

Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil

The prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors: a cross-sectional study of teenage mothers between 14 and 16 years of age in the city of Porto Alegre in the State of Rio Grande do Sul, Brazil

Andréa Morais de Gusmão¹
 Jorge Umberto Béria¹
 Luciana Petrucci Gigante¹
 Andréa Fachel Leal²
 Lígia Braun Schermann¹

Abstract *This is a cross-sectional study to verify the prevalence and associated factors related to exclusive breastfeeding in adolescent mothers between 14 and 16 years of age with 6-month-old or younger babies, born in Porto Alegre in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, in 2009. The sample was based on 50% of the newborn babies from the population surveyed. A total of 341 adolescent mothers were interviewed in their homes. The variables considered as potential determinants of exclusive breastfeeding were social and demographic, pre- and post-natal assistance, emotional aspects of the mother, birth conditions and baby characteristics. Prevalence ratios (PR) were estimated by Poisson regression by means of hierarchical analysis. The prevalence of exclusive breastfeeding ranged from 47.8% in the first month of life up to 13.8% after six months and declined, on average, 24% for each month of life (RP = 0.76; CI95%: 0.68-0.85). Besides the baby's age, the factors associated with exclusive breastfeeding were maternal education (PR=1.53; CI95%: 1.18-1.98) and multiple births (PR=1.57; CI95%:1.02-2.46), the latter observed in only 4.7% of the sample. Teenage mothers with higher schooling and with live children from earlier pregnancies manifested higher prevalence of exclusive breastfeeding.*

Key words *Exclusive breastfeeding, Adolescent, Cross-sectional studies, Prevalence*

Resumo *Estudo transversal com objetivo de verificar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo (AME) em mães adolescentes de 14 a 16 anos cujos bebês de até seis meses nasceram em Porto Alegre (RS), no ano de 2009. A composição da amostra teve como base 50% dos nascidos vivos da população em estudo. Foram entrevistadas 341 mães adolescentes em seus domicílios. As variáveis investigadas como possíveis determinantes do AME foram: sociodemográficas, de assistência pré e pós-natal, aspectos psicoemocionais maternos, condições de nascimento e características do bebê. As razões de prevalência (RP) foram obtidas por regressão de Poisson mediante análise hierarquizada. A prevalência de aleitamento materno exclusivo variou de 47,8% no primeiro mês de vida do bebê até 13,8% aos seis meses, diminuindo, em média, 24% a cada mês de vida (RP = 0,76; IC95%: 0,68-0,85). Além da idade do bebê, também estiveram associadas ao aleitamento materno exclusivo a escolaridade materna (RP = 1,53; IC95%: 1,18-1,98) e a multiparidade (RP = 1,57; IC95%: 1,02-2,46), esta última observada em apenas 4,7% da amostra. As mães adolescentes com maior escolaridade e que possuem filhos vivos de gestações anteriores apresentaram maior prevalência de aleitamento materno exclusivo.*

Palavras-chave *Aleitamento materno exclusivo, Adolescência, Estudos transversais, Prevalência*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. Av. Farroupilha 8001/Prédio 14/228, São Luis. 92.425-900 Canoas RS Brasil.

andregusmao@uol.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Introdução

O leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido (RN) e o lactente, desempenhando inquestionável papel no crescimento e no desenvolvimento infantil¹. Suas vantagens estão extensamente documentadas na literatura mundial²⁻⁵. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam amamentação exclusiva por seis meses e complementada até os dois anos ou mais^{6,7}. Nesse contexto, torna-se importante a realização periódica de estudos que informem a frequência da amamentação permitindo acompanhar as tendências do aleitamento natural e suas modalidades nas localidades investigadas⁸.

No estudo do aleitamento materno, diversas metodologias e conceitos são utilizados, dificultando a comparação dos resultados obtidos. Para padronizar as estatísticas de aleitamento materno exclusivo no país, foram definidas as idades de corte de 30, 120 e 180 dias⁹. A literatura brasileira utiliza a definição de aleitamento materno exclusivo (AME) adotada pela OMS, ou seja, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos⁷.

A adolescência, de acordo com a OMS¹⁰, corresponde ao período de vida entre 10 e 19 anos de idade totalizando, em 2009, 1.200 milhões de adolescentes na população mundial – uma a cada cinco pessoas¹¹. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 os adolescentes representavam 17,9% da população total¹².

O estudo do perfil de morbidade deste grupo populacional tem revelado a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, fármaco-dependência, acidentes, problemas de saúde ocupacional, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério¹³.

A gravidez na adolescência, especialmente entre as mais jovens, guarda relação com altas taxas de morbimortalidade, tanto entre as mães quanto entre os filhos^{10,14}; com condições socioeconômicas desfavoráveis^{15,16} bem como efeitos emocionais negativos^{17,18}.

As estatísticas nacionais relativas à gravidez na adolescência revelaram redução nas taxas específicas de fecundidade, conforme dados do IBGE. O grupo de 15 a 19 anos que concentrava

18,8% da fecundidade total em 2000, passou a concentrar 17,7% em 2010¹⁹.

Os índices relacionados ao aleitamento materno (AM) na última pesquisa realizada nas Capitais e Distrito Federal (DF) demonstram que esta prática tem aumentado no Brasil⁷. A mediana do tempo de amamentação passou de 1,5 meses em 1975 para 4,1 meses em 1989; 6,7 meses em 1996; 9,9 meses em 1999²⁰ e, finalmente, 11,2 meses em 2008⁷.

Quanto à estimativa da probabilidade de aleitamento materno exclusivo (AME) em bebês de seis meses, verifica-se uma tendência evolutiva para o conjunto das capitais brasileiras e DF, tendo em vista que passou de 7,7% em 1999⁹ para 9,3% em 2008⁷. Para a cidade de Porto Alegre, a estimativa anteriormente citada passou de 6,5% em 1999⁹ para 8,2% em 2008⁷.

Alguns estudos demonstram que a interrupção do AME nos primeiros meses está associada à baixa renda familiar, pouca idade materna, primiparidade e retorno da mãe ao trabalho²¹⁻²³. Outros estudos apontam como fatores protetores do AME, dentre outros, maior escolaridade materna, situação conjugal com vínculo, experiência anterior de amamentação e mulheres que residem em sua própria casa^{24,25}.

São indiscutíveis os avanços do AM no Brasil apesar da heterogeneidade de sua prática nas diversas regiões do país. Tal constatação leva à necessidade de diagnósticos locais que são de fundamental importância na elaboração de políticas de incentivo à amamentação, adequadas a cada comunidade^{26,27}.

O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de AME nos seis primeiros meses de vida dos bebês de mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre (RS) e identificar fatores associados. Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada: “Fatores associados à gestação na adolescência: um estudo de casos e controles com jovens de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS”, que contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Método

Estudo de delineamento transversal com mães adolescentes entre 14 e 16 anos que tiveram filhos em Porto Alegre (RS) no ano de 2009.

Para composição da amostra, tomou-se como base dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) da cidade de Porto Alegre,

referentes ao número de bebês nascidos vivos no ano de 2008, de mães adolescentes de 14 a 16 anos (850), estimando-se esse mesmo número de partos para o ano de 2009.

Embora tenha sido planejado escolher aleatoriamente 50% das adolescentes que tiveram filho em 2009, a estratégia foi impossível porque muitos endereços não foram encontrados. Todas as elegíveis foram procuradas até três vezes. Quando não encontradas, eram substituídas por outra adolescente do SINASC Porto Alegre até completar a amostra.

Para adequação do questionário e da logística, foi realizado um estudo piloto com onze mães adolescentes que não foram incluídas na amostra.

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário estruturado por estudantes da área da saúde, previamente treinadas e supervisionadas. A coleta dos dados foi realizada nas residências das adolescentes entre os meses de julho/2009 a maio/2010. As informações da Declaração de Nascido Vivo (DN) foram coletadas junto à Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre.

O controle de qualidade das entrevistas se deu através de contatos telefônicos aleatórios em que algumas questões do questionário eram perguntadas novamente e checada a veracidade das respostas em 17% dos questionários.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Ulbra e pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era assinado pelo (a) responsável e, em caso de emancipação, pela adolescente.

As variáveis estudadas como possíveis determinantes do desfecho (AME) foram: a) sociodemográficas (idade da mãe, cor da pele autodeclarada pela mãe, escolaridade materna, escolaridade da avó materna, frequenta escola atualmente, rendimentos, classe social segundo classificação Abipeme, casada ou vive com alguém); b) assistência pré e pós-natal (número de consultas de pré-natal, tipo de assistência de saúde, nasceu em Hospital Amigo da Criança (HAC), tipo de parto, filhos vivos de gestações anteriores); c) aspectos psicoemocionais maternos (desejo por essa gravidez, atitude do parceiro, reação da família quanto à gravidez, indicadores emocionais maternos, expectativa em relação ao futuro, autovalorização e sofrimento psíquico); d) condições de nascimento (peso ao nascer e Apgar); e) cuidados com o bebê (quem cuida do bebê, grau de dificuldade para cuidar do bebê, percepção da saúde do bebê, diarreia, febre, problemas de pele e proble-

mas respiratórios) e f) características do bebê (idade e sexo do bebê)²⁸⁻³².

O banco de dados foi construído pelo programa *Teleform* com escaneamento dos questionários e posterior migração dos dados para o pacote estatístico *SPSS 18.0 for Windows* para fins de análise.

A análise estatística se deu através de análise univariada com a descrição do perfil das mães e dos bebês; análise bivariada constando do cruzamento das variáveis de exposição com o desfecho mediante tabelas de contingência (teste qui quadrado e teste para tendência linear); e, por último, análise multivariada, realizada por modelo de regressão de Poisson com variância robusta para a investigação do efeito conjunto das variáveis de exposição sobre o desfecho. Este teste foi escolhido por se tratar de estudo transversal com desfecho não raro³³.

A análise multivariada foi realizada conforme modelo hierarquizado expresso na Figura 1, que permite verificar se a associação entre desfecho e o fator em estudo é direta ou mediada pelo efeito das outras variáveis. Os efeitos das variáveis que se encontram em um mesmo nível hierárquico funcionam como fatores de confusão para as demais do mesmo nível e para as de níveis inferiores. Por sua vez, estas últimas podem exercer um efeito mediador das influências das variáveis de níveis superiores³⁴.

Permaneceram no modelo final as variáveis cujo valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada e com plausibilidade de acordo com o modelo teórico. O nível de significância adotado para todas as análises foi $p \leq 0,05$.

Resultados

Foram entrevistadas 431 mães adolescentes cujos bebês nasceram em Porto Alegre (RS) no ano de 2009. Excluíram-se três por não cuidarem dos seus bebês, uma por falecimento do bebê e cinco por não constar a data do nascimento na ficha do SINASC, restando 422 mães adolescentes para análise. Destas, 341 (80,8%) possuíam bebês com idade que variavam de 0 a 180 dias, constituindo-se na amostra do presente estudo.

Para esta amostra de 341 mães adolescentes foi possível estimar a prevalência de AME de 38%⁷ com margem de erro absoluta de aproximadamente cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%. Além disso, o poder do estudo seria de 80% para estimar razões de prevalência de 1,5 para os fatores de risco estudados, com nível de confiança de 0,05.

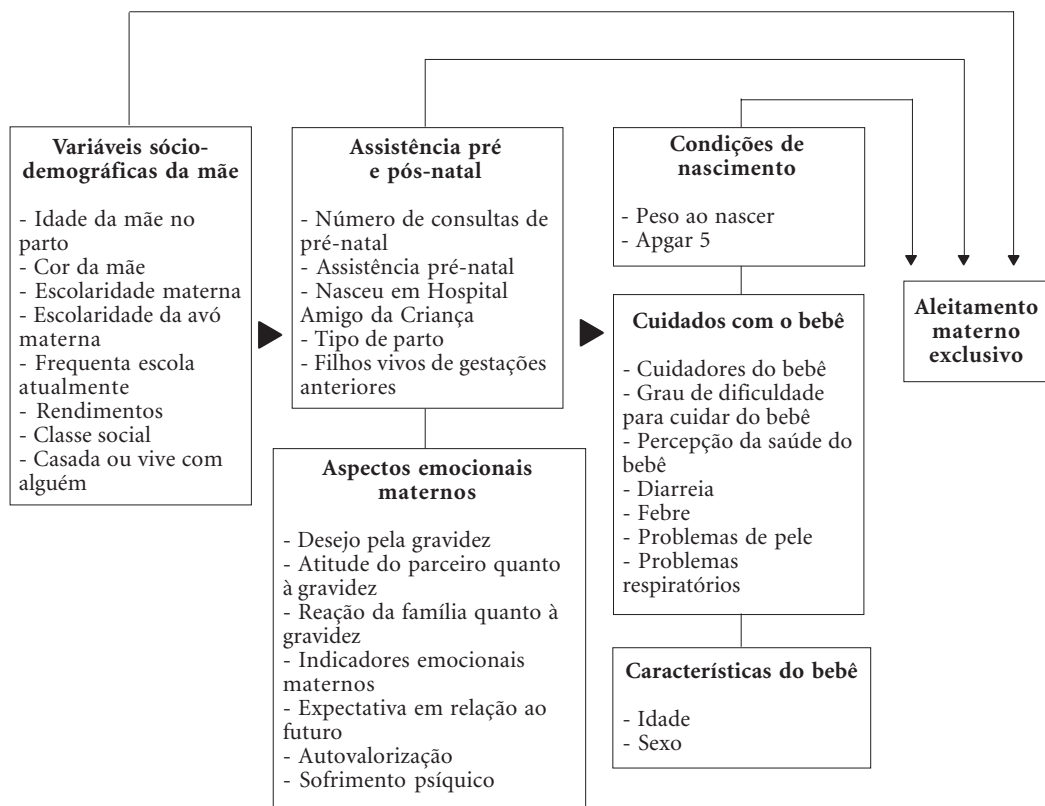


Figura 1. Modelo de análise hierarquizado de determinação do aleitamento materno exclusivo em bebês de até seis meses de idade, nascidos de mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, 2009.

A distribuição da frequência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida apresentou um decréscimo progressivo, com exceção do segundo mês do bebê, variando de 47,8% em bebês com até 30 dias a 13,8% naquelas com 151 a 180 dias. No momento da entrevista, 37,8% dos bebês estavam em AME; 31,7% em aleitamento materno não exclusivo e 30,5% não estavam sendo amamentados (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 descreve as características socio-demográficas das entrevistadas. Por ocasião do parto, 58,1% tinham 16 anos, 48,5% declararam-se de cor branca e 37,0% apresentavam oito ou mais anos de estudo. Quanto às mães das entrevistadas (avós maternas), 3,5% nunca frequentou a escola. Observou-se que 74,2% das mães adolescentes não frequentavam a escola no momento da entrevista e que 89,7% não exerciam trabalho remunerado. A maioria delas (57,3%)

encontrava-se na classe social C (classificação da Abipeme³⁰) e 63,3% era casada ou vivia com companheiro.

Na análise bivariada, a escolaridade materna, frequentar a escola, rendimentos e classe social atingiram nível de significância menor ou igual a 0,20 e foram inseridas na análise multivariada. Após o ajuste para fatores de confusão, apenas a escolaridade materna apresentou associação significativa com o desfecho. Ser mãe adolescente com mais anos de estudo (8 a 11 anos de estudo) aumentou em 49% a prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida.

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes à assistência pré e pós-natal e aos aspectos emocionais maternos. Apenas 2,1% das mães não realizaram o pré-natal. A maioria (92,4%), daquelas que o fizeram, consultou em Posto de Saúde ou Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Quanto ao local de nascimento do bebê,

Tabela 1. Prevalência, razão de prevalência (RP) bruta e ajustada entre aleitamento materno exclusivo (AME) e variáveis sócio demográficas maternas. Porto Alegre (RS), 2009

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo								
	Frequência		%	RP bruta	(IC 95%)	p valor	RP ajustada [*]	(IC 95%)	p valor
	n	%							
Idade mãe no parto (N=341)									
14	41	12,0	39,0	0,98	(0,81-1,19)	0,8233			
15	102	30,0	38,2						
16	198	58,0	37,4						
Cor da mãe (N=330)									
Branca	160	48,5	36,3	1					
Não branca	170	51,5	39,4	1,09	(0,82-1,43)	0,555			
Escolaridade materna (N=341)									
4 a 7 anos de estudo	215	63,0	31,6	1			1		
8 a 11 anos de estudo	126	37,0	48,4	1,53	(1,17-2,00)	0,002	1,49	(1,13-1,96)	0,004
Escolaridade avó materna (N=314)									
nunca estudou	11	3,5	54,5	1					
1º grau	248	79,0	39,1	0,72	(0,41-1,26)	0,246			
2º grau/superior	55	17,5	38,2	0,70	(0,37-1,32)	0,271			
Frequente escola (N=341)									
Sim	88	25,8	30,7	1			1		
Não	253	74,2	40,3	1,31	(0,93-1,86)	0,124	1,36	(0,95-1,96)	0,096
Rendimentos (N=341)									
Sim	35	10,3	20,0	1			1		
Não	305	89,7	39,7	1,98	(1,01-3,90)	0,047	1,61	(0,82-3,13)	0,163
Classe social (N=321)									
B	34	10,6	32,4	3,23	(0,47-22,11)	0,231	2,70	(0,35-20,85)	0,340
C	184	57,3	41,3	4,13	(0,64-26,73)	0,137	3,57	(0,49-26,15)	0,210
D	93	29,0	35,5	3,55	(0,54-23,24)	0,187	3,07	(0,42-22,43)	0,269
E	10	3,1	10,0	1			1		
Casada ou vive com alguém (N=341)									
Não	124	36,6	36,3	1					
Sim	217	63,6	38,7	1,07	(0,80-1,42)	0,659			

IC95% intervalo de 95% de confiança; ^{*} ajustada pelas variáveis significantes ($p \leq 0,20$) do nível 1 (escolaridade materna, frequente escola, rendimentos e classe social), excluindo-se aquelas com $p > 0,05$ após ajuste.

73,7% dos partos foram realizados em hospitais credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo 71,5% deles por via vaginal. Das 341 mães, 16 (4,7%) já tinham um ou mais filhos. Quanto aos aspectos emocionais maternos, 40,4% das mães haviam desejado a gravidez, recebendo apoio do parceiro em 78% dos casos e da família em 91%. Quando indagadas a respeito de si mesmas, 84,4% das adolescentes não apresentaram indicadores emocionais comprometidos, 84,7% tinham uma autovalorização positiva e 75,4% não relataram sofrimento psíquico intenso. Em relação ao futuro, apenas 20,9% relataram nenhuma ou pouca expec-

tativa. As variáveis tipo de parto, filhos vivos de gestações anteriores, indicadores emocionais, autovalorização e sofrimento psíquico foram analisadas pela regressão de Poisson por terem atingido significância menor ou igual a 0,20 na análise bivariada. Permaneceu no modelo a variável filhos vivos de gestações anteriores após ajuste para fatores de confusão. Mães adolescentes com um ou mais filhos anteriores possuem 1,33 vezes mais prevalência de AME do que mães adolescentes sem filhos vivos anteriores.

Quanto às condições de nascimento, descritas na Tabela 3, 10,6% dos bebês apresentou baixo peso ao nascer e 2,6% foram classificados com

Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência(RP) bruta e ajustada entre amamentação exclusiva (AME), assistência pré e pós natal e aspectos emocionais maternos. Porto Alegre(RS), 2009.

Variáveis	Frequência		Aleitamento Materno Exclusivo						
	n	%	%	RP bruta	(IC 95%)	p-valor	RP ajustada*	(IC 95%)	p-valor
Assistência pré e pós-natal									
Nº de consultas de pré-natal (N=339)									
nenhuma	7	2,1	28,6	1	(0,38-4,16)	0,699			
1 a 6	155	45,7	36,1	1,26	(0,42-4,47)	0,608			
7 e mais	177	52,2	39,0	1,36					
Assistência pré-natal (N=341)									
Público	315	92,4	37,5	1					
Privado	26	7,6	42,3	1,13	(0,70-1,81)	0,613			
Nascimento em HAC (N=339)									
Sim	250	73,7	38,0	1					
Não	89	26,3	37,1	0,98	(0,71-1,33)	0,878			
Tipo de parto (N=341)									
Cesáreo	97	28,5	29,9	1			1		
Vaginal	243	71,5	41,2	1,38	(0,98-1,93)	0,065	1,33	(0,94-1,87)	0,105
Filhos vivos de gestações anteriores (N=341)									
nenhum	325	95,3	36,9	1			1		
1 a mais	16	4,7	56,3	1,52	(0,97-2,40)	0,070	1,69	(1,02-2,80)	0,041
Aspectos emocionais maternos									
Desejo pela gravidez (N=339)									
Não	202	59,6	38,1	1					
Sim	137	40,4	38,0	0,99	(0,75-1,31)	0,976			
Atitude do parceiro (N=328)									
Negativa	72	22,0	31,9	1					
Positiva	256	78,0	39,8	1,25	(0,86-1,80)	0,241			
Reação da família (N=323)									
Não apoiou	29	9,0	31,0	1					
Apoiou	294	91,0	38,8	1,25	(0,71-2,19)	0,437			
Indicadores emocionais (N=340)									
Comprometidos	53	15,6	24,5	1			1		
Não comprometidos	287	84,4	40,1	1,63	(1,00-2,67)	0,051	1,15	(0,62-2,13)	0,661
Expectativa em relação ao futuro (N=340)									
Pouca ou nenhuma	71	20,9	31,0	1					
Boa	269	79,1	39,4	1,27	(0,87-1,85)	0,212			
Autovalorização (N=340)									
Baixa	52	15,3	23,1	1			1		
Boa	288	84,7	40,3	1,74	(1,04-2,92)	0,034	1,5	(0,78-2,89)	0,225
Sofrimento psíquico (N=337)									
Intenso	83	24,6	28,9	1			1		
Não intenso	254	75,4	40,2	1,39	(0,96-2,01)	0,081	1,25	(0,86-1,82)	0,238

IC95%: intervalo de 95% de confiança; *ajustada pelas variáveis significantes ($p \leq 0,20$) do nível 1 (escolaridade materna, frequência escola, rendimentos e classe social) e demais variáveis do bloco 2 (tipo de parto, filhos vivos de gestações anteriores, indicadores emocionais, autovalorização e sofrimento psíquico), excluindo-se aquelas com $p > 0,05$ após ajuste.

Tabela 3. Prevalência, razão de prevalência(RP) bruta e ajustada entre amamentação exclusiva (AME), condições de nascimento, cuidados com o bebê e características do bebê. Porto Alegre(RS), 2009.

Variáveis	Frequência		Aleitamento Materno Exclusivo						
	n	%	%	RP bruta	(IC 95%)	p-valor	RP ajustada*	(IC 95%)	p- valor
Condições de nascimento									
Peso (N=341)									
<2500g	36	10,6	27,8	1					
>=2500g	305	89,4	39,0	1,4	(0,81-2,42)	0,222			
Apgar 5 (N=340)									
5 a 7	9	2,6	33,3	1					
8 a 10	331	97,4	38,1	1,14	(0,45-2,91)	0,781			
Cuidados com o bebê									
Cuidadores (N=325)									
Com ajuda	267	82,2	36,7	1					
Mãe	58	17,8	43,1	1,16	(0,84-1,60)	0,377			
Grau de dificuldade para cuidar (N=341)									
Difícil/muito difícil	15	4,4	13,3	1			1		
Mais ou menos	122	35,8	38,5	2,89	(0,78-10,70)	0,112	3,14	(0,88-11,20)	0,077
Muito fácil/fácil	204	59,8	39,2	2,94	(0,80-10,81)	0,104	3,10	(0,88-10,88)	0,077
Percepção saúde bebê (N=341)									
Regular/ruim	18	5,3	27,8	1					
Ótima/boa	323	94,7	38,4	1,38	(0,65-2,95)	0,403			
Diarreia (N=337)									
Sim	43	12,8	34,9	1					
Não	294	87,2	37,8	1,08	(0,70-1,67)	0,721			
Febre (N=337)									
Sim	37	11,0	21,6	1			1		
Não	300	89,0	39,3	1,82	(0,97-3,41)	0,062	1,49	(0,82-2,71)	0,188
Problemas de pele (N=338)									
Sim	37	10,9	18,9	1			1		
Não	301	89,1	39,9	2,11	(1,07-4,16)	0,032	1,91	(0,99-3,67)	0,054
Problemas respiratórios (N=336)									
Sim	71	21,1	31,0	1					
Não	265	78,9	39,2	1,27	(0,87-1,85)	0,221			
Características do bebê									
Idade bebê (meses) (N=341)									
0 — 31	23	6,7	47,8						
31 — 61	95	28,0	53,7	0,76	(0,68-0,85)	<0,001	0,77	(0,68-0,86)	<0,001
61 — 91	103	30,2	38,8						
91 — 121	51	15,0	31,4						
121 — 151	40	11,7	17,5						
151 — 181	29	8,5	13,8						
Sexo bebê (N=341)									
Masculino	184	54,0	37,5	1					
Feminino	157	46,0	38,2	1,02	(0,78-1,34)	0,892			

IC95%: intervalo de 95% de confiança. *ajustada pelas variáveis significantes ($p \leq 0,20$) do nível 1 (escolaridade materna, frequência escola, rendimentos e classe social), nível 2 (tipo de parto, filhos vivos de gestações anteriores, IEClass, AVClass e SPClass) e demais variáveis do nível 3 (grau de dificuldade para cuidar, febre, problemas de pele e idade do bebê), excluindo-se aquelas com $p > 0,05$ após ajuste.

Apgar abaixo de 8 no 5º minuto. As mães adolescentes tiveram ajuda para cuidar de seus bebês em 82,2% dos casos e 59,8% delas declarou não encontrar dificuldade nesta tarefa. Apenas 5,3% percebeu a saúde dos filhos como regular/ruim. Quanto aos problemas de saúde percebidos pelas mães, 12,8% referiu que seus bebês costumavam apresentar diarreia, 11% febre, 10,9% problemas de pele e 21,1% problemas respiratórios. Quanto às características dos bebês, 54,0% eram do sexo masculino e 79,9%, concentravam-se na faixa etária de até 4 meses (< 121 dias).

Na análise bivariada, alcançaram nível de significância menor ou igual a 0,20 as variáveis: grau de dificuldade para cuidar do bebê, febre, problemas de pele e idade do bebê. Após a análise multivariada, somente a idade do bebê permaneceu no modelo. Constatou-se que, em média, a prevalência de AME diminuiu 24% em cada mês de vida do bebê até os seis meses.

O modelo final da regressão multivariada está apresentado na Tabela 4. As variáveis associadas à maior prevalência de aleitamento materno exclusivo foram: escolaridade materna (RP = 1,53; IC95%: 1,18-1,98); filhos vivos de gestações anteriores (RP = 1,57; IC95%: 1,02-2,42) e idade do bebê (RP = 0,76; IC95%: 0,68-0,85).

Discussão

No presente estudo, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) entre bebês de até seis meses de mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre foi 37,8%, variando de 47,8% no primeiro mês até 13,8% aos seis meses.

Apesar de estar aquém das recomendações da OMS⁶, esse resultado se aproxima dos encontrados em estudos de abrangência nacional, com mães de todas as idades, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, PNDS/2006, onde a prevalência de aleitamento exclusivo entre o nascimento e seis meses incompletos foi de 38,6% (PNDS/2006)³⁵ e a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF) realizada em outubro de 2008, onde 41% dos bebês menores de seis meses estavam em AME no conjunto das capitais brasileiras e DF; 43,9% na Região Sul e 38,2% em Porto Alegre⁷.

Estudo realizado por Cruz et al.³⁶ sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes no município de Volta Redonda (RJ) igualmente mostra cifras semelhantes às do presente estudo quanto à prevalência de AME nos seis primeiros meses do bebê (36,1%) e aponta não haver diferenciação dessa prevalência comparativamente às mães adultas. Vieira et al.³⁷ corroboram com este resultado mostrando não haver diferença em ser filho de mãe adolescente ou adulta com relação ao AME até os seis meses do bebê.

Outros estudos realizados com mães adolescentes e adultas na região serrana do RS e no Município do Rio de Janeiro mostram prevalência de AME em menores de seis meses de 55,0% e 58,1%, respectivamente^{38,39}.

Em estudo comparativo realizado no interior do Paraná, Almeida et al. entrevistaram 197 mães adolescentes e adultas com objetivo de descrever a prevalência de AME em crianças nascidas antes e após a implantação de um programa

Tabela 4. Razão de prevalência (RP) ajustada entre o aleitamento materno exclusivo (AME) e escolaridade materna, filhos vivos de gestações anteriores e idade do bebê (meses).

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo		
	RP ajustada*	(IC 95%)	p-valor
Escolaridade materna			
4 a 7 anos de estudo	1		
8 a 11 anos de estudo	1,53	(1,18-1,98)	0,001
Filhos vivos de gestações anteriores			
nenhum	1		
1 a mais	1,57	(1,02-2,42)	0,041
Idade do bebê (meses)	0,76	(0,68-0,85)	<0,001

IC95%: intervalo de 95% de confiança. * ajustada pelas variáveis significantes ($p \leq 0,05$) do nível 1 (escolaridade materna), do nível 2 (filhos vivos de gestações anteriores) e do nível 3 (idade do bebê).

de redução de morbimortalidade infantil. A prevalência de AME referida no sexto mês de vida foi 34,0% e 36,5% respectivamente, estando, no entanto, sujeita ao viés de memória das respondentes⁴⁰.

Na presente pesquisa, destaca-se que menos de 50% das crianças de até um mês estão em AME, havendo uma progressiva queda desta no decorrer dos seis primeiros meses de vida do bebê. Outras pesquisas, tanto regionais^{38,41} como nacionais³⁹, que estudaram mães adolescentes e adultas também observaram uma queda progressiva da AME nos seis primeiros meses de vida do bebê. No entanto, chama a atenção que as prevalências de AME iniciais são substancialmente superiores às do presente estudo, atingindo, respectivamente, 90,9%³⁸ e 82,1%³⁹ no final do primeiro mês.

Pode-se pensar que a introdução precoce de outros alimentos, observada no presente estudo, ocorreu devido a intercorrências no processo de amamentação. Em estudo quantitativo sobre o perfil da amamentação em grupos de mães adolescentes, foi constatado um aumento de 15 para 32,5 no percentual de adolescentes que referiu problemas na amamentação após a alta hospitalar devido, predominantemente, a traumas mamilares⁴¹. Igualmente, uma possível insegurança da mãe adolescente em prover uma alimentação adequada ao bebê pode ter contribuído para o resultado obtido^{42,43}. Tal fato também é evidenciado por Marques et al.⁴⁴, que, em revisão bibliográfica nas principais bases de dados (Medline, LiLacs, Scielo), apontam mitos e crenças (tais como, “leite fraco”, “o leite materno não mata a sede do bebê”, dentre outros) que geram sentimentos de culpa e ansiedade na nutriz, dificultando a amamentação.

Já ao final do sexto mês, a prevalência de 13,8% de AME encontrada no presente estudo se aproxima, especialmente, à pesquisa com mães adolescentes e adultas da região serrana do RS, que mostrou 14,1% de AME³⁸.

Estudos internacionais igualmente mostram prevalências baixas e decréscimo considerável de AME em bebês de até seis meses. Um estudo canadense de abrangência nacional, realizado com 5.615 mulheres com idades ≥ 15 anos, mostrou resultados semelhantes aos do presente estudo. Enquanto quase a metade das mulheres canadenses pesquisadas amamentavam exclusivamente seus bebês aos três meses, somente 13,8% o faziam aos seis meses⁴⁵. Outro estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos da América mostrou que somente 16,8% dos bebês

de seis meses estavam sendo amamentados exclusivamente⁴⁶.

Assim como Frota e Marcopito⁴⁷ em estudo com mães adolescentes e não adolescentes de Montes Claros, MG, pode-se pensar que a adolescência não está associada à interrupção precoce do aleitamento materno.

Contrariamente às pesquisas já citadas, no presente estudo houve um acréscimo no AME entre o primeiro e segundo mês de vida do bebê o que pode ser explicado por provável adaptação na amamentação após a alta hospitalar em razão de esse ser reconhecidamente um período de maior incidência de intercorrências no processo de lactação⁴¹.

A associação significativa entre escolaridade materna e duração de aleitamento materno encontrada neste estudo revela que mães com menor escolaridade tendem a introduzir outros alimentos mais precocemente. Este resultado tem sido sistematicamente observado em outros trabalhos^{39,45,48-51}, tanto com mães adolescentes como com adultas, e pode estar relacionado ao maior acesso a um conjunto de informações e reconhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê das mães com maior nível educacional^{6,7}.

Ter tido filhos vivos de gestações anteriores, mesmo sendo apresentado por apenas 4,7% das mães adolescentes entrevistadas, aumentou em 57% a prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebê. Certamente nada se sabe sobre a experiência prévia com relação à amamentação nesta amostra, mas Pereira et al.³⁹ destaca que mães adolescentes e adultas que haviam amamentado anteriormente por mais de seis meses, aumentaram em 27% a prevalência de aleitamento materno exclusivo. Al-Sahab et al.⁴⁵ igualmente mostraram que, dentre outras variáveis, ter tido gestações anteriores foi associada à maior probabilidade de aleitamento materno exclusivo aos seis meses em mães canadenses.

Os resultados desta pesquisa fornecem um quadro da situação do aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes de 14 a 16 anos na cidade de Porto Alegre, mostrando que a prevalência de AME é baixa e tende a diminuir durante os seis primeiros meses de vida do bebê. Poucos estudos sobre maternidade abarcam esta faixa etária inicial da adolescência. Atenção especial deve ser dada aos grupos de mães adolescentes com baixa escolaridade e que não possuem experiência anterior com amamentação, reforçando a necessidade dos profissionais da saúde de conti-

nuar estimulando e apoiando a amamentação exclusiva nos bebês menores de seis meses.

É importante ressaltar algumas limitações do presente estudo. Por se tratar de um estudo transversal, não pode ser utilizado para estabelecer relações causais definitivas. Além disso, a amostra foi formada predominantemente por adolescentes com maior vulnerabilidade social, concentradas nas classes sociais mais baixas (C, D e E) e que utilizaram, quase exclusivamente, os serviços públicos de saúde. Por fim, as mães adolescentes com filhos vivos de gestações anteriores não tiveram sua experiência anterior com amamentação completamente evidenciada.

Colaboradores

AM Gusmão realizou a fundamentação teórica, correção do banco de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser submetida para publicação. JU Béria, LP Gigante, AF Leal e LB Schermann participaram da concepção e delineamento do projeto mais amplo, treinamento da equipe de coleta de dados, elaboração do banco de dados, revisão do artigo e aprovação final da versão a ser submetida para publicação. LB Schermann participou ainda como orientadora no método da pesquisa, análise e interpretação dos dados.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa.

Referências

1. Uchimura NS, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato, Rocha SF. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. *Acta Scientiarum* 2001; 23(3):713-718.
2. Bener A, Ehlayel MS, Abdulrahman HM. Exclusive breast feeding and prevention of diarrheal diseases. A study in Qatar. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11(1):83-87.
3. Odijk JV, Kull I, Borres MP, Brandzaeg P, Edberg U, Hanson LA, Høst A, Kuitunen M, Olsen SF, Skerfving S, Sundell J, Wille S. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003; 58(9):833-843.
4. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J. Pediatr.* 2000; 76(Supl. 3): S238-S252.
5. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, Fuchs SM, Moreira LB, Gigante LP, Barros FC. Evidence of protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *The Lancet* 1987; 2(8554):319-322.
6. World Health Organization (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. *54th World Health Assembly*; 2001; Geneva: WHO; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *II Pesquisa de Prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
8. Sena MCF, Silva MF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):613-621.
9. Sena MCF, Silva MF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(6):520-524.
10. Organización Mundial de La Salud (OMS). *La Salud de los Jóvenes: um reto y uma esperanza*. Geneva: OMS; 1995.
11. World Health Organization (WHO). *Why do we need to invest in the health and development of adolescents?* Washington: WHO; 2009.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade*. Brasil, 2010 [página na Internet]. 2010. [acessado 2012 jan 21]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=.
13. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol obstet* 2006; 28(8):443-445.
14. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertonecello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev latino-am enfermagem* 2000; 8(2):25-32.
15. Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Marcello AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infantil* 2006; 6(4):419-426.
16. Heilborn ML, Salem T, Rohdan F, Brandão E, Knauth D, Victora C, Aquino E, McCallum C, Bozon M. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos* 2002; 17(8):13-45.
17. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psiosocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro Brasil - 1999-2001. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 1):112-120.
18. Levandowski DC, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia* 2008; 25(2):251-263.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [página da Internet]. [acessado 2012 maio 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2008&id_pagina=1.
20. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1901-1910.
21. Amador M, Hermelo MP, Canetti JE, Consuegra E. Adolescent mothers: do they breast-feed less? *Acta paedriatr Hung* 1992; 32(3):269-285.
22. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1519-1530.
23. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3):313-318.
24. Vituri SC, Brito ASJ. Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, estado do Paraná, Brasil. *Acta Sci Health Sci.* 2003; 25(2):141-146.
25. Aidam BA. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59(6):789-796.
26. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida e seus determinantes no sul do Brasil. *J Pediatr* 2006; 82(4):289-294.
27. Camilo DF, Carvalho RVB, Oliveira EF, Moura EC. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escolar. *Rev. Nutr.* 2004; 17(1):29-36.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde. *Manual de instruções para preenchimento da declaração de nascido vivo*. Brasília: MS; 2001.
29. Heilborn ML, Bozon M, Aquino EML, Knauth DR, Victora CG, Cabral CS. Questionário GRAVAD: Características, propósitos e procedimentos. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz; 2006. p. 43-4.
30. Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (Abipeme). *Classificação socioeconômica - critério Abipeme*. Anexo 3. [documento na Internet]. [acessado 2011 nov 28]. Disponível em: http://www.ufrn.br/sites/fonprace/perfil_anexo3.doc

31. Spring JF, Phillips JL. *Individual Protective Factors Index (IPFI): a measure of adolescent resilience*. Folsom: EMT Associates Inc.; 1997.
32. Sabroza AR, Leal MC, Junior PRS, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 1):130-137.
33. Coutinho LMS, Scazuflca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalências em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):992-998.
34. Mosley WH, Chen LC. An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. *Bull World Health Organ* 2003; 81(2):140-145.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PNDS 2006. Pesquisa Nacional revela Situação da Mulher, da Criança e do Aleitamento. 2008. [página na Internet]. [acessado 2013 set 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
36. Cruz MCC, Almeida JAG, Engstromn EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filho de adolescentes. *Rev. Nutr.* 2010; 23(2):201-210.
37. Vieira MLF, Silva JLCP, Filho AAB. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr* 2003; 79(4):317-324.
38. Beche N, Halpern R, Stein AT. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. da AMRIGS* 2009; 53(4):345-353.
39. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLTA, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12):2343-2354.
40. Almeida CC, Scochi MJ, Souza RKT, Carvalho WO. Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR). *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):575-583.
41. Nakano MAS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2007; 15(2):230-238.
42. Venâncio SI, Escuder MMI, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3):313-318.
43. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saude Publica* 2003; 19(5):1453-1460.
44. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e Crenças sobre o aleitamento materno. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2461-2468.
45. Ban Al-Sahab, Andrea Lanes, Mark Feldman, Hala Tamim, Al-Sahab B, Andrea L, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-months exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics* 2010; 10:20.
46. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors Associated With Exclusive Breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 2011; 128(6):1117-1125.
47. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):85-92.
48. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VY, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):143-148.
49. Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. *Rev. Nutr.* 2005; 18(3):301-310.
50. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venâncio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):711-718.
51. Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2):240-248.

Artigo apresentado em 10/05/2012

Aprovado em 21/06/2012

Versão final apresentada em 08/07/2012