uma redução mensal de 24% nas taxas de AME à medida que o tempo passa desde o nascimento (GUSMÃO et al., 2013).

Com 90 dias após o parto, 21,4% das adolescentes e 40,7% das adultas estavam amamentando exclusivamente (p = 0,000), resultado estatisticamente significativo que comprova novamente que as adolescentes, em comparação às mães adultas, amamentam menos seus bebês com o passar dos meses de nascimento.

Quanto ao aleitamento materno no terceiro mês pós-parto, estudo entre adolescentes apontou que 88,2% afirmaram amamentar seu bebê até os três meses de vida, embora cerca de 62,0% delas tenham relatado que o aleitamento não se dava mais de forma exclusiva (MARANHÃO et al., 2015). Estudo com a maioria das participantes adultas observou que, com três meses de vida da criança, 15,39% das mães haviam interrompido o AME (DIAS et al., 2014). Outra pesquisa também com mães adultas com média de 31 anos no interior da Espanha evidenciou o AME em 46,7% dos bebês com três meses de vida (VILA-CANDEL et al., 2018), dado semelhante ao do presente estudo. Comparando-se em âmbito internacional, atualmente, o Japão e a Nova Zelândia atingem taxas de AME aos três meses entre 71 e 81% (ORIBE et al., 2015). Em contrapartida, em países do centro e sul da Europa, as prevalências são inferiores, variando de 15 a 51% (HAIEK et al., 2007).

Aos 180 dias, entre as adolescentes, 10,7% estavam em AME e, entre as adultas, 16,1% amamentavam seus bebês exclusivamente, verificando-se que não houve resultado estatístico significativo (p = 0,200). Achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Curitiba no qual 14,1% do total de participantes não estavam mais amamentando exclusivamente no sexto mês de vida da criança e quando comparada a diferença do AME entre puérperas adultas e adolescentes, essa não foi estatisticamente significativa (FUSETO; OLIVEIRA, 2010). Outros autores evidenciaram que puérperas com idades superiores a 20 anos têm maior chance de amamentarem seus filhos de forma exclusiva até o sexto mês de vida (SOUSA et al., 2012).

De acordo com pesquisa que descreve padrões atuais e tendências da amamentação no mundo, 63% das crianças menores de seis meses em países de baixa e média renda não recebiam amamentação exclusiva no momento da pesquisa nacional mais recente. As porcentagens de amamentação não exclusiva correspondentes foram 53% nos países de baixa renda, 61% nos países de renda média/baixa e 63% nos países de renda média/alta (VICTORA et al., 2016). Em relação ao total das participantes do presente estudo, 15,0% estavam em AME com seis meses de vida da criança, ou seja, inferior aos índices do Brasil

que são de 41% e de outros países como Paraguai (24,4%), Venezuela (29,9%) e Chile com 48,8% (BRASIL, 2015a).

Com referência ao tempo final médio de AME, a primeira Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal foi realizada em 1999 e a duração média do AME foi de 23,4 dia (BRASIL, 2001). Na segunda versão da pesquisa foi verificada uma média de 54,1 dias (1,8 meses) e, apesar do aumento dos dias, essa realidade ainda está distante da recomendação do MS (BRASIL, 2010a).

Na presente pesquisa, entre as adolescentes, o tempo médio final de AME foi de 61,83 dias e, entre as adultas, de 83,65 dias. Verificou-se, assim, um resultado estatisticamente significativo com valor de p = 0,03, ou seja, as mães adolescentes amamentam seus bebês exclusivamente por menos dias quando comparadas às mães adultas. No entanto, em estudo realizado em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, a média de AME entre as adolescentes foi de 75,5 dias, ou seja, as adolescentes amamentaram por mais tempo em relação à presente pesquisa (CONDE, 2016). Já os autores Rocci e Fernandes (2014), em trabalho realizado no leste de São Paulo com mães adultas, encontraram uma média de 112,9 dias de AME, ou seja, maior que a média nacional e maior que a média do presente estudo.

Dados nacionais revelam que, nos últimos anos, o número de mães adolescentes tem crescido. Estima-se que 20% do total de nascidos vivos no Brasil possuem mães com idade entre dez e 19 anos (IBGE, 2016). Um olhar especial para esse grupo é de fundamental importância, uma vez que a adolescência é uma fase de grandes transformações físicas e psicológicas e de vários enfrentamentos e a adolescente, nesse período, precisa de apoio de sua família, da sociedade e dos serviços de saúde. Contudo, tanto para as mães adolescentes quanto para as adultas, o apoio no pós-parto é importante para o início e manutenção do AM (ABREU; FABRO; WERNET, 2013). O profissional de enfermagem deve ser o mediador da promoção do AME e prevenção do desmame precoce, por ser o mais capacitado e com maior proximidade com as mães para esclarecer dúvidas e dificuldades e auxiliar no manejo do AM (FERREIRA et al., 2018).

5.3 Motivos alegados para a introdução de outros alimentos na dieta das crianças antes dos seis meses de vida

A introdução de alimentos na dieta da criança antes dos seis meses de vida acarreta em danos à saúde da criança, dentre os mais comuns a nutrição inadequada que pode causar

déficit calórico e infecções por alimentos mal higienizados e/ou mal acondicionados, além de gerar maior risco de desenvolver alergias em consequência da imaturidade fisiológica e gerar maiores gastos financeiros para a família (CAMPAGNOLO et al., 2012; TANG; LEE; BINNS, 2015; ROMULUS-NIEUWELINK et al., 2011).

Apesar dos vários efeitos adversos na saúde das crianças, a introdução precoce da alimentação complementar continua sendo comum entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estudo multicêntrico europeu que incluiu cinco países (Bélgica, Alemanha, Itália, Polônia e Espanha) revelou que aproximadamente 25% das crianças começaram a desmamar antes dos quatro meses de idade e que aos seis meses, pelo menos 90% das crianças já tinham consumido alimentos sólidos (ALVISI et al., 2015). Pesquisa sobre alimentação complementar no contexto do Oriente Médio também revelou que as práticas contemporâneas não seguem as recomendações estabelecidas pela OMS. No Iraque, nos Emirados Árabes e no Líbano, 78,6%, 70% e 52,9% das crianças, respectivamente, receberam alimentos complementares enquanto ainda estavam entre quatro e seis meses de idade (NASREDDINE et al., 2012).

No Brasil, a introdução de chá e água é uma das causas que leva ao desmame precoce. Os chás costumam ser inseridos precocemente para eliminar a sede da criança, deixá-las mais calmas e aliviar as cólicas (OLIMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010; BRASIL, 2012b).

Estudo realizado em Goiânia apontou que logo no primeiro mês de vida da criança, o consumo de chá chegou a 32,6% e de água a 19,1% (SHINCAGLIA et al., 2015). No presente estudo, entre as mães que tinham oferecido água para seus filhos no primeiro mês de vida, 58,1% das adolescentes alegaram motivos de prescrição médica e/ou orientação da família e 58,1 % das adultas alegaram motivos relacionados à criança. No que se refere à introdução de chá, 55,2% das adolescentes relataram que os motivos foram prescrição médica e/ou orientação da família e 80,9% das adultas declararam que foram relacionados à criança. Percebe-se, portanto, resultado estatisticamente significativo (p = 0,001), ou seja, as adolescentes seguiram as orientações de outras pessoas enquanto as mães adultas observaram o comportamento da criança. Com 90 dias após o parto, no que tange à introdução de água, mais uma vez as adolescentes (51,6%) alegaram motivos a prescrição médica e a orientação da família e as adultas (68,0%) alegaram motivos relacionados à criança. Pode-se verificar que houve resultado estatisticamente significativo (p = 0,004). No que diz respeito ao oferecimento de chá, 63,2% das adolescentes apontaram como motivos a prescrição médica e

a orientação familiar e 83,0% das adultas apontaram como motivos relacionados à criança (*p* = 0,000).

A família, de acordo com a sua história e experiência de vida, transmite para a puérpera seus conhecimentos prévios sobre a alimentação, assim pode exercer influência positiva ou negativa no processo de aleitamento materno e oferecimento de outros alimentos (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). Sabe-se que a presença da avó materna pode ser um fator negativo em relação à manutenção do AME, visto que em alguns contextos a avó orienta o oferecimento do chá à criança devido a cólicas (OLIVEIRA et al., 2015). O oferecimento de chá no primeiro mês de vida do bebê é uma prática enraizada entre mães e avós e, em alguns casos, até mesmo entre profissionais da área da saúde. Por essa razão, a influência de outras pessoas integrantes do círculo familiar e social interfere na prática da amamentação, contribuindo para o desmame precoce (SILVA; MENDES, 2011), como aconteceu no caso das adolescentes participantes do presente estudo. As mães mais jovens buscam, no meio social, informações para guiar as práticas alimentares de seus filhos, principalmente no meio familiar, onde a figura da avó mostrou-se a influência mais notória, pois as adolescentes relataram que seguiam sempre o que suas mães lhes pediam, inclusive o oferecimento de outros alimentos antes dos seis meses de vida de seus filhos (SILVA et al., 2016). As mães adolescentes apresentam maiores dificuldades para exercerem o papel materno. Tal fato pode estar associado ao pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil (DIAS; TEIXEIRA, 2010), de maneira que essa falta de conhecimento gera dúvidas e inseguranças (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011), fazendo-as seguir as orientações de outras pessoas.

Estudo evidenciou que as crianças menores de quatro meses, filhas de mães adolescentes, tiveram maior introdução precoce de alimentos como chás, água e líquidos adoçados em relação às crianças filhas de mães adultas (FUSETO; OLIVEIRA, 2010). Pesquisa realizada em Goiânia, com a maioria das participantes acima de 20 anos, mostrou que com quatro meses, além de manter o consumo de água e chá desde o primeiro mês de vida, foi acentuado o consumo de água (54,1%) e chás (31,5%), acompanhado de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%) (SCHINCAGLIA et al., 2015). Em contrapartida, estudo realizado no interior de São Paulo com crianças de aproximadamente quatro meses, a água foi o líquido mais oferecido pelas mães, já que elas acreditavam que a água devia ser oferecida para saciar a sede dos seus filhos (CAMPOS et al., 2015), ainda que, de acordo com a OMS e diversos autores, crianças saudáveis em AME não precisam de água durante os primeiros seis meses,

nem mesmo em dias quentes (WHO, 2009; BECKER, REMMINGTON, 2014), denotando que o oferecimento desse líquido é comum entre as mães brasileiras.

No que diz respeito aos motivos da introdução de outro leite no primeiro mês de vida da criança, não houve associação significativa entre mães adolescentes e adultas: os dois grupos, em sua maioria, introduziram o leite artificial por motivos maternos (a mulher quis oferecer, seu leite não sustentava a criança, intercorrências puerperais e mamárias, retorno ao trabalho e retorno aos estudos). Os acontecimentos ocorridos nas duas primeiras semanas pós-parto são de fundamental importância para o sucesso da amamentação. Nessa fase, mãe e bebê estão aprendendo sobre a prática de aleitamento. Esse período é considerado o auge das intercorrências com a amamentação (FERRO, 2009; RIUS et al., 2014) e relatos de que "o leite materno é suficiente, mas não está sustentando a criança", "meu leite é fraco", "bebê chorava muito", "eu não tive leite", "meu leite secou" são comuns em diversos estudos (CHIMIONATO; CHAUDAL; PINTO, 2008; CAMPOS, 2011; BROWN et al., 2014; RIUS et al., 2014; SCOTT et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; MONTEIRO, 2017). Tais referências ocorrem também com mães adolescentes (SOUSA et al., 2012; SOUZA et al., 2016). Outro motivo evidenciado na literatura para oferecer outro leite no primeiro mês foi o trauma mamilar, causado por técnica incorreta de amamentação, o que poderia ser sanado pela aprendizagem por observação e prática. Dessa forma, é de fundamental importância que o profissional de saúde auxilie a puérpera nesse momento delicado, para sanar dúvidas quanto às técnicas de amamentação a fim de evitar o trauma mamilar (ALMEIDA; LUZ DA VEIGA UED, 2015). Ainda no primeiro mês pós-parto, a dor mamilar é a dificuldade que mais atrapalha na prática de amamentação, seguida de ingurgitamento mamário, posicionamento incorreto do bebê, além da crença de leite fraco (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). Pesquisa mostrou que 44% mães adolescentes não sabem como prevenir o ingurgitamento mamário e 68% desconhecem as medidas de prevenção das fissuras mamárias (SOUSA et al., 2012).

Desse modo, puérperas desmamam seus filhos precocemente no primeiro mês e alegam como principais justificativas motivos que podem ser interpretados como pedido de ajuda diante das dificuldades encontradas durante o aleitamento materno (POLIDO et al., 2011), visto que as alegações de leite insuficiente e leite fraco são motivos percebidos pelas mães e não são sustentadas como motivo real para o desmame precoce (MOREIRA; MURARA, 2012). Estudo afirma que o leite fraco pode ser uma justificativa cultural, já que é sabido que a grande maioria das mulheres possui leite suficiente para sustentar a criança. Essa

percepção pode estar associada ao desconhecimento das mães quanto à importância do seu leite, sobre como o leite materno é produzido e ao fato de relacionarem o choro do bebê à fome, o que nem sempre ocorre, pois, o choro pode estar relacionado a outras necessidades do bebê (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Já em relação à introdução de suco, outros leites, papas e frutas com 90 dias de vida da criança, não houve associação significativa entre os motivos alegados pelas mães adultas e adolescentes. Corroborando o presente estudo, pesquisa realizada em Curitiba mostrou que o leite artificial foi oferecido igualmente pelos dois grupos de adolescentes e adultas. Dessa forma, quando se comparou a diferença do AME até os seis meses entre adultas e adolescentes, não foi verificado diferença estatística significante (FUSETO; OLIVEIRA, 2010). Estudo aponta que com três meses de idade em média que é introduzido um novo alimento na dieta da criança, principalmente em países com baixa renda, onde o padrão quase universal é introduzir complementos alimentares (GREINER, 2014). Pesquisa realizada no Canadá evidenciou que, após intervenção efetiva de familiares e profissionais de saúde qualificados durante o aleitamento materno, a mãe adolescente compreendeu a importância do AME e manteve essa prática até os seis meses de vida do bebê (MEGLIO; MCDEMOTT; KLEIN, 2010). Dessa forma, reafirma-se que os familiares e os profissionais de saúde exercem influência nas mães quanto aos costumes e experiências prévias de inserção de complemento na dieta das crianças.

Com relação aos motivos alegados entre mães adultas e adolescentes com 180 dias, tanto entre as adolescentes quanto entre as adultas foi possível observar uma associação estatisticamente significativa referente à introdução de leite: 62,9% das adolescentes e 82,0% das adultas alegaram os mesmos motivos, relacionados à mulher/mãe. Já com relação à introdução de água, chá, suco e papas ou frutas, não houve associação estatística significativa quanto aos motivos alegados.

Autores mostram que no sexto mês de vida da criança, o consumo de vários alimentos é aumentado, sendo os principais a água (77,5%), frutas (62,7%), sucos (57,2%) e comida de sal (55,1%) (SHINCAGLIA et al., 2015). A presente pesquisa evidenciou que 15,0% do total da amostra (mães adolescentes e adultas) conseguiram manter o AME até os seis meses de vida da criança, introduzindo outros alimentos como água, sucos, frutas e papas oportunamente após esse período. Sabe-se que o leite materno supre todas as necessidades nutricionais da criança até os seis meses de vida, não sendo necessário, portanto, introduzir qualquer outro alimento na dieta até esse período (OMS, OPAS, 2013). Entretanto, a partir

dos seis meses, é fundamental a introdução oportuna de alimentos complementares, a fim de garantir o adequado padrão de desenvolvimento da criança (BRASIL, 2015; UNICEF, 2013). Assim, a introdução oportuna de alimentos faz com que a criança satisfaça suas necessidades nutricionais, aproxime-se dos hábitos alimentares da família e permite a adequação a uma nova fase do ciclo de vida experimentando novos sabores, cores texturas e aromas (BRASIL, 2015a), além de contribuir na prevenção de doenças, no desenvolvimento psicológico, motor e cognitivo (MICHAELSEN, 2008; KOLETZKO et al., 2015). A introdução de alimentos seguros, com nutrientes necessários, além do leite materno, é importante para o desenvolvimento e crescimento infantil (BHUTTA et al., 2013; VICTOR et al., 2014). Nessa fase de início e alimentação complementar, é importante considerar alguns fatores como o apoio familiar incluindo a participação do pai, avós e irmãos e o apoio de profissionais de saúde auxiliando as mães e cuidadores da criança nas dificuldades e nas dúvidas, a fim de evitar possíveis transtornos psíquicos e nutricionais (BRASIL, 2015a).

Assim, entende-se que o AM não é simples e fisiológico. Trata-se de um fenômeno complexo e, nesse sentido, a decisão da mãe de amamentar ou não envolve fatores sociais, psicológicos e culturais (AZEVEDO et al., 2015). Diante dessa perspectiva, os familiares e os profissionais de saúde exercem um papel imprescindível na prevenção de desmame precoce já que as mães, por se sentirem inseguras, consideram a orientação dos familiares e dos profissionais de saúde (MACIEL, 2010), o que é intensificado pela carência de informações recebidas pelos profissionais de saúde. No presente estudo, a maioria das crianças não pode se beneficiar do AME e isso evidencia uma necessidade de se implantar um processo educativo de forma mais participativa, contínua e melhor planejada, desde o período gravídico e que se estenda até o período do pós-natal tardio, a fim de melhor capacitar e auxiliar essas mulheres para que sejam mães mais seguras, detentoras dos conhecimentos necessários para a manutenção do aleitamento de seus filhos.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo, conclui-se que, no que tange às características sociodemográficas e obstétricas:

- As participantes totalizaram 103 mães adolescentes e 442 adultas. Entre as adolescentes, a idade média foi de 17,35 anos e representaram 18,3% da amostra total. A maioria das adolescentes era de cor parda, realizou o Ensino Médio incompleto, parou de estudar devido à gestação, possuía algum tipo de religião, não realizava trabalho remunerado fora do lar, com renda média de 1.649 reais, era solteira, residia em casa alugada e teve algum tipo de ajuda em relação aos cuidados com o bebê. Entre as adultas, a idade média foi de 27,54 anos e representaram 81,7% da amostra total. A maior parte das adultas era de cor branca, realizou o Ensino Médio completo e não parou de estudar devido à gestação, era amasiada, residia em casa alugada, possuía algum tipo de religião, realizava trabalho remunerado fora do lar, com renda média de 2.086 reais e teve algum tipo de ajuda em relação aos cuidados com o bebê.
- Entre as adolescentes, a média foi de 1,31 gestação, 1,2 parto, 1,11 aborto, 1,19 filho vivo, média de 16,81 semanas de idade gestacional no início do pré-natal e média de 6,73 consultas de pré-natal. Entre as puérperas adultas, a média foi de 2,44 gestações, 2,26 partos, 1,13 aborto, 2,23 filhos vivos, média de 14,5 semanas de idade gestacional no início do pré-natal e média de 7,73 consultas de pré-natal. A maioria das participantes, tanto adultas quanto adolescentes, não planejou a gestação.
- A maioria das participantes não apresentou nenhum tipo de intercorrência na gestação. Entre aquelas que apresentaram, a ITU foi a mais citada pelas adolescentes (65,9%) e pelas adultas (51,8%). A maioria das mulheres, tanto adolescentes quanto adultas, não apresentou qualquer intercorrência durante o trabalho de parto e no parto em si. A maioria das mulheres não apresentou intercorrências no pós-parto. Contudo, entre aquelas que apresentaram, o trauma e a dor mamilar foram os mais citados entre as adolescentes (35,9%) e também entre as adultas (47,7%).
- Com relação ao tipo de parto, a maioria das adolescentes teve parto normal e a maioria das adultas teve cesárea.
- No que concerne às características dos filhos das participantes, a maioria era do sexo feminino, amamentou na primeira hora de vida e estava em AME. A média do peso do nascimento entre as adolescentes foi de 3,089 kg e, entre as adultas, 3,197 kg.

Com relação às prevalências do AME:

- Aos 30 dias após o parto, 48,5% das adolescentes e 61,1% das adultas estavam amamentando exclusivamente sendo um resultado estatisticamente significativo (p = 0,004). Aos 90 dias, 21,4% das adolescentes e 40,7 % das adultas estavam em AME o que também foi estatisticamente significativo (p = 0,000). Finalmente, aos 180 dias, 10,7% das adolescentes e 16,1% das adultas estavam em AME, todavia, esse resultado não foi estatisticamente significativo.
- No que se refere ao tempo médio final de AME, as adolescentes tiveram uma média de 61,83 dias e as adultas 83,65 dias de amamentação exclusiva e essa diferença foi estatisticamente significativa (p = 0,03).

Com relação aos motivos alegados pelas mães para introdução precoce de outros alimentos na dieta das crianças:

- Aos 30 dias, os motivos alegados pelas adolescentes para a introdução de chá estiveram associados à orientação de outra pessoa (médico e/ou familiar) e, para as adultas, os motivos estavam associados às características apresentadas pelo bebê (p = 0,001).
- Aos 90 dias, os motivos alegados pelas adolescentes para a introdução de água estiveram associados à orientação médica e/ou familiar e, entre as adultas, os motivos estavam relacionados à criança, resultado estatisticamente significativo (p = 0,004). E em relação à introdução do chá, mais uma vez as adolescentes alegaram como motivos a orientação médica e/ou familiar e, as adultas, motivos relacionados à criança (p = 0,000).
- Aos 180 dias, as mães adolescentes e as adultas referiram o mesmo motivo para introdução de outro leite (relacionado à própria mulher) e esse resultado foi estatisticamente significativo (p = 0,030).

Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno é recomendado e incentivado e pela OMS, UNICEF e MS, visto que os benefícios para a mãe, bebê, família e sociedade são diversos. Nesse sentido, este estudo acompanhou o AM de mães adultas e adolescentes na maternidade, com 30, 90 e 180 dias pós-parto, permitindo maior visibilidade ao cuidado dispensado pela mãe adolescente ao alimentar seu bebê.

O estudo apresentou como limitação a impossibilidade do acompanhamento presencial com visitas domiciliares com 30, 90 e 180 dias de amamentação na casa das mães. No entanto, as buscas fonadas foram de grande importância e capazes de sanar esta limitação.

O estudo mostrou que as adolescentes alegam motivos que não são os mesmos que as adultas para a introdução de outros alimentos na dieta da criança. Com 30 e 90 dias após o parto, as adolescentes seguem as orientações de outras pessoas alegando como motivos a orientação do médico e/ou da família, enquanto as adultas observam o comportamento da criança para o oferecimento de outros líquidos. Essa constatação chama a atenção para a importância das orientações diferenciadas para as adolescentes, que buscam em outras pessoas as informações relacionadas ao cuidado da criança, no caso, a alimentação.

Assim, a contribuição para a prática clínica deste estudo está relacionada ao olhar diferenciado que os profissionais de saúde devem ter com as adolescentes, já que elas podem ser mais vulneráveis aos agravos de saúde, podem ter menos conhecimento sobre a prática de amamentação e alimentação da criança, estão em fase de transição para a vida adulta, com diversos enfrentamentos e, na maioria das vezes, dependem de algum familiar para os cuidados com os seus bebês. As adolescentes recorrem à orientação de outras pessoas, razão pela qual médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem ser preparados em sua formação para lidar com as especificidades das adolescentes no que tange à maternidade nessa fase da vida. Além disso, sugere-se que as famílias sejam contempladas juntamente com as adolescentes nos momentos de orientação sobre a alimentação da criança pequena, já que serão a referência a ser seguida pelas adolescentes em sua vida diária.

No que se refere à contribuição para a pesquisa, este estudo mostra que existem lacunas na literatura científica em relação às diferenças entre as mães adolescentes e adultas no que se refere ao processo de AM, pois elas possuem necessidades específicas. As políticas de saúde estão voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência. Entretanto, quando a gestação ocorre, as ações em saúde não são específicas para as adolescentes. Nesse sentido,

sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas que acompanhem a amamentação e alimentação da criança para além do período de seis meses, comparando mães adolescentes e adultas, com o uso de outras metodologias e pesquisas qualitativas, a fim de sanar as lacunas que ainda existem e contribuir para o aumento do AM, principalmente entre as adolescentes.

Referências

REFERÊNCIAS

ABREU, F. C. P.; FABRO, M. R. C.; WERNET, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva/ revisão integrativa. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 10, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i3.3500>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S.; COSTA, H. M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Saúde em Foco,** Teresina, v. 2, n. 1, p. 151-167, jan/jun. 2015. Disponível em: < http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/912/851>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B.; SZARFARC. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 195-200, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/81222>. Acesso em: 27 jul. 2018.

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ALVES, E. D.; MUNIZ, M. C. V; TELES, C. C. G. D. Estudos sobre gravidez na adolescência: a constatação de um problema social. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v. 12, n. 3, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2010v12n3p%25p>. Acesso em: 09 jul. 2018.

ALVISI, P. et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. **Italian journal of pediatrics**, London, v. 41, p. 36, abr. 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1186/s13052-015-0143-5>. Acesso em: 26 jun. 2018.

APOSTOLAKIS-KYRUS, K.; VALENTINE, C.; DEFRANCO, E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. **Journal of Pediatrics**, Saint Louis, v. 163, n. 5, p. 1489-1494, nov. 2013. Disponível em: <http://doi:10.1016/j.jpeds.2013.06.027>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p.488-492, ago. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400015>. Acesso em: 24 jul. 2018.

AZEVEDO, A. R. R. et al. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, jul./set, v. 19, n. 3, p. 439-445, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150058>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 370 p., 1985. Disponível em:

<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BAI, D. L. ; FONG, D. Y.; TARRANT, M. Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. **Birth**, Boston, v. 42., n. 1, p. 70-77, mar. 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1111/birt.12152>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.1, p. 123-127, fev. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000300007>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BARBOSA, M. B. et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 272-281, set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000300007>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BARROS, V. O. et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire**: revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 101-114, ago. 2009. Disponível em: < http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/237.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BATISTA, K. R. A. FARIAS, M. C. D. MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, Mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100015.>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BECKER, G. E.; REMMINGTON, S. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, v. 25, n. 11, p. CD006462, Ago. 2014. Disponível em: <http://doi:10.1002/14651858.CD006462.pub3>. Acesso em: 11 jul. 2018.

BOAS, C. C.; CUNHA, C. F.; CARVALHO, R. Por uma Política Efetiva de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei Privado de Liberdade. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2010. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/37/2011/02/artigo-revista-medica.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2018.

BOCCOLINI C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, fev. 2011. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>. Acesso em: 08 jul. 2018.

_____. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 108, p. 1-9, Nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BOFF, A. D. G. et al. Mother's social/economic aspects and level of knowledge about breastfeeding. Audiology. **Communication Research**, São Paulo, v. 20, n .2, p. 141-145, Abr./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312015000200001517>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BONILHA, E. A. et al. Gestação na adolescência no município de São Paulo. **Boletim Eletrônico CEInfo,** São Paulo, ano 6, n. 2, mar. 2015. 11 p. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/Ano6_n02_Gestacao_Adolescencia.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC. **Boletim Análise CEInfo,** São Paulo, ano 10, n. 11, mai. 2015. 40p. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_11.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 2004. Seção 1, p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 16 out. 1991. Seção 1, p. 22589. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8242.htm>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 4ed., 1999. 20 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_brasileira_alimentos_lactentes_4ed.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **I Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 121 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno_2001.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed., 2007a. 57p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 06 dez. 2007b. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2007c. 82 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais**: **pactos pela vida, em defesa do SUS e gestão**. Brasília, DF, 2007d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. 1 ed., n. 23, Brasília, 2009a. 112 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 108 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros:** situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde: 2010a. 63 p. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:** 70 anos de história, Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p. (Série I. História da Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde**. Rede Amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2010), Brasília, DF,** 2011b. 58p. - (Série I. História da Saúde). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf . Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 26 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Aleitamento_Materno-Distribuicao_Leites_Formulas_Infantis-em-Min_Saude2012.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. 2013a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.%20php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 2000-2060.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013b. 21 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. O SUS e a **saúde sexual e reprodutiva** de **adolescentes** e **jovens** no **Brasil,** Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed., 2013c. 110 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1 ed., 2013d. 50 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da saúde**. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, n. 32, 2013e, 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf >. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília, DF, 2013f. 114 p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Mais brasileiras esperam chegar aos 30 para ter primeiro filho.** Brasília, 30 Out. 2014. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/15253-mais-brasileiras-esperam-chegar-aos-30-para-ter-primeiro-filho,%202014>. Acesso em: 27 ago. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, n. 23, 2015a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 2015b. 31 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf. Acesso em: 24 jul. 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Proposta de emenda à constituição número 1 de 2018**. Altera os incisos XVIII e XIX do art. 7° da Constituição Federal, para ampliar a duração da licença-maternidade e da licença paternidade. Praça dos Três Poderes, Brasília, p. 1-8, fev. 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7630942&disposition=inline>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASILEIRO, A. A. et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1705-13, Set. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900004>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BRENNER, A. K., LÂNES, P., CARRANO, P. C. R. A Arena das políticas públicas de juventude no Brasil: processos sociais e propostas políticas. **Jovenes - Revista de Estúdios sobre Juventude**, México. v. 22, p. 202-219, jan/jun. 2005.

BHUTTA, Z. A. et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? **Lancet**, England, v. 382, n. 9890, p. 452-77, Ago. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRITO, H. et al. Experiência do aleitamento materno. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Porto, v. 42, n. 5, p. 209-214, 2011. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4259/3160>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BROWN, C. R. et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. **Canadian journal of public health**, Ottawa, v. 105, n. 3, p. e179-e185, Mai. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25165836>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BULHÕES, T. R. B. et al. Prevalência de Recém-Nascidos Pré-Termo de Mães Adolescentes. **Id on line Revista Multidisciplinar e Psicologia**, Piedade, v 11, n. 39, p. 84-96, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/950/1407>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BUOSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, Apr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200014>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BURDETTE, A. M. PILKAUSKAS, N.V. Maternal religious involvement and breastfeeding initiation and duration. **American journal of public health**, New York, v. 102, n. 10, p. 1865-1868, Out. 2012. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.300737 >. Acesso em: 08 jul. 2018.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.281-287, São Paulo, Abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200002>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CALNEN, G. Paid maternity leave and its impact on breastfeeding in the United States: an historic, economic, political, and social perspective. **Breastfeeding medicine**, New Rochelle, v. 2, n. 1, p. 34-44, Mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2006.0023>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CAMAROTTI, C. M. et al. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023869008>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CAMINHA, M. F. C. et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.7, p. 2021-2032, jul. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.16532013>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CAMPAGNOLO, P. D. B. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 431-9, jul-ago 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000400001 >. Acesso em: 11 jul. 2018.

CAMPOS, A. A. O. et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. **Revista Medicina Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 161-167, 2011. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/193>. Acesso em: 28 jun. 2018.

CAMPOS, A. M. S. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 283-290, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0141.2553>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CASSIANO, A. N. et al. Perception of nurses on humanization in nursing care in immediate puerperium. **Journal of Research Fundamental Care On Line**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2051-2060, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2051-2060 >. Acesso em: 24 jul. 2018.

CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M. C.; ANDRADE, C. C. **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009. 303 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_juventudepolitica.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2918.

CAVALCANTE, M. B. P. ALVES, M. D. S. BARROSO, M. G. T. et al. Adolescence, alcohol and drugs: a reflection in the health promotion perspective. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 555-559, Set. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300024>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CHAGAS, D. O. et al. Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Revista Médica de Minas Gerais-RMMG,** Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 5-8 2011.

CHANTRY, C. J. et al. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. **The Journal of pediatrics**, Saint Louis, v. 164, n. 6, p. 1339-45, jun. 2014. Disponível em: <http://doi: 10.1016/j.jpeds.2013.12.035>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CHIMIONATO, L. A.; CHAUDE, L. M.; PINTO, I. C. Saúde da família, pré-natal e amamentação: percepção das mães sobre as dificuldades em amamentar. **Investigação**, Franca, SP, v. 8, n. 1-3, p. 67–76, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26843/investigacao.v8i1-3.67>. Acesso em: 11 jul. 2018.

CLAPIS, C.V.; FABBRO, M. R. C.; BERETTA, M. I. R. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p.704-710, out./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i4.20911>. Acesso em: 24 jul. 2018.

COCA, K. P. et al**.** Does breastfeeding position influence the onset of nipple trauma? **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 446-452, Jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200026>. Acesso em: 24 jul. 2018.

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico das mulheres na área de cobertura de saúde da família**. Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300015>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CONDE, R. G. **Análise da confiança materna para amamentar e duração do AME entre mães adolescentes**. 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>. Acesso em: 09 jul. 2018.

COSTA, R. et al. Dificuldades encontradas pelas mães ao amamentar em uma Unidade de Referência em Atenção Primária. **DêCiência em Foco**, Rio Branco, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/20>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CREMONESE, L. et al. A decisão de amamentar durante a adolescência: um estudo na perspectiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.6, n. 3, p. 317-326, 2016. Disponível em: < http://doi:10.5902/2179769219248>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CRUZ, M. C. C.; ALMEIDA, J. A. G, ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 201-210, Mar./Abr. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000200003>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CRUZ, S. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 259-276, Jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200008>. Acesso em: 10 jul. 2018.

D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 109-117, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100013>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 641-54, Abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400004>. Acesso em: 09 jul. 2018.

DEMIRCI, J. R. et al. Characteristic of breastfeeding discussions at the initial prenatal visit. **Obstetrics and gynecology**, New York, v. 122, n. 6, p. 1263-1270, Dez. 2013. Disponível em: <http://doi:10.1097/01.AOG.0000435453.93732.a6>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DIAS, A. C. G., OLIVEIRA, V. Z. A percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento prestado ao adolescente. In A. C. G. Dias (Org.). **Psicologia e Saúde: Pesquisas e reflexões,** Santa Maria, RS: UFSM, pp. 63-91, 2009.

DIAS, A. C.; TEIXEIRA, M. A. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, Jan./Abr. 2010. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100015>. Acesso em: 24 jul. 2018.

DIAS, A. S. et al. Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 44, n. 6, 2014. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2719>. Acesso em: 24 jul. 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, Jul./Set. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 24 jul. 2018.

DINOUR, L. N.; SZARO, J. M. Employer –Based Programs to Support Breastfeeding among Working Mothers: A Systematic Review. **Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 12, p. 131-141, Apr. 2017. doi: 10.1089/bfm.2016.0182. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28394659>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 Suplemento 1, p. 101-16, Aug. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25167169>. Acesso em: 24 jul. 2018.

DURHAND, S. B. **Mães adolescentes: estudo das vivências de amamentação dos seus filhos** Dissertação (Mestrado em Ciências Médias) – Centro Biomédico, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ENTWISTLE, F. ; KENDALL, S. ; MEAD, M. Breastfeeding support the importance of self-efficacy for low-income women. **Maternal Child Nutrition**., London, v. 6, n. 3. p. 228-242, jul., 2010. Disponível em: <http://doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00202.x>. Acesso em: 24 jul. 2018.

EVELEIN, A. M. et al. The association between breastfeeding and the cardiovascular system in early childhood. **American Journal Clinical of Nutrition**, Bethesda, v. 93, n. 4, p. 712-718, Feb. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.002980>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ERKUL, P. E; YALÇIN, S. S.; KILIÇ, S. Evaluation of breastfeeding in a Baby-Friendly City, Corum, Turkey. **Central European Journal of Public Health,** Prague, v. 18, n. 1, p. 31-37, mar. 2010. Disponível em: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2010/01/07.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FELDMAN-WINTER, L.; SHAIKH, U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. **Journal of Human Lactation**., Thousand Oaks, v.23, n.4, p.362-367, nov. 2007. Disponível em: <http://doi:10.1177/0890334407308303>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FÉLIZ FILHO, F. de A. et al. Fatores relacionados ao desmame precoce entre nutrizes cadastradas em uma unidade de saúde da família. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 12, n. 2, p. 588-592, 2016. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/366/378>. Acesso em: 09 jul. 2018.

FERREIRA, R. A. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, Feb. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200010>. Acesso em: 10 jul.2018.

FERREIRA, H. L. O. C. et al. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 683-690, Mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300683>. Acesso em: 27 jun. 2018.

FERRO, N. G. Fatores relacionados ao insucesso da lactogênese. **Online Brasilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2516/552>. Acesso em: 11 jul. 2018.

FIGUEIREDO, M. C. D. et al. Human milk bank: the breastfeeding counseling and the duration of exclusive breastfeeding. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 204-210, 2015 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/103016>. Acesso em: 09 jul. 2018.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p .1291- 1297, Dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600006>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FILAMINGO, B. O.; LISBOA, B. C. F.; BASSO, N. A. S. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de dois córregos, Estado de São Paulo. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.22, n.2, p. 81-85, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/10509/8155>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FONSECA, M. R. C. C.; NAZARETH, M. C. L. R. Conhecimento sobre aleitamento materno em puérperas de um hospital público do interior de São Paulo, **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 11, n.1/2, p. 33-47, 2017. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2497>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FRANÇA, M.C.T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.607-614, Ago, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000028>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Conhecimento de mães acerca do aleitamento materno e complementação alimentar: pesquisa exploratória. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 1, abr 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890/html_2>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FROTA, M. A. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, 2009. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v10i3.4813>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FUSETO, K. L. R.; OLIVEIRA, A. C. L. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 3, p.1-16, 2010.

GABBE. S.; et al. **Obstetrícia**: Gravidez Normal e Patológica. São Paulo: Elsevier, 6 ed., 2015, 1312 p.

GIULIANI, N. R. et al. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 53-58, jan./mar, 2012. Disponível em: <http://doi: 10.4034/PBOCI.2012.121.08>. Acesso em: 24 jul. 2018.

GLASS, T. L. et al. Infant feeding and contraceptive practices among adolescents with a high teen pregnancy rate: a 3-year retrospective study. **Journal of Women's Health**, Larchmont, v. 19, n. 9, p. 1659-1663, Sep. 2010. Disponível em: <http://doi: 10.1089/jwh.2009.1849>. Acesso em: 24 jul. 2018.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 467-475, Abr. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200015>. Acesso em: 24 jul. 2018.

GRANT, D. M. Breast feeding may be a dying" art". **The Canadian Nurse**, Ottawa, v. 64, n. 8, p. 45-47, 1968.

GREINER, T. Exclusive breastfeeding: measurement and indicators. **International breastfeeding journal**, London, v. 9, n. 18, p. 1-6, Oct. 2014. Disponível em: <http://doi: 10.1186/1746-4358-9-18>. Acesso em 11 jul. 2018.

GUERRA, G. V. Q. L.; et al. Exame Simples de Urina no Diagnóstico de Infecção Urinária em Gestantes de Alto Risco. **Ginecologia Revista Brasileira Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 488- 493, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n11/02.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

GUSMÃO, A. M. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3357-68, Nov. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100025>. Acesso em: 24 jul. 2018.

HAIEK, L. N. et al. Understanding breastfeeding behavior: Rates and shifts in patterns in Quebec. **Journal of Human Lactation**. Charlottesville, v. 23, n. 1, p. 24-31, Feb. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334406297278>. Acesso em: 26 jun. 2018.

HECTOR, D.; KING, L.; WEBB, K. Interventions to encourage and support breastfeeding. **New South Wales Public Health Bulletin**, Sydney, v.16, n.4, p.56-61, Mar./Apr. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16106274>. Acesso em: 24 jul. 2018.

HERICH, L. C. et al. Maternal Education is Associated with Disparities in Breastfeeding at Time of Discharge but not at Initiation of Enteral Feeding in the Neonatal Intensive Care

Unit. **The Journal of pediatric**, Saint Louis, v. 182, p. 59-65, Mar. 2017. Disponível em: <http://doi:10.1016/j.jpeds.2016.10.046>. Acesso em: 24 jul. 2018.

HERNANDES, A. R.; KOHLER, V. F.; FALCÃO, T. A. Iniciativa unidade básia amiga da amamentação: avaliando as práticas de uma unidade de saúde de Porto Alegre, 2007. **Boletim de Saúde,** Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 51-60, Jul./Dez. 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/cid-62689>. Acesso em: 24 jul. 2018.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas Políticas Públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 475-495, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200008>. Acesso em: 24 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, n. 36, 2016. 146 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). **World employment and social Outlook: trends 2015**. Geneva: Internacional Labour Office - ILO, 2015. 93 p. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_337069.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

_____. World Employment and Social Outlook 2016: Transforming jobs to end poverty International Labour Office – Geneva: ILO, 2016. 192 p. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_481534.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ISHISATO, S. M. T; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história**. Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.10, n. 4, p. 578-585, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400016>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ISSLER, H. et al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria,** São Paulo, v. 32, n. 2, p. 113-120, Abr./Jun. 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570043&indexSearch=ID>. Acesso em: 24 jul. 2018.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o prosad. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, Jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737221567004>. Acesso em: 09 jul. 2018.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, v. 362, n. 9377, p. 65-71, Jul. 2003. Disponível em: <http://doi:10.1016/S0140-6736(03)13811-1>. Acesso em: 24 jul. 2018.

JORGE, M. H. P. M. et al. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23. n.2. p.305-316. Jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200012>. Acesso em: 24 jul. 2018.

KALIL, I. R; COSTA, M. C. Nada mais natural que amamentar: discursos contemporâneos sobre o aleitamento materno no Brasil. **Revista eletrônica de comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em:<http://www.reiis.icit.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/666/1288>. Acesso em: 12 out.2016.

KANHADILOK, S.; MCGRATH, J. M. An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. **The Journal of perinatal education**, v. 24, n. 2, p. 119-127, Feb. 2015. Disponível em: <http://doi:10.1891/1946-6560.24.2.119>. Acesso em: 24 jul. 2018.

KAUFMANN, C. C. et al. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 157-65, Jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000200002>. Acesso em: 24 jul. 2018.

KOLETZKO, B. et al. Pediatric nutrition in practice World. World review of nutrition and dietetics. v. 113, p. 92-96, 2015. 334 p. Disponível em: <http://<doi:10.1159/issn.0084-2230>. Acesso em: 24 jul. 2018.

KORNIDES, M.; KITSANTAS, P. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. **Journal of child health care**, London, v. 17, n. 3, p. 264-73, Sep. 2013. Disponível em: <http://doi: 10.1177/1367493512461460>. Acesso em: 08 jul. 2018.

KOST, K.; LINDBERG, L. Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: Investigating relationships with new measures and propensity score analysis. **Demography**, Washington, v. 52, n. 1, p. 83-111, Feb. 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1007/s13524-014-0359-9. Acesso em 08 jul. 2018.

KRONBORG, H.; FOVERSKOV, E.; VAETH, M. Predictors for early introduction of solid food among Danish mothers and infants: An observational study. **BMC Pediatrics**. London, v. 14, p. 243, Oct. 2014. Disponível em: <http://doi: 10.1186/1471-2431-14-243. Acesso em: 07 jul. 2018.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; KAWACHI, I. Social Inequalities in Perinatal Mortality in Belo Horizonte, Brazil: The Role of Hospital Care, **American Journal of Public Health**, New York, v. 97, n. 5, p. 867-873, May. 2007. Disponível em: <http://doi:10.2105/AJPH.2005.075986>. Acesso em: 08 jul. 2018.

_____. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suplemento 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 08 jul. 2018.

LEÃO, L. M. S. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. 2005.146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2005. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2005leao-lms.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

LIMA, A. P. E.; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M. G. L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 912-918, Set./Out. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500017> Acesso em: 11 jul. 2018.

LYRA, J. et al. **Juventude, mobilização social e saúde: Interlocuções com políticas públicas.** Recife: Instituto PAPAI/MAB/Canto Jovem, 2 ed., p. 109-130, 2010.

LODI, J. C. **Autoeficácia e fatores associados à manutenção do aleitamento materno até o primeiro mês de vida da criança dia**. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2016. 73 f. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/321881/1/Lodi_JucileneCasati_M.pdf>. Acesso em: 24 Jul. 2018.

MACHADO, N. X. S; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-279, Jun. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200017>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MACIEL, A. G. Aleitamento materno exclusivo: fatores maternos motivadores para o desmame precoce. **Web artigos,** 2010. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/aleitamento-materno-exclusivo-fatores-maternos-motivadores-para-o-desmame-precoce/42973>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MAIA, M. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade do Rio Branco (Acre). **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 129-140, Jan./Jun. 2006.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1598, Jul. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700017>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MANFRÉ, C. C., QUEIRÓZ, S. G., MATTHES, A. C. S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **Revista brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 48-54, jan./dez, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc5(17)205>. Acesso em: 09 jul. 2018.

MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno entre mães adolescentes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 132-139, 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1590/1414-462X201500020072>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-569, Jul./Ago. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400012>. Acesso em: 08 jul. 2018.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e Crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, Mai. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500015>. Acesso em: 28 jun. 2018.

MATA, K. S. et al. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. **Revista Espaço para a Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 57-63, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/index/index>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MARTINS, C. C. et al. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, p. 167, Jan./Jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2307.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MARTINS, M. et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira**. Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p.802-808, Ago. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400003>. Acesso em: 09 jul.2018.

MEEDYA, S; FAHY, K; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth**, v. 23, p. 135-145, Dec. 2010. Disponível em: <http://doi: 10.1016/j.wombi.2010.02.00>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MEGLIO, G.; MCDERMOTT, M. P.; KLEIN, J. D. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. **Breastfeeding medicine**, New Rochelle, v. 5, n. 1, p. 41-7, Feb. 2010. Disponível em: <http://doi: 10.1089/bfm.2009.0016>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MOLINA, F. R.; GIL, N. L. M.; VICTORINO, S. V. Z. Prevalência do aleitamento materno exclusivo no Município de Marialva- Paraná. **Revista Uningá**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 71-83, out/dez, 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1137>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MICHAELSEN, K. F. Breastfeeding. In: Koletzko B. **Pediatric Nutrition** in Practice Switzerland: Karger. p. 85-89, 2008.

MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F.A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellin, v. 29, n. 2, p. 315-321, 2011a. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400013>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-367, Jun. 2011b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200019>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MONTEIRO, L. **Razões maternas para o desmame precoce em uma unidade basca de saúde no município de São Bernardo**. 2017, 63p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade São Luiz do Maranhão, 2017.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 367-376, Feb. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200008>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MORAES, B. A. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. especial, p. e2016-0044, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983- 1447.2016.esp.2016-0044>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MOREIRA, A. S. H.; MURARA, A. Z. Aleitamento materno, desmame precoce e hipogalactia: o papel do nutricionista. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 51-61, 2012. Disponível em: <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/47>. Acesso em: 19 ago. 2018.

MOREIRA, T. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008. Disponível em: <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/47>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 250-255, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17855>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MULLER, M. **The baby killer:** a War on Want investigation into the promotion and sale of powdered baby milks in the Third World. War on Want, London, 1974.112p.

NAKANO, A. M. S. et al. Women's social space and the reference for breastfeeding practice**. Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 230-238, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200007>. Acesso em: 24 jul. 2018.

NARCHI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-89, Mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100011>. Acesso em: 09 jul. 2018.

NASREDDINE, L. et al. Complementary feeding in the MENA region: Practices and challenges. **Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases**, Netherlands, v. 22, p. 793–798, Oct. 2012. Disponível em: <http://doi: 10.1016/j.numecd.2012.05.010>. Acesso em: 24 jul. 2018.

NESBITT, S. A. et al. Canadian adolescent mothers'perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study**. BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 12, n. 1, p. 149, Dec. 2012. Disponível em: <http://doi: 10.1186/1471-2393-12-149>. Acesso em: 24 jul. 2018.

NEWTON, E. R. The epidemiology of breastfeeding. **Clinical Obstetrics and Gynecology, Lippincott**, London, v. 47, n. 3, p. 613-623, Sep. 2004. Disponível em: <doi: 10.1097/01.grf.0000137068.00855.a0>. Acesso em: 24 jul. 2018.

NOWICKI, B. et al. Pathogenesis of gestational urinary tractinfection: urinary obstruction versus immuneadaptation and microbial virulence. International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Baltimore,** v. 118, n.2, p. 109-112, Jan. 2011. Disponível em: <http://doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02706.x>. Acesso em: 24 jul. 2018.

OLIMPIO, D. M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, E. D. A. Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas**. Cadernos das Escolas de Saúde,** Curitiba, v. 1, n. 3, p. 1-12, 2010. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2289>. Acesso em: 24 jul. 2018.

OLIVEIRA, S. N.; SILVA, S. H. G.; LUNARDELO, S. R. O programa de saúde da família como alternativa de mudança: um relato do município de Franca (SP), **Revista Investigação**, Franca, v. 8, n. 1-3, p. 115–120, jan./dez. 2008.

OLIVEIRA, C. S. et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 36, n. especial, p. 16-23, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>. Acesso em: 09 jul. 2018.

OLIVEIRA, M. I. C. Avaliação da implantação iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil**. Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 281-295, Set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300008>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN). **Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2013/07/oms-apenas-38-dos-bebes-sao-alimentados-com-leite-materno/>. Acesso em: 31 jul. 2015

ORIBE, M. et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. **Gaceta sanitária**, Barcelona, v. 29, n. 1, p. 4-9, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1016/j.gaceta.2014.08.002>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ORSO, L. F.; MAZZETTO, F. M. C.; SIQUEIRA, F. P. C. Percepção de mulheres quanto ao cenário de cuidado em saúde na promoção do aleitamento materno, **Revista Científica de Enfermagem.** São Paulo, v. 6, n. 17, p. 3-12, 2016. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/143>. Acesso em: 24 jul. 2018.

OTENIO, C. C. M. et al. Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em Bandeitantes-PR. **Salusvita**, Bauru, v. 26, n. 2, p. 45-53, Out. 2007. Disponível em: <https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v26_n2_2007_art_04.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto juvenil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 114-126, Mar. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100009>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PARCERO, S. M. J. et al. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada **Revista baiana de enfermagem, v.** 31, n. 2, p. e17332, 2017. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17332>. Acesso em: 24 jul. 2018.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 598p.

PEREIRA, C. R. V. R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n. 2, p. 525-534, Jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026.>. Acesso em: 07 jul. 2018.

PEREIRA, D. O. et al. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. **Revista Ciência Plural**. Lagoa Nova, v. 3, n. 3, p. 2-15, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12891>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p.2343-54, Dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200013>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PINHEIRO, V. A. O. **Aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamento relativos à sífilis e a sífilis congênita no brasil:** uma revisão bibliográfica. 2011. 25 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa: 2011. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4756.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PLENGE-BÖNIG, A. et al. Breastfeeding protects against acute gastroenteritis due to rotavirus in infants. **European Journal Pediatrics**, Heidelberg, v.169, n.12, p.1471-1476, 2010. Disponível em: <http://doi: 10.1007/s00431-010-1245-0>. Acesso em: 24 jul. 2018.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista Enfermagem.** São Paulo, v. 24, n. 5, p.624-30, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500005>. Acesso em: 24 jul. 2018.

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **The American journal of clinical nutrition**, Bethesda, v. 95, n. 5, p. 1113-35, May. 2012. Disponível em: <http://doi: 10.3945/ajcn.111.030254>. Acesso em: 24 jul. 2018.

QASEM W.; FENTON, T.; FRIEL, J. Age of introduction of first complementary feeding for infants: A systematic review. **BMC Pediatric**, London, v. 15, p. 702, Sep. 2015. Disponível em: <http://doi:10.1186/s12887-015-0409-5>. Acesso em: 26 jun. 2018.

QUELUZ, M. C. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-545, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40978/44493>. Acesso em: 24 jul. 2018.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, p. 860-864, 2017. Disponível em: < http://www.R-project.org/>. Acesso em: 08 jul. 2018.

RAGHAVAN, V. et al. First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: Prevalence and predictors in a Tertiary care setting. **Indian journal of pediatrics**, New Delhi, v. 81, n. 8, p. 743-50, Out. 2014. Disponível em: <http://doi: 10.1007/s12098-013-1200-y>. Acesso em: 09 jul. 2018.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2009.450>. Acesso em: 24 jul. 2018.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 241-249, Jun.1990. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000300011>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, Supl. 1, p. S37-S45, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>. Acesso em: 24 jul. 2018.

RENFREW, M. J. et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, v. 5, n. 16, CD-001141, May. 2012. Disponível em:<http://doi:10.1002/14651858.CD001141.pub4>. Acesso em 08 jul. 2018.

RIUS, J. et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de Espana. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 80, n. 1, p. 6-15, Jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.05.011>. Acesso em: 26 jun. 2018.

RIVEMALES, M. C.; AZEVEDO, A. C. C.; BASTOS, P. L. Revisão Sistemática da produção científica da Enfermagem sobre desmame precoce. **Revista Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 132-7, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a23.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

REIS, M. C. G. et al. Prevalência de anemia em crianças de 3 a 12 meses de vida em um serviço de saúde de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 792-799, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_19.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 22, Jan./Feb. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140002>. Acesso em: 24 jul. 2018.

RODRIGUES, B. C. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.15, n. 5, p. 832-841, set./out. 2014. Disponível em: <http://doi:10.15253/2175-6783.2014000500013>. Acesso em: 24 jul. 2018.

RODRIGUES, C. D. S.; LOPES, A. O. S. A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. Juazeiro do Norte, v. 10, n. 32, p. 70-87, Nov./Dez. 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579/811>. Acesso em: 09 jul. 2018.

ROLLA, T. S.; GONÇALVES, V. M. S. Aleitamento materno e seus determinantes. **Revista de Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 5, n. 1, p. 895-904, Jul./Ago. 2012. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/03-aleitamento-materno-e-seus-determinantes.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

ROMÃO, P. et al. Aleitamento materno: o que mudou em 12 anos. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 26, n. 3, p. 171-177, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542017000300003>. Acesso em: 09 jul. 2018.

ROMULUS-NIEUWELINK, J. J. et al. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. **International journal of pediatric obesity,** London, v. 6, n. 2-2, p. e508-e514, Jun. 2011. Disponível em: <http://doi: 10.3109/17477166.2010.512387>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SAFARI, M.; PAKPOUR, A. H.; CHEN, H. Factors influencing exclusive breastfeeding among Iranian mothers: a longitudinal population – based study. **Health promotion perspectives,** Tabriz, v. 7, n. 1, p. 34-41, 2017. Disponível em: <http://doi:10.15171/hpp.2017.07. Acesso em: 24 jul. 2018.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.28-33, Jan. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000100006>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SANTA CASA DE FRANCA. **Revista Balanço Social, 2014**. Franca, 2014. 30 p. Disponível em: <http://www.santacasadefranca.com.br/downloads/publicacoes/balanco_impressaofinal2.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Relatório Anual da Santa Casa de Misericórdia de Franca, 2015. Franca: Santa Casa de Misericórdia de Franca, 2015. Mimeografado.

SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=355>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M. H. S. N. Puerperium and postpartum review: meanings attributed by the mother. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 859-863, 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130062>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SANTOS, G. M. R. et al. Os mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família no município de Firminópolis-GO. **Revista da Faculdade Montes Belos (FMB)**, São Luís, v. 8, n. 4, p. 181-202, 2015. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/185>. Acesso em: 08 jul. 2018.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, CEInfo. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS. **Boletim CEInfo Análise**, São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, ano VI, n. 5, Mai. 2011. 54 p. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_Raca_Cor.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SCHAFER, E. J. et al. Influence of Experiences and Perceptions Related to Breastfeeding One's First Child on Breastfeeding initiation of Second Child. **Maternal and child health journal**, New York, v. 21, n. 6, p. 1288-1296, Jun. 2017. Disponível em: <http://doi: 10.1007/s10995-016-2228-1>. Acesso em: 08 jul. 2018.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Saúde, Brasília, v. 24, n.3, pp.465-474, Jul./Set 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>. Acesso em: 11 jul. 2018.

SCOTT J. A. et al. Timing and determinants of the introduction of complementary foods in kuwait: Results of a prospective cohort study. **Journal of human lactation.** Charlottesville, v. 31, n. 3, p. 467–473, Aug. 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1177/0890334415582205>. Acesso em: 07 jul. 2018.

SILVA, A.V. et al. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas: resultados e discussão. **Journal Health Science Institute**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 220-225, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n3/a005.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SILVA, A. S. et al. Alimentação complementar em menores de um ano: interpretações de mães adolescentes. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 99-105, Jan./Jun, 2016. Disponível em:

<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/485/311>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa - PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n 1, p. 29-37, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SILVA, L. S.; MENDES, F. C. Motivos do desmame precoce: um estudo qualitativo. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 259-267, Set./Dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i3.5590> Acesso em: 11 jul. 2018.

SILVA, M. B. et al. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, Jul./Set. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000300006>. Acesso em: 08 jul. 2018.

SILVA, R. S.; SILVA, V. R. Política nacional de juventude: trajetória e desafios. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 63, p. 663-678, Dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000300013>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SIPSMA, H. L. et al. Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration, and exclusivity. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 53, n. 3, p. 394-400, Sep. 2013. Disponível em: <http//:doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.005>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SMITH, P. H. et al. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. **International breastfeeding journal**, London, v. 7, n. 1, p. 1, Sep. 2012. Disponível em: <http://doi:10.1186/1746-4358-7-13>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras**. Brasília: IPEA, 2009. 41 p. (Texto para Discussão, n. 1424). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1424.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018. ´

SOARES, F. A. D. F. C et al. Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa. **REAS - Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup. 9, p. S890-S897, 2017. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS103.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

SOUSA, J. J. **Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres adultas.** 2011. 119 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Bahia: 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12740/1/DISSER_PGENF_282_JUSSILENE%20%282%29.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SOUSA, R. V. et al. Hábitos de alimentação e sucção de bebês assistidos em hospital amigo da criança, Campina Grande/PB, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 245-250, Abr./ Jun. 2012. Disponível em: <http://doi:10.4034/PBOCI.2012.122.14>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUTO, D.C.; JAGER M.E.; DIAS, A. C. G. Aleitamento materno e a ocorrência do desmame precoce em puérperas adolescentes. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 41, p. 73-79, Jul./Set. 2014. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2178>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, M. F. L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em hospitais amigo da criança. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 502-508, Dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400006>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, S. A. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Revista de enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3806-13, Out. 2016. Disponível em: <http://doi:10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201611>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100006>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SPEAR, H. J. Policies and practices for maternal support options during childbirth and breastfeeding initiation after cesarean in southeastern. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 5, p. 479-486, Sep./Oct. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00078.x>. Acesso em: 24 jul. 2018.

STEPHAN, A. M. S.; CAVADA, M. N.; VILELA, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 3, p. 431-438, Set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300008>. Acesso em: 09 jul. 2018.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 444-451, Jul./Set. 2011. Disponível em: <http://DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.17362>. Acesso em: 09 jul. 2018.

TAKUSHI, S. A. M. et al. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 115-125, Abr./Jun. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100014>. Acesso em: 24 jul. 2018.

TANG, L.; LEE, A. H.; BINNS, C.W. Predictors of early introduction of complementary feeding: longitudinal study. **Pediatrics International**, Carlton South, v. 57, p. 126–130, Nov. 2015. Disponível em: <http://doi: 10.1111/ped.12421>. Acesso em: 26 jun. 2018.

TEIXEIRA, S. C. R.; SILVA, L. W. S.; TEIXEIRA, M. A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas – uma revisão bibliográfica. Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v.

10, n. 1, p. 37-44, Jan./Mar 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353>. Acesso em: 11 jul. 2018.

TETER, M. S. H.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Amamentação e desmame precoce em lactantes de Curitiba. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 54-63, Out./Dez. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-834520>. Acesso em: 26 jun. 2018.

TOMA, S. T.; VENÂNCIO, S. I.; REA, M. F. Iniciativa Hospital amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para implantação de prática apropriadas de atenção a mães de recém-nascidos em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde,** São Paulo, n.48, p. 55-60, Nov. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000300011&lng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2018.

TUCKER, C. M.; WILSON, E. K.; SAMANDARI, G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: findings from a mixed-methods study. **International breastfeeding journal**, London, v. 6, p. 14, Sep. 2011. Disponível em: <http://doi: 10.1186/1746-4358-6-14>. Acesso em: 24 jul. 2018.

UEMA, R. T. B. et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina:** Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, suplemento, p. 349-362, Ago. 2015. Disponível em: <http:// DOI: 10.5433/1679-0367.2014v35n2p349>. Acesso em: 09 jul. 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Improving child nutrition - The achievable imperative for global progress**, n. e13.xx.4, April 2013. 124 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/gambia/Improving_Child_Nutrition_-_the_achievable_imperative_for_global_progress.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2018.

UNITED NATIONS POPULATION FUNDATION (UNFPA). Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **State of World Population 2013**: Motherhood in Childhood, Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFBA, 2013. 132 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/EN-SWOP2013-Report-Final.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

_____. Situação da população mundial 2017. **Mundos distantes, Saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade**, 2017. 140 p.

VELUSAMY, V.; PRENKUMAR, P. S.; KANG, G. Exclusive breastfeeding practices among mothers in urban slum settlements: pooled analysis from three prospective birth short studies in South India. **International breastfeeding journal**, London, v. 12, p. 35, Aug. 2017. Disponível em: < http://doi:10.1186/s13006-017-0127-8. Acesso em: 08 jul. 2018.

VENÂNCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces pelo movimento pela humanização do parto e nascimento com a política nacional de humanização. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v.4, n. 4, p. 129-141, 2010. Disponível em: <. http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/840/803>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 7, n. 83, p. 4-15, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VERÁS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A Maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade**. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, Abr./Jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200011>. Acesso em: 24 jul. 2018.

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a14.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

VICTOR, R. et al. Factors associated with inappropriate complementary feeding practices among children aged 6–23 months in Tanzania. **Maternal and child nutrition**, Oxford, v. 10, p. 545–561, Oct. 2014. Disponível em: <http://doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00435.x>. Acesso em: 24 jul. 2018.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

_____. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**, v.3, p. 199-205. Apr. 2015. Disponível em: <http://doi:10.1016/S2214-109X(15)70002-1>. Acesso em: 24 jul. 2018.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 86, n. 5, p. 441-444, Out. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000500015>. Acesso em: 08 jul. 2018.

VIELLAS, E. F, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2018.

VILA-CANDEL, R. et al. Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: An experience in a health department of a Valencian Community. Atencion primaria, 2018. **Atencion primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.** pii: S0212-6567, v. 17, p. 30473-0, Feb. 2018. Disponível em: <http:// doi: 10.1016/j.aprim.2017.09.002>. Acesso em: 24 jul. 2018.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). Breastfeeding and food security. Malásia, 2008. Disponível em: <http://www.waba.org.my/resources/activitysheet/acsh10.htm>. Acesso em: 09 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care**. Section1, Background and implementation. Geneva: World Health Organization, 2009. 70p. ISBN-13: 978-92-4-159495-0.

_____. **Global Network of Institutions for Scientific Advice on Nutrition.** Report of the first Meeting 11-12 March 2010. Geneva: WHO, 2010.

_____.**Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/>. Acesso em 08 jul. 2018.

_____. **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.** Geneva: WHO; 2009. 112 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf;jsessionid=475209D6E5A519EB70058AF05F9386D3?sequence=1>. Acesso em: 11 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS POPULATION FUNDATION (UNICEF). **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.** Geneva (CH): World Health Organization; 2 ed., 2017. 491 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=0508F7DA65C5A9BCA8FCA7E8E391D85F?sequence=1>. Acesso em: 09 jul. 2018.

ZÜÑIGA, H. P. P.; MONTEIRO, C. A. Uma nova hipótese para a ascensäo da mortalidade infantil da cidade de Säo Paulo nos anos 60. In: Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29 n. 6, p. 157-72, 1995.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para adultas)

Nome da pesquisa: Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas
Pesquisadora responsável: Carla Porto Cunha

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é compreender como é o comportamento das mães durante a realização do aleitamento materno e alimentação do bebê, para buscar identificar as dificuldades em iniciar e manter a amamentação. Para isso, você receberá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como fazer para alimentar seu bebê; também consultaremos o seu prontuário para coletarmos algumas informações sobre o momento de seu parto. Além disso, entraremos em contato com você com 1 mês, 3 meses e 6 meses de vida do seu bebê para lhe fazer perguntas sobre como você está alimentando seu bebê.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo.

O questionário que você deverá responder exigirá cerca de 15 minutos de seu tempo. Este questionário será respondido após 24 horas de seu parto. Durante os contatos telefônicos que serão feitos com um mês, 3 meses e 6 meses de vida de seu bebê, iremos conversar por cerca de 10 minutos.

Você pode aceitar ou não participar e, caso você aceite, assumo o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Esclareço também que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta do questionário. Se houver alguma dúvida ou se você sentir-se incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional se houver

necessidade; nesses casos, o preenchimento do questionário será interrompido e poderá ser retomado em outro momento, se você desejar. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento e isso não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa.

Agradeço a colaboração e informo que, com esta pesquisa, mesmo que não traga benefícios diretos, indiretamente você estará colaborando para melhorar o planejamento das orientações e ações oferecidas às mães e seus bebês, de modo que se sintam mais tranquilas e seguras com a prática da amamentação.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa.

Atenciosamente,

_____

Nome: Carla Porto Cunha

Tel: (16) 999672084 E-*mail*: carlaportocunha@yahoo.com.br

Endereço: Rua Dorama Sad Pedigoni, Primo Meneguetti

Cidade: Franca, SP

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP – EERP/USP, sala 38.

Telefone: (16) 3315 9197. E-*mail*: cep@eerp.usp.br

Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Franca, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da participante

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO (para adolescentes)

Nome da pesquisa: Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas
Pesquisadora responsável: Carla Porto Cunha

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é compreender como é o comportamento das mães durante a realização do aleitamento materno e alimentação do bebê, para buscar identificar as dificuldades em iniciar e manter a amamentação. Para isso, você receberá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como fazer para alimentar seu bebê; também consultaremos o seu prontuário para coletarmos algumas informações sobre o momento de seu parto. Além disso, entraremos em contato com você por telefone com um mês, 3 meses e 6 meses de vida de seu bebê para lhe fazer perguntas sobre como você está alimentando seu bebê.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim; solicito ainda a autorização do seu responsável para que você possa participar deste estudo e, se ele(a) concordar, também assinará este termo. Uma via assinada deste termo ficará com você e a outra ficará comigo.

O questionário que você deverá responder aqui na maternidade exigirá cerca de 15 minutos de seu tempo. Este questionário será respondido após 24 horas ou mais depois de seu parto. Durante os contatos telefônicos que serão feitos com um mês, 3 meses e 6 meses de vida de seu bebê, iremos conversar por cerca de 10 minutos. Você pode aceitar ou não participar e, caso você aceite, assumo o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Esclareço também que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta do questionário. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional se houver necessidade; nestes casos, o preenchimento do questionário será interrompido e poderá ser retomado em outro momento,

se você desejar. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento e isso não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa.

Agradeço a colaboração e informo que, com esta pesquisa, mesmo que não traga benefícios diretos, indiretamente você estará colaborando para melhorar o planejamento das orientações e ações oferecidas às mães e seus bebês, de modo que se sintam mais tranquilas e seguras com a prática da amamentação.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa

Atenciosamente,

_____

Nome: Carla Porto Cunha

Tel: (16) 999672084 E-*mail*: carlaportocunha@yahoo.com.br

Endereço: Rua Dorama Sad Pedigoni, Primo Meneguetti

Cidade: Franca, SP

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP – EERP/USP, sala 38.

Telefone: (16) 3315 9197. E-*mail*: cep@eerp.usp.br

Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Franca, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da adolescente

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para o responsável pela adolescente)

Nome da pesquisa: Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas
Pesquisadora responsável: Carla Porto Cunha

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de lhe pedir a autorização para convidar a adolescente menor de idade a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é compreender como é o comportamento das mães durante a realização do aleitamento materno e alimentação do bebê, para buscar identificar as dificuldades em iniciar e manter a amamentação. Para isso, a adolescente, receberá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como fazer para alimentar seu bebê; também consultaremos o seu prontuário para coletarmos algumas informações sobre o momento de seu parto. Além disso, entraremos em contato com ela após 1 mês, 3 meses e 6 meses de vida para lhe fazer as mesmas perguntas sobre como você está alimentando seu bebê.

Caso você, como responsável legal da menor de idade, concorde em autorizar a participação da mesma, você assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo.

O questionário que a participante deverá responder exigirá cerca de 15 minutos de tempo dela. Este questionário será respondido após 24 horas de parto. Durante os contatos telefônicos que serão feitos com um mês, 3 meses e 6 meses de vida de seu bebê, iremos conversar por cerca de 10 minutos.

Você pode autorizar ou não a participação da adolescente e, caso você autorize, assumo o compromisso de manter sigilo sobre a identidade da mesma. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela participação da adolescente na pesquisa. Esclareço também que a mesma terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta do questionário. Se houver alguma dúvida ou se a participante se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional se houver necessidade; nesses casos, o

preenchimento do questionário será interrompido e poderá ser retomado em outro momento, se ela desejar. Ela poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento e isso não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa.

Agradeço a colaboração e informo que, com esta pesquisa, mesmo que não traga benefícios diretos, indiretamente a participante estará colaborando para melhorar o planejamento das orientações e ações oferecidas às mães e seus bebês, de modo que se sintam mais tranquilas e seguras com a prática da amamentação.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa.

Atenciosamente,

_____

Nome: Carla Porto Cunha

Tel: (16) 999672084 E-*mail*: carlaportocunha@yahoo.com.br

Endereço: Rua Dorama Sad Pedigoni, Primo Meneguetti

Cidade: Franca, SP

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP – EERP/USP, sala 38.

Telefone: (16) 3315 9197. E-*mail*: cep@eerp.usp.br

Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a participação de _____ na pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que o nome da participante será preservado.

Franca, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do responsável legal da adolescente

APÊNDICE D - 1º Instrumento de coleta de dados

Data: ____/____/____ Pesquisadora:_____Formulário n° _____		
Nome da participante _____ Registro do prontuário: _____		
Telefone 1 (residencial):	Operadora:	( )
Telefone 2 (celular):	Operadora:	( )
Telefone 3 (onde poderá permanecer após o parto):	Operadora:	(____) Casa de quem?
Telefone 4	Operadora:	(____) nome: grau de parentesco:
Qual o melhor horário para ligar?		

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
DATANASC	( )	1. Data de nascimento: _____/_____/_____
IDADE	( )	1.1 Idade em _____anos completos
CORAUTO	( )	2. Cor auto referida: ( ) 1 branca, 2 negra, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
ESCOLAR	( )	3. Escolaridade ( ) 1 Analfabeta 2 Ensino fundamental incompleto 3 Ensino fundamental completo 4 Ensino médio incompleto 5 Ensino médio completo 6 Ensino superior incompleto 7 Ensino superior completo 8 Pós-graduada
PAROUEST	( )	4. Parou de estudar por causa da gravidez? ( ) 1 sim, 2 não
RELIGIÃO	( )	5. Religião: ( ) 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4, protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira, 7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstico, 12 ateu, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 15 outras _____
OCUPAÇÃO	( )	6. Ocupação: ( ) 1 realiza trabalho remunerado fora do lar 2 não realiza trabalho remunerado fora do lar
ESTMARITAL	( )	7. estado marital: ( ) 1 solteira, 2 casada, 3 amasiada, 4 divorciada/separada, 5 outra_____
MORADIA	( )	8. Situação de moradia: ( ) 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida, 5 outra_____
RENDA	( )	9. Renda familiar em reais: _____
AJUDA	( )	10.1. Alguém te ajudará com os cuidados do bebê? ( ) 1 sim, 2 não

AJUDQUEM	( )	10.2. Se sim, quem? ( ) 1 marido/companheiro 2 mãe 3 sogra 4 outro familiar 5 amiga 6 outro_____ 999 não se aplica (não terá ajuda)
III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
NUMGESTA	( )	11.1. Número de gestações: ( )
NUMPARTO	( )	11.2. Número de partos: ( )
NUMABORT	( )	11.3. Número de abortos: ( ) 999 não se aplica (não teve)
NUMFILH	( )	12. Número de filhos vivos: ( )
GESTPLAN	( )	13. Gestação atual foi planejada? ( ) 1 sim, 2 não
IGPN	( )	14. Idade gestacional do início do pré-natal em semanas:_____
NUMPN	( )	15. Número de consultas de pré-natal: _____
INTGES	( )	16.1. Intercorrências na gestação atual: ( ) 1 sim, 2 não
INTGESQU	( )	16.2. Intercorrências na gestação atual: Se sim, qual? _____
DATAPART	( )	17. Data do parto: _____/_____/_____
TIPOPART	( )	18. Tipo de parto atual: ( ) 1 normal 2 cesárea 3 fórceps
INTPART	( )	19. 1. Intercorrências no parto: ( ) 1 sim, 2 não
INTPARTQ	( )	19. 2. Intercorrências no parto: Se sim, qual? _____
INTPOSP	( )	20.1. Intercorrências no pós-parto: ( ) 1 sim, 2 não
INTPOSPQ	( )	20. 2. Intercorrências no pós-parto: Se sim, qual? _____
SEXOCRIA	( )	21. Sexo do recém-nascido: ( ) 1 feminino 2 masculino
PESONASC	( )	22. Peso do recém-nascido no nascimento: _____ (em gramas)
AMPRIHR	( )	23. Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto: ( ) 1 sim 2 não 3 não sabe
AMCOLETA	( )	24. Aleitamento no momento da coleta de dados: ( ) 1 aleitamento materno exclusivo, 2 aleitamento materno predominante (com água e/ou chá), 3 aleitamento materno misto (com outros leites), 4 Não está amamentando

APÊNDICE E – 1ª, 2ª e 3ª Buscas fonadas

1ª, 2ª e 3ª Buscas fonadas		
Data: _____/_____/_____		
CONTATEL	( )	a. Contato telefônico com: ( ) 1. 30 dias 2. 90 dias 3. 180 dias
Vamos falar agora sobre como você está alimentando seu filho, nestes últimos dias em sua casa.		
ESTAMAM	( )	**1**. Você está amamentando seu bebê com leite do peito? ( ) 1 sim, 2 não (**Se não, vá para a questão 6 em diante**)
AME	( )	**2**. O leite materno é o único alimento oferecido? ( ) 1 sim, 2 não (**Se não, vá para a questão 6 em diante**)
TERMAM	( )	**3**. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorre: ( ) 1 porque a criança larga 2 você interrompe
ESVAZIA	( )	**4**. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada? ( ) 1 Mama continua cheia ao final da mamada 2 Mama parece estar vazia e leve ao final da mamada 3 Retira o bebê antes de sentir a mama esvaziar
SATISFBB	( )	**5**. Você acha que a criança fica satisfeita ao término da mamada? ( ) 1 sim, 2 não **Vá para a questão 8**
TEMPAME	( )	**6**. **Se não**, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)? ( ) dias 999 não se aplica (está amamentando)

7. Que outro alimento ou líquido que você está oferecendo? (especificar o tipo de alimento, quando iniciou - em dias de vida da criança, frequência de oferecimento por dia.

Alimento/líquido	Introdução com quantos dias de vida da criança	Frequência por dia	Motivo

PARA TODAS AS PARTICIPANTES

INTERAM	( )	**8.1**. Você teve alguma intercorrência durante o tempo de aleitamento materno? ( ) 1 sim, 2 não
INTERAMQ	( )	**8.2** Se sim, qual?

9. O que você acha do leite que você produz ou produzia? (descreva com as palavras da mãe sua percepção da quantidade e aspecto do leite)

_____
_____
_____
_____
_____

Anexo

ANEXO

ANEXO A – Ofício de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 288/2016, de 08.09.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 07 de setembro de 2016.

Protocolo CAAE: 56833316.0.0000.5393

Projeto: Introdução precoce de alimentos na dieta das crianças: comparação entre mães adolescentes e adultas

Pesquisadores: Carla Porto Cunha
Juliana Cristina dos Santos Monteiro (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP