



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Roberta Marielle Arik

**CONDIÇÕES DE SAÚDE AO NASCIMENTO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE
FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutor, junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso Doutorado.

Orientadora: Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu
2023

ROBERTA MARIELLE ARIK

**CONDIÇÕES DE SAÚDE AO NASCIMENTO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE
FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutor, junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso Doutorado.

Orientadora: Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Arik, Roberta Marielle.

Condições de saúde ao nascimento e no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes / Roberta Marielle Arik. - Botucatu, 2023

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40406008

1. Adolescência. 2. Aleitamento materno. 3. Gravidez. 4. Peso ao nascer. 5. Recém-nascidos.

Palavras-chave: Adolescência; Aleitamento materno; Gravidez; Peso ao nascer; Recém-nascido.

Roberta Marielle Arik

Título: Condições de saúde ao nascimento e no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Comissão examinadora

Prof(a). Titular: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Prof(a). Dr(a).: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Prof(a). Dr(a): Ana Paula Pinho Carvalheira

Prof(a). Dr(a): Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Prof(a). Dr(a): Maria de Lourdes de Souza

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese primeiramente à Deus, por me guiar e amparar nos momentos mais difíceis que passei, o trajeto foi longo, mas chegamos!

À minha família por todo amor e respeito.

Aos meus filhos, por permitirem, em muitos momentos que poderiam ser exclusivos deles, a possibilidade de estudar e realizar este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por estar sempre me guiando, por não me deixar desistir em nenhum momento e por me fazer entender que a vida é feita de batalhas diárias, mas sobretudo, que Ele está sempre ao meu lado!

À minha orientadora, Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada, por todos os conselhos, ensinamentos, tempo, dedicação e paciência em me orientar ao longo desses 09 anos, muito obrigado por tudo! Levarei seus ensinamentos por toda minha jornada pessoal e profissional!

Por todo aprendizado que pude ter com você, Anna Paula Ferrari e ao Hélio Rubens de Carvalho, por toda dedicação e atenção que teve com o nosso estudo.

Às mães que participaram deste trabalho e a todos os profissionais que colaboraram com a coleta de dados desta pesquisa. O trabalho de vocês foi e sempre será um marco para a ciência e a Saúde Materno-Infantil.

Aos meus filhos: Eduardo, que me acompanhou desde o mestrado, sempre com muito carinho, deixando recadinhos de boa aula nos meus cadernos e meu filho Felipe, presente em meio ao Doutorado! Não foi fácil, o caminho foi longo, mas vocês estiveram sempre comigo, em todos os momentos!

À minha família: meu marido, por todo apoio, amor e paciência! Obrigado por não me deixar cair em nenhum momento! À minha mãe por todo apoio, conversa, conselhos e ajuda com meus filhos para que pudesse me dedicar aos estudos.

Ao meu pai (In memoriam), que sonhava em ver a filha Doutora. Conseguimos pai, agora posso encerrar mais uma página do meu livro da vida. Obrigado por ser a estrela mais linda do meu céu.

EPÍGRAFE

“Afeto e conhecimento são duas coisas que se você guardar, você perde”

Mario Sergio Cortella

“É no conhecimento que existe uma chance de libertação”

Leandro Karnal

APRESENTAÇÃO

Atualmente, a literatura destaca a necessidade de atenção especializada na área da Saúde Materno-Infantil, principalmente pelos indicadores socioeconômicos e de saúde que estão intrinsecamente ligados nesta área.

Em minha jornada profissional, como Enfermeira na área de saúde pública, com ênfase na saúde da mulher, sempre tive a intenção conhecer mais sobre a temática, as necessidades e dificuldades que as mulheres enfrentam no acesso aos serviços de saúde, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal, e tivemos a oportunidade de compreender, nessa caminhada pelas evidências, os benefícios do conhecimento e empoderamento da mulher, as percepções sobre a gestação, sobre os tipos de parto, porém ainda faltava adentrar em uma grande área, comumente conhecida por ser um grande problema de saúde pública pelo impacto nos indicadores de saúde: a situação da saúde materna de mães adolescentes e as condições de saúde de seus filhos, do nascimento até o primeiro ano de vida, momento regado de grandes mudanças e impactos na vida do binômio.

Nesse momento, decidimos estudar com maior riqueza de conhecimentos como está inserida a gestação nessa fase da vida e as possíveis mudanças no padrão de peso e de aleitamento materno ao nascimento e no primeiro ano de vida de seus filhos, além de (re)conhecer as principais lacunas no conhecimento que poderiam auxiliar e embasar melhores ações e práticas de saúde para as mães adolescentes e seus filhos.

Além disso, o conhecimento sobre os fatores de vulnerabilidade são de grande importância para os impactos sociais e econômicos que a gestação na adolescência pode implicar, pois relaciona-se com o abandono escolar, a falta de oportunidades no mercado de trabalho a longo prazo, fortalecendo o ciclo de pobreza, além de práticas sexuais inseguras e o baixo acesso das adolescentes aos serviços especializados para orientações sexuais e de saúde.

Destaca-se a importância de melhorias no planejamento das ações de Políticas Públicas de Saúde e Saúde Materno-Infantil, com direcionamento do conhecimento aos profissionais de saúde diretamente ligados à saúde do adolescente, para a adequação e a melhoria das ações e serviços em saúde prestados nesta área.

RESUMO

Arik RM. Condições de saúde ao nascimento e no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes. 2023. 150 f. Tese – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2023.

O presente estudo tem por foco os resultados perinatais e do primeiro ano de vida de recém-nascidos filhos de mães adolescentes. Sua relevância está na abordagem de problema de saúde pública relevante, a gestação na adolescência, e o seguimento dos recém-nascidos de forma prospectiva, até o final do primeiro ano de vida. **Objetivo Geral:** analisar desfechos da gravidez na adolescência em coorte de recém-nascidos acompanhados do nascimento até o primeiro ano de vida quanto ao aleitamento materno e peso infantil. **Objetivos específicos:** 1- comparar o peso ao nascer, aos seis e 12 meses de vida de crianças filhas de mães adolescentes e não adolescentes; 2- comparar a prática do aleitamento materno na primeira hora de vida, a duração do aleitamento materno exclusivo e a prática do aleitamento materno aos 12 meses de idade de crianças filhas de mães adolescentes e não adolescentes. **Método:** Trata-se de recorte de ampla pesquisa de base populacional desenvolvida em Botucatu, São Paulo, Brasil, intitulada Coorte de Lactentes de Botucatu (Estudo CLaB). Esta coorte foi composta por amostra intencional de 656 binômios mães-lactentes, cujos partos ocorreram em Botucatu, nos serviços público ou privado de saúde e que foram atendidos em serviço de atenção primária municipal de triagem neonatal entre junho de 2015 e fevereiro de 2016. O seguimento deu-se em sete momentos, da inclusão na coorte no primeiro mês aos 12 meses de vida e foi completado por 585 crianças. A coleta de dados deu-se presencialmente e por telefone. Para o presente estudo, foram incluídos 558 e 522 lactentes, sendo 82 e 78 filhos de mães adolescentes, respectivamente, para o primeiro e segundo objetivos específicos, por conterem todas as variáveis de interesse. A análise de dados foi realizada ajustando modelos de regressão linear com resposta normal incluindo, no componente determinístico dos modelos, as variáveis de confundimento que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada. No modelo final considerou-se significativo $p < 0,05$. Análises foram feitas com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v22*. Houve aprovação

por Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer nº 3.961.629). **Resultados:** Nas análises múltiplas, de maneira independente, encontrou-se diferença significativa do peso ao nascer entre os filhos de adolescentes, sendo a magnitude em 105 gramas ($\beta = -105$; IC95% = -209_-1; $p=0,047$). Não se identificou efeito da gravidez na adolescência sobre o peso aos seis e 12 meses de idade. Quanto ao aleitamento materno, a adolescência não se associou a não amamentar na primeira hora de vida do bebê, à duração do aleitamento materno exclusivo e à prática do aleitamento aos 12 meses. **Conclusão:** No presente estudo, houve efeito da gravidez na adolescência apenas no peso ao nascer. Assim, cabe aos serviços de saúde a implementação de ações que possam minimizar o risco de baixo peso ao nascer entre gestantes adolescentes.

Palavras-chave: Gravidez; Adolescência; Recém-nascido; Lactente; Peso ao nascer; Aleitamento materno.

Keywords: Pregnancy; Adolescence; Newborn; infant; birth weight; Breastfeeding.

ABSTRACT

Arik RM. Health conditions at birth and in the first year of life of children of adolescent mothers. 2023. 150 f. Thesis – Faculty of Medicine of Botucatu, Paulista State University “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2023.

The present study focuses on the perinatal and first-year outcomes of newborns born to teenage mothers. Its relevance lies in approaching a public health problem of great relevance, teenage pregnancy, and the prospective follow-up of newborns, until the end of the first year of life. General Objective: to analyze the outcomes of teenage pregnancy in a cohort of newborns followed from birth to the first year of life regarding breastfeeding and infant weight. Specific objectives: 1- compare the weight at birth, at six and 12 months of life of children born to adolescent and non-adolescent mothers; 2- compare the practice of breastfeeding in the first hour of life, the duration of exclusive breastfeeding and the practice of breastfeeding at 12 months of age in children born to adolescent and non-adolescent mothers. Method: This is an excerpt from a broad population-based survey developed in Botucatu, São Paulo, Brazil, entitled Cohort of Infants of Botucatu (CLaB Study). This cohort was composed of an intentional sample of 656 mother-infant pairs, whose deliveries took place in Botucatu, in public or private health services, and who were attended at a municipal primary care neonatal screening service between June 2015 and February 2016. Follow-up took place in seven moments, from inclusion in the cohort in the first month to 12 months of life, and was completed by 585 children. Data collection took place in person and over the phone. For the present study, 558 and 522 infants were included, of which 82 and 78 were children of adolescent mothers, respectively, for the first and second specific objectives, as they contained all the variables of interest. Data analysis was performed by adjusting linear regression models with normal response including, in the deterministic component of the models, the confounding variables that presented $p < 0.20$ in the bivariate analysis phase. In the final model, $p < 0.05$ was considered significant. Analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v22 software. There was approval by the local Research Ethics Committee (Opinion No. 3,961,629). Results: In the multiple analyses, independently, a significant difference was found in birth weight among

children of adolescents, with a magnitude of 105 grams ($\beta = -105$; CI95% = -209_-1; $p=0.047$). No effect of teenage pregnancy on weight at six and 12 months of age was identified. As for breastfeeding, adolescence was not associated with not breastfeeding in the baby's first hour of life, the duration of exclusive breastfeeding and the practice of breastfeeding at 12 months. Conclusion: In the present study, there was an effect of teenage pregnancy only on birth weight. Thus, it is up to health services to implement actions that can minimize the risk of low birth weight among pregnant adolescents.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CLAB	Coorte de Lactentes de Botucatu
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIMS	Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas
CIOMS	Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRS VI	Departamento Regional de Saúde VI
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corpórea
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
MS	Ministério da Saúde
M1	Momento 1
M2	Momento 2
M3	Momento 3
M4	Momento 4
M5	Momento 5
M6	Momento 6
M7	Momento 7
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPESC	Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Acompanhamento dos momentos da coleta de dados das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017.....41

Figura 2 - Fluxograma da formação da coorte e do acompanhamento das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017.....42

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Características das mães adolescentes (n=82) e não adolescentes (n=476) participantes do estudo e relação peso para a idade gestacional do neonato. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017.....56

Tabela 2 - Análise bivariada e ajustada das variáveis de interesse e peso ao nascer. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017.....57

Tabela 3 - Análise bivariada e ajustada das variáveis de interesse e peso aos seis meses de vida. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017.....59

Tabela 4 - Análise bivariada e ajustada das variáveis de interesse e peso aos 12 meses de vida da criança. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017.....60

ARTIGO 2

Tabela 1 – Características das mães e crianças participantes do estudo, considerando faixa etária de 20 anos ou mais (n=444) e até 19 anos (n=78). Botucatu, 2015-2017...79

Tabela 2 - Análise bivariada e ajustada para não praticar o aleitamento na primeira hora de vida. Botucatu, 2015-2017.....81

Tabela 3 - Análise bivariada e ajustada para duração do aleitamento materno exclusivo. Botucatu, 2015-2017.....82

Tabela 4 - Análise bivariada e ajustada para a prática do aleitamento materno aos 12 meses de vida. Botucatu, 2015-2017.....83

Sumário

1 Introdução.....	20
1.1 Fatores Sociais e Gravidez na adolescência.....	21
1.2 Assistência Pré-Natal e ao Parto à Gestante Adolescente.....	24
1.3 Gravidez na Adolescência e Desfechos Infantis: Peso do Neonato.....	26
1.4 Gravidez na Adolescência e Desfechos Infantis: Aleitamento Materno.....	29
2 – Objetivos.....	35
2.1 Objetivo geral.....	35
2.2 Objetivos específicos.....	35
3- Método.....	36
3.1 Desenho do estudo.....	37
3.2 Cenário do estudo.....	37
3.3 População e Amostra.....	38
3.4 Coleta de dados.....	39
3.5 Variáveis em Estudo.....	43
3.6. Análise Estatística	44
3.7. Cuidados para Redução de Erro Sistemático de Informação.....	44
3.8. Procedimentos Éticos.....	44
4. Resultados.....	47
4.1. Artigo 1- Análise do peso no primeiro ano de vida em filhos de mães adolescentes: estudo de coorte.....	47
4.2. Artigo 2- Aleitamento materno ao nascer e no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes: estudo de coorte.....	71
5- Conclusão.....	85

Referências.....	86
-------------------------	-----------

Anexo I- Parecer Consubstanciado do CEP.....	95
---	-----------

Apêndice I- Instrumentos para coleta de dados.....	99
---	-----------

INTRODUÇÃO

1. Introdução

O presente estudo tem por foco os resultados perinatais e do primeiro ano de vida relativos a recém-nascidos filhos de mães adolescentes, considerando-se como desfechos aspectos relacionados ao peso e ao aleitamento materno, ao nascer, aos seis e 12 meses de vida e tomando como padrão de comparação gestantes não adolescentes. Sua relevância está na abordagem de problema de saúde pública global, a gestação na adolescência e o seguimento dos recém-nascidos de forma prospectiva, até o final do primeiro ano de vida. A tese a ser defendida está relacionada ao possível impacto da gestação na adolescência nos desfechos em estudo.

A gravidez na adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a gestação em mulheres com idade entre 10 e 19 anos, sendo que entre adolescentes com idade entre 10 e 14 anos tende a haver maior probabilidade de apresentarem riscos obstétricos e neonatais (OMS, 2018). Considerado problema de saúde pública, relaciona-se a fatores ligados à mortalidade, morbidade e pobreza materna e infantil (SOUZA et al., 2017; CABAÑAS et al., 2017; UNFPA, 2016).

Em 2015 estimava-se que em todo o mundo havia aproximadamente 1,2 bilhão de adolescentes, o que representava mais de 16% da população total. Aproximadamente 250 milhões de adolescentes vivem em países em desenvolvimento e representam cerca de um sexto de todas as mulheres em idade reprodutiva (UNFPA, 2016).

A América Latina e o Caribe estão entre os locais onde as adolescentes sofrem maiores desigualdades educacionais, relacionando-se também a desigualdades sociais e de renda. No Caribe, encontram-se as maiores taxas de adolescentes solteiras, aproximadamente 11%, estando as menores taxas na Ásia e Pacífico, chegando a 2%. Globalmente, a maioria das adolescentes sexualmente ativas está nas regiões Oeste e Central da África, totalizando 36%, sendo 29% casadas ou em união estável e 7% solteiras. Nessa mesma região, evidencia-se crescimento nas taxas de nascimento de bebês de mães adolescentes, estimando-se 129 nascimentos para cada 1.000 adolescentes. Diante das tendências globais,

estima-se o aumento do nascimento de bebês filhos de mães adolescentes, de 16,3 milhões de casos em 2020 para 19,6 milhões em 2035 (UNFPA, 2016).

Entre as políticas públicas de saúde, destaca-se a importância daquelas que versam sobre a saúde reprodutiva de mulheres adolescentes, grupo comumente negligenciado em contextos humanitários, principalmente em suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva (SOEIRO et al., 2022).

1.1 Fatores Sociais e Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência constitui importante questão social e de saúde pública em todo o mundo e está relacionada a consequências sociais e econômicas em uma população comumente negligenciada e cujas percepções quanto à gravidez é permeada por sentimento de insegurança, medo, rejeição e falta de preparo para a função materna (CREMONESE et al., 2019). Soma-se a isso as dificuldades psicossociais e econômicas e maiores chances de complicações obstétricas e neonatais, consequência do despreparo emocional, financeiro e físico para suportar as alterações corporais decorrentes da gestação (ROSANELI, COSTA, SUTILE, 2020). Esses fatores geralmente são indissociáveis, tendo impacto importante sobre as taxas de mortalidade materna, maiores chances de abandono dos estudos e, consequentemente, dificuldades de inserção no mercado de trabalho, acarretando baixa renda e falta de oportunidades em longo prazo (REXHEPI et al., 2019; O'Brien et al., 2018; SANTOS et al., 2018; SOUZA et al., 2017; CABAÑAS et al., 2017; UNFPA, 2016).

O ambiente de convivência das adolescentes é de grande importância e se faz relevante quando considerados os fatores pessoais que influenciam a gravidez na adolescência. Mulheres que engravidaram na adolescência têm maior probabilidade de casarem-se precocemente, de não trabalhar e pertencer a grupo com vulnerabilidade social. Sabe-se que apresentam cerca de três anos a menos de escolaridade, quando comparadas às mães adultas. Além disso, as adolescentes são menos propensas a ter emprego com renda fixa, a participarem das decisões da família e ter voz ativa nas decisões domésticas (NGUYEN, et.al, 2019; ASARE et. al, 2019).

Quanto à escolaridade, espera-se que uma adolescente de 16 anos tenha completado o ensino fundamental e esteja cursando o ensino médio. Porém, estudo brasileiro evidenciou que 61% das adolescentes com 16 anos e 49% daquelas com 17 anos não possuíam instrução ou tinham ensino fundamental incompleto (ROSANELI, COSTA, SUTILE, 2020).

Sabe-se que níveis educacionais mais altos podem auxiliar na percepção de necessidade de controle reprodutivo, compreensão sobre métodos contraceptivos e conceitos de educação sexual, além da percepção e reflexões sobre as consequências da gravidez durante a adolescência (ROSANELI, COSTA, SUTILE, 2020).

As adolescentes mais comumente têm resultados negativos relativos à saúde reprodutiva, decorrente do baixo acesso aos serviços de saúde em geral; disponibilidade de serviços não especializados para o atendimento; falta de profissionais de saúde treinados para o acolhimento e, por fim, falta de acesso aos suprimentos de saúde, como medicamentos contraceptivos. Além disso, as adolescentes são mais propensas a práticas sexuais inseguras, tendo por consequência as infecções sexualmente transmissíveis; sofrem violência baseada em gênero, incluindo violência doméstica e sexual, além de maior probabilidade de gestações não planejadas e maior risco de morbimortalidade materna (SOEIRO et al., 2022).

Nesse contexto, no Brasil, entre os anos de 2015 e 2019, foram registradas 2.405.248 adolescentes grávidas, com prevalência de 65,4% das adolescentes de cor de pele parda, destacando-se a maior ocorrência nas regiões nordeste e sudeste, com 33,7% e 31,7%, respectivamente (MELO et al., 2022).

Relacionado aos fatores de proteção da saúde materna e infantil, a literatura destaca a associação da presença do companheiro, demonstrando que, mulheres adolescentes que tinham parceiros (casadas) estiveram associadas a menores chances de ter bebês pequenos para a idade gestacional no Brasil, além disso, estar casada foi associado a menores chances de prematuridade no Brasil e no Equador, porém o mesmo efeito não foi observado nos Estados Unidos e Canadá. Enfrentam-se lacunas no conhecimento quando se trata de mulheres adolescentes, visto que, a

união ou casamento nessa fase da vida é considerado por agências internacionais como uma violação dos direitos humanos, podendo afetar negativamente a vida, a saúde e o futuro, como maiores desafios nos objetivos educacionais e de carreira, menor participação no mercado de trabalho e maior risco de sofrimento de violência de gênero decorrente da falta de autonomia (URQUIA, et al., 2022).

A gravidez no período da adolescência pode gerar diversos sentimentos e ansiedade. Destaca-se, especialmente, a vergonha para as meninas e a necessidade de buscar trabalho e renda para os meninos, deixando a vida e rotinas escolares em segundo plano, evidenciadas pelo maior número de repetições de ano entre os meninos e de expulsões e abandono escolar entre as meninas (ROSANELI, COSTA, SUTILE, 2020). Ao mesmo tempo, identifica-se o pensamento de voltar para a escola, no intuito de aumentar as possibilidades de oportunidades de trabalho e renda no futuro, porém, têm a percepção de que os planos para seguir carreira são incertos e que a prioridade para o momento é o cuidado com o bebê. Nesse sentido, a gravidez na adolescência pode postergar os planos e a trajetória educacional da gestante, além de contribuir para a evasão escolar e dificultar o retorno à escola, gerando dificuldades a longo prazo na inserção e adequação para o mercado de trabalho (CREMONESE et al., 2019). Consequentemente, a gravidez na adolescência pode perpetuar o ciclo da pobreza por várias gerações (ROSANELI, COSTA, SUTILE, 2020; NGUYEN, et al., 2019).

O local de moradia pode associar-se à ocorrência de gravidez na adolescência. Residentes em áreas rurais são mais propensas a engravidar, quando comparadas àquelas que vivem em áreas urbanas, condição decorrente da vulnerabilidade social, pois nas áreas rurais geralmente encontra-se cenário de pobreza e práticas culturais que incentivam o início do relacionamento sexual precoce (NGUYEN, et al., 2019; ASARE et al., 2019). O atendimento às necessidades das adolescentes, com apoio e educação, são fatores que proporcionam o aumento da idade para o início das relações sexuais e, consequentemente, o atraso para o casamento (ASARE et al., 2019). Enfatiza-se que a maioria das adolescentes na faixa etária entre 10 e 14 anos tem menos que oito anos de estudo e quando se observa o estado civil, há maior proporção de mães sem parceiro/companheiro e com maior risco social, quando comparadas às

adolescentes entre 15 e 19 anos de idade (ROSANELI, COSTA, SUTILE, 2020; SANTOS et al., 2018; SOUZA et al., 2017).

1.2 Assistência Pré-Natal e ao Parto à Gestante Adolescente

Sabe-se que a gravidez na adolescência está relacionada intrinsecamente ao despreparo da adolescente para a maternidade, acarretando baixa taxa de aderência aos programas de assistência pré-natal, à falta de informações/orientações precisas e maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (REXHEPI et al., 2019; KARATASLI et al., 2019).

Estudo qualitativo demonstrou que mulheres adolescentes experimentam dificuldades para conversar com familiares sobre sua saúde sexual e reprodutiva, podendo acarretar em maior propensão ao envolvimento em relacionamentos inseguros, com baixa compreensão de questões como a gravidez, os métodos contraceptivos e as consequências a curto e longo prazo dos comportamentos sexuais de risco, como abortos recorrentes e infecções sexualmente transmissíveis (JANIGHORBAN et al., 2022).

Outro estudo, realizado pelo período de cinco anos com mães adolescentes e seus filhos, identificou que, majoritariamente, a gestação não foi planejada e teve início tardio do pré-natal; entre as complicações da gestação, encontrou-se o parto prematuro, incluindo o nascimento de bebês com idade gestacional de 29 semanas, com maior necessidade de assistência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com tempo médio de internação de 18 e 98 dias, decorrente da prematuridade, baixo peso ao nascer e dificuldades de alimentação (Brioso, et al., 2022).

Há evidências que a assistência efetiva no pré-natal está associada a menores taxas de nascimentos prematuros e a redução de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, pela possibilidade de viabilizar a detecção precoce de doenças infecciosas com potencial de transmissão vertical e outras condições adversas, além de permitir acompanhar os sinais vitais do binômio, a fim de rastrear riscos gestacionais que possam prejudicar a saúde da mãe e do bebê (SOUZA et al., 2017). O maior índice de parto prematuro e baixo peso ao nascer podem refletir em maior taxa de internação em Unidades de Terapia Intensiva em filhos de mães adolescentes (KARATASLI et al., 2019), já que a fragilidade na maturação

imunológica e pulmonar no bebê prematuro está associada à necessidade de internação nessas Unidades (LEAL et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2012).

Em decorrência do seu perfil social, mães adolescentes apresentam maior probabilidade de assistência pré-natal no setor público de saúde, com início da assistência tardiamente, não atingindo o número mínimo de consultas preconizadas e, conseqüentemente, retardando o início da suplementação de ferro e ácido fólico, a realização de vacinação e de exames preconizados e o aconselhamento nutricional (KASSA et al., 2019; REXHEPI et al., 2019). Em contrapartida, observa-se que ter a participação do companheiro na assistência está relacionada a maior adesão ao pré-natal, considerando-se este um fator protetor para o acompanhamento e a qualidade do atendimento prestado (SANTOS et al., 2018; SOUZA et al., 2017). Reitera-se que o início precoce do pré-natal e o atendimento apropriado também têm efeito protetor e que o atendimento tardio não contempla todas as etapas propostas para o cuidado efetivo (LEAL et al., 2016).

Em relação ao tipo de parto, as mães adolescentes experimentam com maior frequência o parto vaginal como modo de nascer de seus filhos (LA-ORIPAT, SUWANRATH, 2019; KARATASLI et al., 2019; REXHEPI et al., 2019; SANTOS et al., 2018; SOUZA et al., 2017; CABAÑAS et al., 2017), em consequência da maior funcionalidade miometrial e maior elasticidade do tecido conjuntivo (REXHEPI et al., 2019). Porém, há diferença entre as faixas etárias: o parto vaginal é mais frequente na faixa etária entre 15 e 19 anos, enquanto que adolescentes com menos de 15 anos apresentam maiores chances de serem submetidas a operação cesariana (KARATASLI et al., 2019), possivelmente considerada mais adequada devido à imaturidade materna.

Destaca-se os benefícios do trabalho de parto para a vida extrauterina, especialmente em relação à colonização com a microbiota materna, reiterando a importância de medidas preventivas durante a gestação e parto, no intuito de minimizar os riscos relacionados à antecipação do parto (LEAL et al., 2016).

Quanto às representações sociais sobre o processo de parturição, mães adolescentes relatam medo da dor referente parto normal, ancorando-se, muitas vezes, nesta informação como justificativa para a escolha da cesariana. Em

contrapartida, adolescentes também podem apresentar percepções positivas quanto ao parto normal, por ser natural ter a mãe como protagonista do nascer, relacionando este tipo de parto à praticidade e tranquilidade, favorecendo a caminhada, atividades, cuidados pessoais e com o bebê. As adolescentes que preferem a cesariana expressam os sentimentos de ausência de sofrimento durante o nascimento, mas estão orientadas quanto aos cuidados durante a recuperação pós-parto. Destaca-se o reconhecimento da medicalização e da instrumentalização da cesariana, além de desvantagens como o tempo de hospitalização, a dor e o desconforto com a operação e cuidados com a sutura (MATOS et al., 2018).

1.3 Gravidez na Adolescência e Desfechos Infantis: Peso do Neonato

Entre as situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido, o peso ao nascer é importante indicador de saúde e pode estar associado aos fatores e condições de saúde a curto e longo prazos. A variação do peso associa-se a diversos desfechos precoces e o baixo peso ao nascer aumenta o risco de morbimortalidade infantil. O Ministério da Saúde define baixo peso ao nascer quando inferior a 2.500g (BRASIL, 2012) e a gravidez na adolescência pode relacionar-se com esse indicador (REXHEPI et al., 2019; KARATASLI et al., 2019).

Evidencia-se que a gravidez na adolescência é permeada de fatores sociais e de saúde que acarretam consequências na qualidade da assistência ao binômio, entre elas, o indicador de peso ao nascimento. Sabe-se que filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentarem baixo peso ao nascimento (REXHEPI et al., 2019; KARATASLI et al., 2019) e entre as explicações, demonstra-se que o período da adolescência geralmente está relacionado a padrões alimentares inadequados e prejudiciais à saúde, com escolhas de alimentos de alto teor energético, contendo açúcar e gorduras e pobres em componentes nutricionais benéficos. Nesse período, em especial, ocorre aumento de peso e maior risco para desenvolver obesidade ou, em contrapartida, maior risco de distúrbios alimentares, como a anorexia (O'BRIEN et al., 2018).

Tanto o ganho de peso inadequado com consequente obesidade, quanto a desnutrição das adolescentes, decorrente de distúrbios alimentares, podem ser prejudiciais para a gestação e para o desenvolvimento fetal, relacionando-se a

valores inadequados de peso e comprimento infantil ao nascimento. Assim, é necessária a assistência nutricional adequada para as gestantes adolescentes, pois observa-se efeitos que vão desde a subnutrição até a supernutrição, com consequências a longo prazo para seus filhos (O'BRIEN et al., 2018).

Geralmente a gravidez na adolescência não é planejada e ocorre mais frequentemente entre jovens com estilo de vida de risco, proporcionando maior probabilidade para a deficiência de ferro, folato e cálcio. A deficiência de ferro pode estar relacionada ao ciclo menstrual, levando ao quadro de anemia por deficiência de ferro, acarretando maiores riscos de eventos adversos na gestação. Outro fator importante é a suplementação de folato, que deve ser iniciada pelo menos três meses antes da gravidez, ou o mais precocemente possível, quando a mulher inicia a assistência pré-natal. Evidencia-se que gestantes adolescentes têm menor probabilidade de tomar suplementos em comparação a mulheres adultas (O'BRIEN et al., 2018).

Em especial, as necessidades de cálcio para as adolescentes são mais elevadas devido ao rápido crescimento ósseo, e essas taxas podem não ser supridas se o consumo de alimentos ricos em cálcio não for contemplado. A suplementação de cálcio geralmente não é necessária para gestantes que mantêm hábitos alimentares saudáveis, mas gestantes adolescentes deveriam ser avaliadas quanto a tal necessidade, pelos efeitos benéficos para a mãe e bebê (O'BRIEN et al., 2018).

Em continuidade, o crescimento e desenvolvimento fetal têm influência significativa na saúde e bem-estar dos indivíduos, afetando os indicadores de saúde relacionados aos resultados neonatais e de sobrevivência infantil, bem como a saúde ao longo da primeira infância. Os primeiros 1.000 dias, ou seja, período desde a concepção até os dois anos de idade é de grande importância para o desenvolvimento, especialmente no âmbito nutricional, social, de ambientes e relacionamentos, com repercussões nos resultados futuros das crianças, em especial, entre as nascidas de mães adolescentes (MARVIN-DOWLE, SOLTANI, 2020).

As necessidades nutricionais de adolescentes, grávidas ou não, são particularmente maiores, enfatizando que gestantes adolescentes apresentam mais comumente baixo peso que as mulheres adultas (KARATASLI et al., 2019). Diante disso, a gravidez na adolescência tem associação negativa com o estado nutricional materno, estando associada também ao baixo comprimento e peso de seus filhos. O status socioeconômico e o nível de saneamento básico doméstico foram identificados como principais fatores relacionados à gravidez na adolescência e à má nutrição infantil (MARVIN-DOWLE, SOLTANI, 2020; NGUYEN, et.al, 2019).

Quando comparadas com mães adultas, em geral, as adolescentes são mais baixas, pesam menos, tem menores taxas de hemoglobina, maior probabilidade de desenvolver anemia e menor Índice de Massa Corporal (IMC), além de terem piores condições de moradia e saneamento básico. A gravidez precoce relaciona-se também ao menor acesso aos serviços de saúde, baixa adesão à assistência ao pré-natal e consequente atraso na suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, além de menos ações de educação em saúde/orientações, estendendo-se a baixa procura para a assistência no período relacionado ao parto, pós-parto e ao longo da primeira infância (NGUYEN, et.al, 2019).

Nesse sentido, a atenção ao pré-natal é fator determinante entre a gravidez na adolescência e nutrição infantil (NGUYEN, et.al, 2019). Durante a assistência ao pré-natal contempla-se a avaliação do peso e da estatura materna, bem como o cálculo do seu Índice de Massa Corporal (IMC), permitindo a adoção de cuidados e monitoramento quanto ao ganho de peso e variações de IMC (KARATASLI et al., 2019; LI et al., 2013), aspectos importantes pela relação que têm com o peso ao nascer e peso e comprimento ao nascer para idade gestacional. Bebês nascidos de mães com ganho de peso gestacional excessivo têm maiores alterações de peso por idade desde o nascimento até o terceiro mês de vida, e do sexto ao 12º mês. Quanto ao comprimento, as maiores chances de alterações estão do nascimento aos três meses, quando comparados com bebês nascidos de mães com ganho de peso gestacional adequado (LI et al., 2013).

Outras evidências destacam que entre o período de 0 a 60 meses, filhos de mães adolescentes tiveram valores menores no escore de peso e comprimento para a idade, quando comparados com filhos de adultos jovens e adultos, além disso,

apresentaram maior probabilidade de nanismo, quando comparados aos filhos de mães adultas (NGUYEN, et al., 2019).

Em contrapartida, demonstra-se que o ganho de peso inadequado ou excessivo em gestações de baixo risco com IMC pré-gestacional normal não está relacionado a fatores de risco para o aumento dos resultados perinatais adversos. (SAHIN, MADENDAG, 2019).

Outros aspectos relacionados à gravidez na adolescência, como a baixa estatura materna e o ganho de peso aquém ao recomendado no terceiro trimestre de gestação podem estar relacionados com a restrição do crescimento intrauterino e percentil inferior a 10 referente ao peso ao nascer. O ganho de peso adequado no terceiro trimestre é fator a ser considerado, especialmente por ser o período em que a placenta se torna mais ativa com relação ao aporte de nutrientes ao bebê, acompanhando o rápido crescimento e o acúmulo de gordura característicos desse período, evitando, assim, eventos como o baixo peso ao nascimento e a restrição do crescimento intrauterino (HASAN, KHAN, AHMED, 2019).

Práticas alimentares complementares foram identificadas como relevantes na relação entre gravidez na adolescência e nutrição infantil. Evidencia-se que crianças nascidas de mães adolescentes têm menor probabilidade de obter dieta adequada e consumir alimentos ricos em ferro. Esses fatores podem ser resultantes das más condições de vida que afetam diretamente o acesso às dietas adequadas, além do baixo acesso a informações decorrentes da baixa adesão aos serviços de saúde (NGUYEN, et al., 2019). Destaca-se que as escolhas alimentares têm consequências a longo prazo, devendo-se contribuir com a ingestão de alimentos saudáveis, a partir da orientação relacionada à compra, preparo e consumo, visando a modificação dos hábitos alimentares e de saúde, evitando-se repercussões negativas especialmente nas áreas de saúde, social, de segurança alimentar e sustentabilidade (O'BRIEN et al., 2018).

1.4 Gravidez na Adolescência e Desfechos Infantis: Aleitamento Materno

Na assistência realizada às mães adolescentes é de grande importância a oferta de informações quanto ao contato pele a pele e o aleitamento materno precoce. Sabe-se que o contato pele a pele traz grandes benefícios para o binômio,

em especial, é oportunidade importante para o início e manutenção do aleitamento materno, além do controle térmico essencial para bebês, principalmente para os prematuros ou com baixo peso ao nascer (KASSA et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2017; FUCKS et al., 2015). Assim, é fundamental que o recém-nascido seja colocado junto de sua mãe para o estímulo e fortalecimento do vínculo afetivo, pois é nesse momento que a mãe experimenta intensa manifestação de sentimentos afetivos, havendo ainda estímulos para o recém-nascido.

Observa-se que mães adolescentes ainda encontram dificuldades para vivenciar o contato pele a pele precoce com o bebê, geralmente pelo encaminhamento do recém-nascido para a realização de procedimentos habituais, como a verificação do peso, comprimento, aplicação de vacinas e medicações. Sabe-se que quando a vitalidade do recém-nascido está garantida, é fundamental o contato precoce entre mãe e bebê, proporcionando também o início do aleitamento materno na primeira hora de vida (FUCKS et al., 2015).

Produzido naturalmente pela mãe, o leite materno é considerado ideal para a criança, único e inigualável, pois contém todos os nutrientes necessários para o crescimento saudável, além dos anticorpos e outras substâncias que protegem a criança de infecções comuns enquanto ela estiver sob tal prática. Além disso, a amamentação promove interação profunda entre a mãe e o bebê, facilitando o vínculo afetivo entre eles. A amamentação é recomendada de forma exclusiva nos primeiros seis meses, sem a necessidade da introdução de nenhum outro tipo de alimento, podendo ser prolongado pelos dois primeiros anos de vida ou mais (BRASIL, 2019).

A prática da amamentação demonstra vantagens para o binômio mãe-filho, entretanto, evidencia-se que mães adolescentes têm maior risco de desmame precoce, com introdução de outros alimentos antes do sexto mês de vida do bebê, havendo associação entre a baixa idade materna e o desmame precoce (OLAIYA et al., 2016). Sabe-se que o maior nível educacional e acesso às informações quanto aos benefícios da amamentação, são fatores que contribuem positivamente para adesão das mães adolescentes à amamentação (MARANHÃO et al., 2015). Dessa forma, embora a amamentação seja vista como prática natural é necessário orientar as mães adolescentes no intuito de estabelecer a lactação, com orientações sobre o

processo fisiológico de produção do leite e a relação oferta e demanda, para tomada de decisão e assistência ao aleitamento materno, contribuindo para o conhecimento, habilidades e confiança, para que a prática seja mantida após a alta hospitalar (OLAIYA et al., 2016).

A interrupção do aleitamento materno pode estar relacionada à volta da adolescente à escola e, ainda, à necessidade de inserção no mercado de trabalho para contribuição com a renda familiar. Por outro lado, o apoio para a mãe que amamenta é importante para a manutenção dessa prática. A oferta do devido suporte às lactentes na comunidade, ações de proteção à prática da amamentação em escolas e locais de trabalho das adolescentes, assim como, reconhecer a idade materna como fator de risco para o desmame precoce são importantes fatores de proteção a essa prática (TAKEMOTO et al., 2011).

Além disso, sabe-se que pouca informação quanto às vantagens do aleitamento materno contribui para o desmame precoce, pois muitas vezes surgem questionamentos negativos quanto às características do leite materno, relacionado a quantidade e qualidade, desmotivando a amamentação e diminuindo a prevalência da prática até os seis meses de vida (MARANHÃO et al., 2015; TAKEMOTO et al., 2011). Entre os principais motivos para o desmame precoce no período inferior a seis meses de vida do bebê, estão: a dificuldade na pega correta/sucção, sensação de leite insuficiente, dor durante a amamentação e dificuldade em ordenhar o leite materno. Para mães que praticam o aleitamento exclusivo até o sexto mês e desmamam totalmente depois, os motivos para essa decisão incluem a sensação que o bebê perdeu o interesse pelo leite materno, a necessidade de deixar a criança por horas seguidas sem o leite materno, muitas vezes pelo retorno às atividades de trabalho ou escolares, e a sensação de ter leite insuficiente (COTA-ROBLES, PEDERSEN, LECROY, 2017).

A amamentação é considerada um ato sociocultural e os familiares são os maiores influenciadores, principalmente as mães das adolescentes, desde a tomada de decisão quanto a amamentar ou não, até a manutenção do aleitamento materno (GUIMARÃES et al., 2017). Estudo evidenciou maior probabilidade de interrupção da prática da amamentação no período puerperal quando a avó materna estava inserida na rede de apoio dos cuidados com o bebê. O medo, a falta de informações

e a vulnerabilidade materna são fatores que podem influenciar a aceitação de orientações e ajuda do núcleo familiar, baseando-se em experiências e vivências que passam de gerações e que muitas vezes levam ao desmame precoce (SANTOS et al., 2021).

Orientações precisas para a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) aos familiares mostrou-se fator para aumentar a chance de adesão e manutenção da prática de maneira eficiente. Nesse contexto, o apoio do companheiro exerce influência positiva na duração do aleitamento materno, pelo papel de colaborador na manutenção da prática, atuando no seu encorajamento, estímulo e valorização. O envolvimento do companheiro nas atividades domésticas e na ajuda com os cuidados com o bebê aumentam o apoio emocional e instrumental e diminuem as chances do desmame precoce (MARANHÃO et al., 2015; TAKEMOTO et al., 2011).

Recomenda-se que orientações sobre o aleitamento materno e vantagens para o binômio sejam realizadas o mais cedo possível, com incentivo às ações educativas, procurando envolver todos os familiares, adquirindo aliados para o incentivo e implementação de sua realização, visto que o manejo clínico adequado e o apoio emocional, social e econômico favorecem a prática e sua duração, contribuindo para a introdução tardia de alimentos complementares (TAKEMOTO et al., 2011). As ações educativas podem ser efetivas, visto que frequentemente a mãe adolescente tem sentimento de prioridade à saúde do bebê, reconhecendo o leite materno como a forma ideal de nutrir, além da preocupação com seu bem-estar e saúde (CREMONESE et al., 2019).

Considerando a elevada prevalência de gestação na adolescência, e a possibilidade de resultados infantis adversos descritos na literatura, especialmente com relação ao aleitamento materno e peso infantil pergunta-se:

- 1- Qual o resultado do peso ao nascimento, aos seis e 12 meses de vida de crianças nascidas de mães adolescentes, comparadas às mães de 20 anos ou mais?
- 2- Qual o resultado do aleitamento materno na primeira hora de vida, da duração do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno aos 12 meses de vida de crianças nascidas de mães adolescentes, comparadas às mães de 20 anos ou mais?

As hipóteses explicativas são:

- 1- Crianças nascidas de mães adolescentes têm menor peso ao nascimento, aos seis e aos 12 meses de vida, quando comparadas a crianças nascidas de mães adultas, com 20 anos ou mais.
- 2- Crianças nascidas de mães adolescentes mamam menos na primeira hora de vida, têm menor tempo de aleitamento materno exclusivo e menos frequentemente estão em aleitamento materno aos 12 meses, quando comparadas a crianças nascidas de mães adultas, com 20 anos ou mais.

Este estudo tem por finalidade contribuir com as políticas públicas específicas para o grupo materno-infantil, visto que se reconhece a importância de ações voltadas à gravidez na adolescência, bem como com a qualificação do cuidado ao binômio mãe adolescente-bebê.

OBJETIVO

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar desfechos da gravidez na adolescência em coorte de recém-nascidos acompanhados do nascimento até o primeiro ano de vida quanto ao aleitamento materno e peso infantil.

2.2 Objetivos específicos

- a) comparar o peso ao nascer, aos seis e 12 meses de vida de crianças filhas de mães adolescentes e não adolescentes;
- b) comparar a prática do aleitamento materno na primeira hora de vida, a duração do aleitamento materno exclusivo e a prática do aleitamento materno aos 12 meses de idade de crianças filhas de mães adolescentes e não adolescentes.

MÉTODO

3. Método

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo de coorte prospectiva, que compõe pesquisa mais ampla, de base populacional, chamada Coorte de Lactentes de Botucatu (ClaB).

3.2 Cenário do estudo

O município de Botucatu está localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo, a cerca de 240 km da capital, ocupando uma área estimada de 1.486,4 km². Teve população estimada, em 2020, de 141.135 mil habitantes, densidade demográfica calculada para o mesmo ano de, aproximadamente, 95,2 habitantes/km² e grau de urbanização de 96,6% (FUNDAÇÃO SEADE, 2020). O município está inserido no Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU, 2018).

Botucatu conta com 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 13 são Unidades de Saúde da Família (USF), somando 19 equipes: oito são UBS de modelo tradicional, das quais duas são unidades escola, vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. A rede de atenção à saúde materno-infantil conta, ainda, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Espaço Saúde “Professora Doutora Cecília Magaldi” que tem, entre outros serviços, a Clínica do Bebê, serviço público de triagem neonatal oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde a todos os recém-nascidos cujos partos ocorrem em Botucatu, em serviço público ou privado de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2018).

A Clínica do Bebê tem por finalidade assistir a todas as crianças nascidas no município, promovendo a saúde integral do binômio mãe/bebê, bem como identificar e acompanhar recém-nascidos de risco e suas famílias, com o intuito de reduzir a morbimortalidade no primeiro ano de vida e, principalmente, no período neonatal.

Volta-se ao atendimento no primeiro mês ou, preferencialmente, na primeira semana de vida (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2018).

Para atendimento ao parto, no momento da realização deste estudo, Botucatu contava com dois Hospitais, sendo um Hospital Escola, fundado em 1.962, e considerado a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) da região. O hospital público dispõe de 385 leitos e 52 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (30 adultos, 15 neonatais e sete pediátricos); a maternidade possui 40 leitos destinados às gestantes/puérperas e 24 leitos para recém-nascido (alojamento conjunto) e é hospital de referência para atendimento a gestantes e recém-nascidos de risco (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2018). O Hospital privado, inaugurado em 1.901, conta com 111 leitos destinados a pacientes clínicos, cirúrgicos, maternidade e pediatria. A maternidade possui 16 leitos destinados às gestantes/puérperas, com quartos privativos e semi-privativos, seis leitos para recém-nascido, duas salas de parto normal e dois leitos de pré-parto (MISERICÓRDIA BOTUCATUENSE, 2018). Há, ainda, no município, um Pronto Socorro Infantil.

3.3 População e Amostra

A população do estudo-mãe e deste recorte foi constituída por amostra intencional, incluindo todas as mães e seus bebês nascidos vivos atendidos na Clínica do Bebê no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016 e o único critério de elegibilidade foi residir na zona urbana de Botucatu. Destaca-se que não houve a inclusão de bebês com malformação congênita/anomalia funcional estrutural, pois possivelmente teriam fatores clínicos que poderiam propiciar variações no peso e na prática do aleitamento materno.

Foram abordadas para compor a coorte 923 mães e 138 (15%) não eram elegíveis por residirem fora de Botucatu ou em localidades rurais, o que dificultaria o acesso das entrevistadoras ao domicílio. Da população de 785 binômios elegíveis, 129 (16,4%) se recusaram a participar, resultando em amostra de 656 crianças e 650 mães, já que havia seis casos de gemelar, as quais foram incluídas na coorte e acompanhadas ao longo do primeiro ano de vida. Para o presente estudo, foram

incluídos 558 e 522 lactentes, sendo 82 e 78 filhos de mães adolescentes, respectivamente, para o primeiro e segundo objetivos específicos, por conterem todas as variáveis de interesse.

3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada, remunerada e supervisionada por enfermeira, doutoranda da Faculdade de Medicina de Botucatu, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva (UPESC), unidade supradepartamental e multiusuária dedicada à pesquisa científica em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), com apoio metodológico para atividades de pesquisa na área de Saúde Coletiva e contribuição para a produção científica qualificada nesta área (FMB, 2013).

Para o estudo, foram sete momentos de coleta de dados (Figura 1):

A inclusão na coorte, considerada Momento 1 (M1), foi realizada na Clínica do Bebê, no primeiro mês de vida da criança. Na ocasião, o projeto foi apresentado para as mães que levaram seus filhos para atendimento clínico após o nascimento, com posterior convite para que participassem.

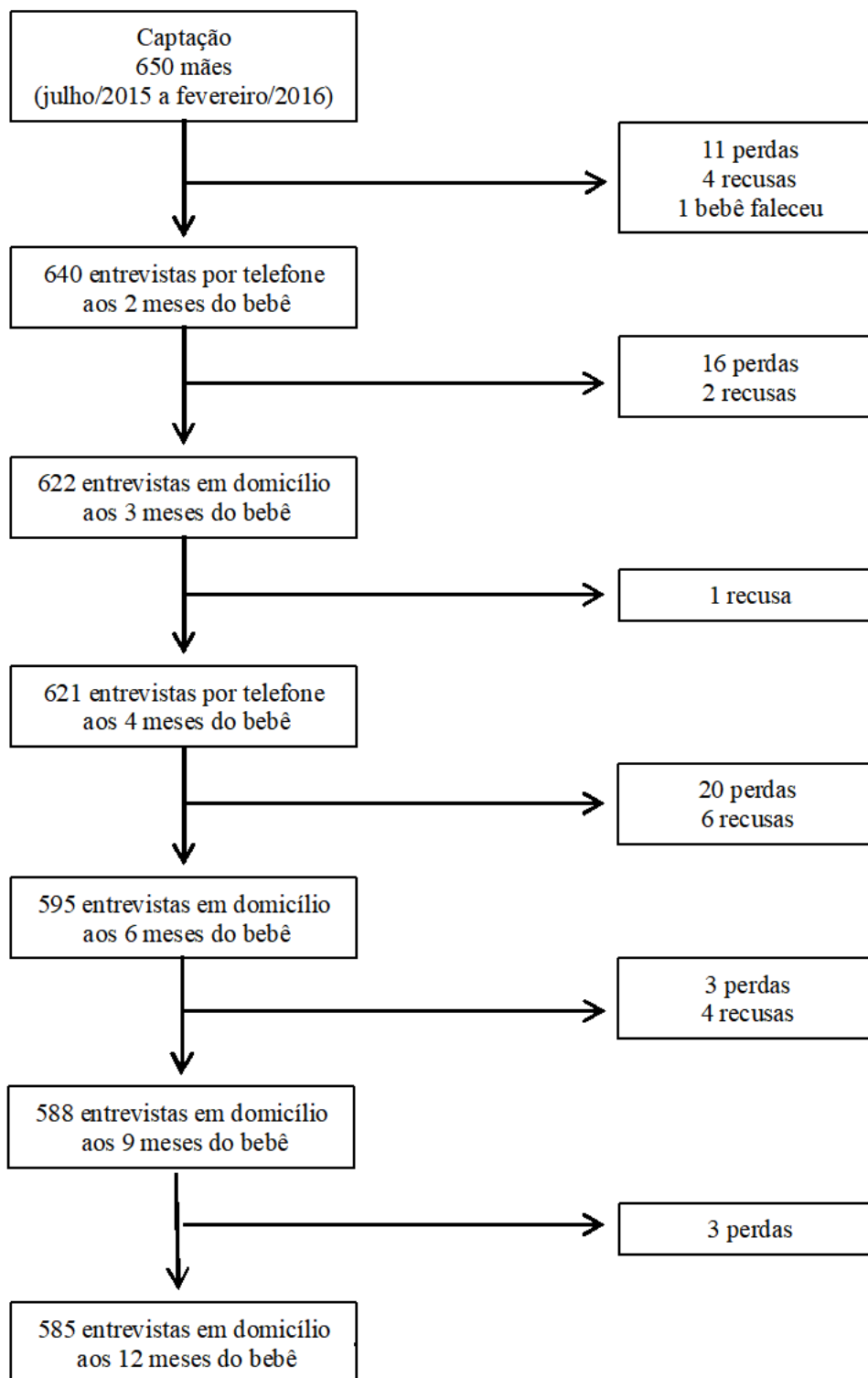
No M1 foram obtidos dados do cartão da gestante, da ficha de atendimento na Clínica do Bebê e caderneta da criança e por entrevista com as mães. Foram coletados dados de identificação do binômio, referentes à história gestacional pregressa, à história gestacional atual, ao parto, ao (s) recém-nascido (s) e a assistência prestada desde o nascimento até a consulta na Clínica do Bebê (Apêndice 1). A coleta de dados do Momento 2 (M2) e do Momento 4 (M4) foi realizada por telefone, contemplando principalmente dados sobre o aleitamento materno e a alimentação infantil. Em Momento 3 (M3), Momento 5 (M5), Momento 6 (M6) e Momento 7 (M7), a coleta de dados ocorreu no domicílio, no terceiro, sexto, nono e 12º mês de vida da criança, sendo coletados dados sobre aleitamento materno, morbidade da criança e crescimento (peso e comprimento) (Formulário 2 a 5).

As recusas e perdas, após constituição da coorte, com 650 mães, estão apresentadas na Figura 1. No segundo momento de coleta de dados, aos dois meses de vida, foram entrevistadas 640 mães; aos três meses, terceiro momento, 622 continuaram em acompanhamento; no quarto momento, aos quatro meses, 621 entrevistas foram realizadas; no quinto momento, aos seis meses, continuaram na coorte 595 mães; no sétimo momento, aos nove meses, foram realizadas 588 entrevistas e completaram o acompanhamento, ao final de 12 meses, 585 mães. O percentual de recusas foi de 2,6%, e o de perdas foi de 8,0%. Ou seja, não completaram o seguimento 10,6% do total de mães-bebês captados (Figura 2).

Figura 1- Acompanhamento dos momentos da coleta de dados das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Momento	Coleta	Dados
M1 No primeiro mês. Captação 650 mães	Clinica do Bebê	Cartão da gestante, ficha de atendimento, caderneta da criança e entrevista com as mães.
M2 2 mês de vida 640 mães	Contato telefônico	Aleitamento materno e alimentação infantil.
M3 3 mês de vida 622 mães	Domicílio	Aleitamento materno, morbidade da criança e crescimento.
M4 4 mês de vida 621 mães	Contato telefônico	Aleitamento materno e alimentação infantil.
M5 6 mês de vida 595 mães	Domicílio	Aleitamento materno, morbidade da criança e crescimento.
M6 9 mês de vida 588 mães	Domicílio	Aleitamento materno, morbidade da criança e crescimento.
M7 12 meses de vida 585 mães	Domicílio	Aleitamento materno, morbidade da criança e crescimento.

Figura 2- Fluxograma da formação da coorte e do acompanhamento das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017



Participaram da coleta de dados acadêmicas do curso de nutrição, pós-graduanda em enfermagem e bolsistas de Treinamento Técnico (duas técnicas em nutrição e uma graduada em matemática) da FAPESP. As entrevistadoras foram devidamente treinadas e supervisionadas para garantia da qualidade dos dados. A equipe de coleta e digitação dos dados foi composta por 19 pessoas que se dividiram nas várias atividades: uma supervisora geral de campo; uma supervisora de coleta de dados; cinco entrevistadoras que conduziram as entrevistas na Clínica do Bebê; cinco revisoras de consistência dos dados coletados; nove digitadoras, incluindo as três bolsistas de Treinamento Técnico e dois membros da UPESC, que deram apoio técnico e contribuíram com a organização e logística.

Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados em estudo piloto para ajustar as questões que poderiam apresentar possíveis dificuldades. As máscaras para digitação dos dados foram construídas e testadas por profissional da UPESC, no software Epi Info versão 7.0®.

3.5 Variáveis em Estudo

As variáveis utilizadas neste estudo estão em destaque nos Instrumentos para coleta de dados (Apêndice 1) e podem ser descritas como:

Variável Independente: Gravidez na Adolescência (sim, não)

Variáveis Desfecho – Hipótese 1: peso ao nascer (gramas) e peso aos seis e 12 meses de idade (Kilogramas)

Variáveis Desfecho – Hipótese 2: Aleitamento materno na primeira hora de vida (sim, não), duração do aleitamento materno exclusivo e prática do aleitamento materno aos 12 meses (sim, não).

Variáveis potencialmente confundidoras: Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas: idade (anos); escolaridade (anos de aprovação escolar); situação conjugal (com companheiro/sem companheiro); cor da pele autorreferida (branca/não branca); trabalho remunerado (sim/não); gestação planejada (sim/não); primiparidade (sim/não); renda *per capita* familiar (reais); idade gestacional na primeira e na última consulta pré-natal (semanas completas); número de consultas

pré-natais, tipo de parto (vaginal/cesárea) e relação entre o peso e a idade gestacional do recém-nascido no momento do parto (adequado/pequeno/grande para a idade gestacional).

3.6. Análise Estatística

Inicialmente realizou-se análise descritiva das variáveis estudadas. Para a hipótese 1, a análise do peso ao nascer, aos seis e 12 meses de vida, em função da gravidez na adolescência, foi realizada ajustando modelos de regressão linear com resposta normal incluindo, no componente determinístico dos modelos, as variáveis de confundimento que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada. No modelo final considerou-se significativo $p < 0,05$.

Para a hipótese 2, a análise do aleitamento na primeira hora de vida, duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno aos 12 meses, em função da gravidez na adolescência, foi realizada ajustando modelos de regressão linear com resposta normal incluindo, no componente determinístico dos modelos, as variáveis de confundimento que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada. No modelo final considerou-se significativo $p < 0,05$.

Análises foram feitas com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v22.

3.7. Cuidados para Redução de Erro Sistemático de Informação

A integridade das entrevistas foi verificada, via telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes por meio de reentrevistas realizadas pela pós-graduanda supervisora de campo e por membro da UPESC. Os bancos de dados foram checados pela mesma pós-graduanda, as inconsistências verificadas nos questionários e, em seguida, as correções foram realizadas nos bancos.

3.8. Procedimentos Éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS, 2018) e da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) e ambos, projeto-mãe (Parecer nº 856.794) e recorte (Parecer nº 3.961.629) foram aprovados para execução.

Os resultados e discussão da presente tese serão apresentados no formato de artigos científicos, conforme apresentado a seguir:

Artigo 1 - Análise do peso no primeiro ano de vida em filhos de mães adolescentes: estudo de coorte

Artigo 2 - Aleitamento materno ao nascer e no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes: estudo de coorte

RESULTADOS

4. Resultados

4.1. Artigo 1 - Análise do peso no primeiro ano de vida em filhos de mães adolescentes: estudo de coorte

Autores: Roberta Marielle Arik; Anna Paula Ferrari; Hélio Rubens de Carvalho Nunes; Cristina Maria Garcia de Lima Parada.

Encaminhado para apreciação da Revista Latino-americana de Enfermagem (RLAE-2022-6145).

Resumo

Objetivo: Avaliar o efeito da gravidez na adolescência sobre os desfechos peso ao nascer, aos seis e 12 meses de vida da criança. **Método:** Coorte única, com seguimento prospectivo de um ano. As entrevistas, realizadas presencialmente ou por telefone, foram realizadas em sete momentos distintos e para o presente estudo foram incluídos 558 lactentes, sendo 82 filhos de mães adolescentes. Análise do peso ao nascer, aos seis e doze meses, em função da gravidez na adolescência foi realizada, ajustando modelos de regressão linear com resposta normal, incluindo, no componente determinístico, as variáveis de confusão que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada. No modelo final considerou-se significativo $p < 0,05$. As análises foram executadas com o software SPSS v22. **Resultados:** Nas análises múltiplas, de maneira independente, encontrou-se que crianças de mães adolescentes tinham 105 gramas a menos ao nascer do que crianças de mães não adolescentes ($\beta = -105$; IC95% = -209_-1; $p = 0,047$). Não se identificou efeito da gravidez na adolescência sobre o peso aos seis e 12 meses de idade. **Conclusão:** Observou-se efeito negativo da gestação na adolescência apenas no peso ao nascer. Achados secundários indicam a necessidade de outros estudos voltados a identificação do papel do trabalho das gestantes adolescentes e da prática do aleitamento materno no peso das crianças no primeiro ano de vida.

Descritores: Gravidez; Adolescência; Recém-Nascido; Lactente; Peso ao Nascer; Enfermagem Materno-Infantil

Descriptors: Pregnancy; Adolescence; Newborn; Infant; Birth Weight; Maternal Child-Nursing

Descriptores: Embarazo; Adolescencia; Recién Nacido; Lactante; Peso de Nacimiento; Enfermería Materno infantil

Abstract

Objective: To evaluate the effect of teenage pregnancy on birth weight, six and 12 months of life. **Method:** Single cohort, with a prospective follow-up of one year. The interviews, carried out in person or by telephone, were carried out at seven different times and for the present study, 558 infants were included, 82 of which were children of adolescent mothers. Analysis of birth weight, at six and twelve months, as a function of teenage pregnancy was carried out, adjusting linear regression models with normal response, including, in the deterministic component, the confounding variables that presented $p < 0.20$ in the pregnancy phase. bivariate analysis. In the final model, $p < 0.05$ was considered significant. Analyzes were performed using SPSS v22 software. **Results:** In multiple analyses, independently, it was found that children of adolescent mothers had 105 grams less at birth than children of non-adolescent mothers ($\beta = -105$; $CI_{95\%} = -209_{-1}$; $p = 0.047$). No effect of teenage pregnancy on weight at six and 12 months of age was identified. **Conclusion:** There was a negative effect of teenage pregnancy only on birth weight. Secondary findings indicate the need for further studies aimed at identifying the role of work among pregnant adolescents and the practice of breastfeeding on the weight of children in the first year of life.

Descriptors: Pregnancy; Adolescence; Newborn; Infant; Weight at Birth; Maternal and Child Nursing

Introdução

Este estudo tem por tema o peso ao nascer e no primeiro ano de vida de crianças cujas mães são adolescentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a gravidez na adolescência como a gestação em mulheres com idade entre 10 e 19 anos, sendo que adolescentes no subgrupo com idade entre 10 e 14 anos podem apresentar maiores riscos obstétricos e neonatais quando comparadas às adolescentes em geral. Estima-se que 16 milhões de adolescentes se tornam mães todos os anos, sendo a maioria residentes em países de baixa e média renda⁽¹⁾.

Tem sido recomendada a faixa etária entre 20 e 29 anos como ideal para a reprodução, apontando-se que as adolescentes e seus filhos são mais propensos a desfechos perinatais adversos⁽²⁻⁵⁾. Apesar desta recomendação, é frequente a ocorrência de gestação na adolescência, constituindo-se problema de saúde global: estima-se 46 nascimentos por 1.000 adolescentes em todo mundo. Entretanto, a América Latina e Caribe apresentam taxas superiores, sendo estimados 66,5 nascimentos por 1.000 adolescentes entre 15 e 19 anos⁽⁶⁾.

Sobre a relação entre peso da criança e gestação na adolescência, estudo retrospectivo realizado na Turquia, com 3.712 gestantes adolescentes, demonstrou que filhos de mães adolescentes tiveram maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer e serem pequenos para a idade gestacional⁽⁷⁾. De modo similar, estudo retrospectivo realizado em Tetovo, no sudeste europeu, avaliou 932 gestantes, sendo 115 adolescentes, demonstrando que mães adolescentes eram mais propensas a apresentar recém-nascido pequeno para idade gestacional⁽⁸⁾.

O estado nutricional da mãe está associado ao estado nutricional da criança e base biológica para explicar o fato de crianças nascidas de mãe adolescente terem menor peso ao nascer se apoia no fato de que mulheres jovens tendem a ter ganho de peso menor que o esperado na gravidez e estão em idade que ainda precisam prover o seu próprio crescimento, de forma que a sobreposição da gravidez pode aumentar a demanda a sua já reduzida reserva de nutrientes⁽⁹⁾. Esse fator é apoiado por estudo de revisão sistemática e meta-análise, demonstrando que essa falha em atender às necessidades nutricionais da gravidez estaria relacionada ao momento de crescimento e desenvolvimento biológico que as adolescentes estão vivenciando,

oferecendo baixo aporte de nutrientes ao feto, além dos fatores socioeconômicos, de trabalho e educacionais⁽¹⁰⁾.

A explicação da evolução do peso no primeiro ano de vida passa por considerar a prática do aleitamento materno. Achado de estudo canadense aponta que gestantes adolescentes tendem a amamentar menos os seus bebês⁽¹¹⁾, sendo que estudo brasileiro encontrou menor prevalência desta prática entre adolescentes, inclusive em condições específicas do recém-nascido, como o baixo peso ao nascer⁽¹²⁾. Há evidências que a redução na duração do aleitamento materno em suas diferentes formas favorece a introdução de precoce de alimentos complementares e essa condição foi observada em análise realizada com as mesmas adolescentes participantes do presente estudo, encontrando-se a oferta de bebidas adoçadas ultraprocessadas e lácteos ultraprocessados 120 dias mais cedo pelas mães adolescentes, comparadas às mulheres adultas⁽¹³⁾, porém, o peso da criança não foi abordado. Além disso, estudo de coorte realizado no Canadá evidenciou que a menor duração do aleitamento materno e a introdução de alimentos sólidos antes dos 5 meses de idade do bebê esteve associada a maior escore de índice de massa corpórea aos 12 meses de idade⁽¹⁴⁾.

Considerando-se a magnitude da ocorrência da gravidez na adolescência, as possíveis variações nos desfechos em diferentes contextos e que o crescimento e desenvolvimento fetal e infantil podem ter influência significativa nos indicadores de saúde ao longo da primeira infância⁽¹⁵⁾ e vida adulta⁽¹⁶⁾, justifica-se a realização do presente estudo, cujo objetivo é avaliar o efeito da gravidez na adolescência sobre os desfechos peso ao nascer, aos seis e 12 meses de vida da criança. Assim, o peso será avaliado prospectivamente no primeiro ano de vida, o que representa a fortaleza deste estudo, visto que pesquisas sobre o tema, em geral, avaliam apenas o peso ao nascer.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo de coorte prospectiva, que compõe pesquisa mais ampla, de base populacional, chamada Coorte de Lactentes de Botucatu (ClaB).

Local do estudo

O estudo foi realizado em Botucatu, município localizado na região centro sul do estado de São Paulo, Brasil, com área de 1.482.64 Km², população estimada de 141.135 habitantes em 2020, densidade demográfica calculada para o mesmo ano de, aproximadamente, 95,2 habitantes/km² e grau de urbanização de 96,6%⁽¹⁷⁾.

População, Amostra, Critérios de Inclusão e Exclusão

O recrutamento dos binômios para inclusão na coorte foi realizado entre agosto de 2015 e fevereiro de 2016. A captação dos binômios foi realizada em serviço público de triagem neonatal, que tem alta cobertura e atende crianças nascidas tanto no serviço público quanto no privado no primeiro mês de vida. Todas as mães atendidas no período de recrutamento foram convidadas a participar da coorte. As crianças foram seguidas até completarem um ano de vida e a coleta de dados foi concluída em janeiro de 2017.

Para inclusão na coorte foram consideradas crianças com até 30 dias de vida; nascidas e residentes em Botucatu; em que a mãe era cuidadora principal, tinha condição responder às entrevistas presenciais e telefônicas e aceitou participar do estudo. Foram excluídas as residentes na zona rural, devido às dificuldades de contato telefônico e para deslocamento até essas localidades. Destaca-se que não houve a inclusão de bebês com malformação congênita/anomalia funcional estrutural, pois possivelmente teriam fatores clínicos que poderiam propiciar variações no peso da criança ao longo do primeiro ano de vida.

A coorte foi composta por 656 crianças e 585 (89,2%) completaram o seguimento previsto até um ano de vida. Para o presente estudo, porém, foram excluídas 12 crianças gemelares e 15 por não terem alguma das variáveis de interesse registrada e, assim, foram incluídos 558 binômios.

Variáveis do estudo

A variável independente, gestação na adolescência (10-19 anos), foi tratada de forma categórica (sim, não).

A variável desfecho foi o peso do recém-nascido: ao nascimento, aos seis e 12 meses de idade, em gramas.

Potenciais confundidores incluíram variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas: idade (anos); escolaridade (anos de aprovação escolar); situação conjugal (com companheiro/sem companheiro); cor da pele autorreferida (branca/não branca); trabalho remunerado (sim/não); gestação planejada (sim/não); primiparidade (sim/não); renda *per capita* familiar (reais); idade gestacional na primeira e na última consulta pré-natal (semanas completas); número de consultas pré-natais, tipo de parto (vaginal/cesárea) e relação entre o peso e a idade gestacional do recém-nascido no momento do parto (adequado/pequeno/grande para a idade gestacional).

Coleta de dados

A coleta, construção e revisão da consistência do banco de dados foram realizadas por equipe composta por 16 pessoas adequadamente capacitadas, remuneradas, com experiência prévia na coleta de dados de pesquisa e supervisionadas por uma das pesquisadoras do estudo CLaB, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva (UPESC) da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os instrumentos para coleta de dados, construídos especificamente para este estudo, foram pré-testados até o alcance da versão que foi considerada satisfatória pelos pesquisadores envolvidos.

Como fontes de dados foram utilizados: cartão pré-natal, cartão do bebê, prontuário infantil e entrevistas realizadas com as mães nos serviços de saúde e nos domicílios, por telefone. As máscaras para digitação dos dados foram construídas e testadas por profissional da UPESC, no software EpiInfo versão 7.0®.

A coleta de dados foi realizada em sete momentos: M1-M7. No M1 foram obtidos dados de caracterização materna e dos recém-nascidos, bem como sobre a

atenção pré-natal, ao parto e o atendimento à criança no serviço de triagem neonatal. Essas entrevistas, com duração média de 10 minutos, foram realizadas em sala preparada para tal, garantindo-se privacidade e conforto para a mãe e o bebê.

No M2 e M4, as entrevistas foram realizadas com a mãe por telefone, no segundo e quarto meses de vida do lactente, respectivamente. Essas entrevistas foram informadas às mães no momento da captação e voltavam-se, basicamente, à investigar a situação do aleitamento materno/alimentação infantil e ocorrência de morbidade infantil, tendo duração média de três minutos. No presente estudo não serão utilizados dados coletados nestes dois momentos.

No M3, M5, M6 e M7, as entrevistas foram realizadas com a mãe no domicílio, no terceiro, sexto, nono e 12º meses de vida da criança, respectivamente. Tais entrevistas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade materna e voltaram-se a: abordagem quanto a morbidade e aleitamento materno/alimentação infantil; coleta de dados antropométricos da criança e da mãe; obtenção de informações relativas ao crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, seguimento de puericultura, utilização de serviços de saúde, entre outros aspectos, resultando em duração média de oito minutos.

A formação da coorte é apresentado à partir de adaptação de fluxograma utilizado em estudo anterior com a mesma população (Figura 1), destacando-se que o perfil das crianças perdidas não difere das que completaram o seguimento, indicando que esse processo ocorreu de forma aleatória.

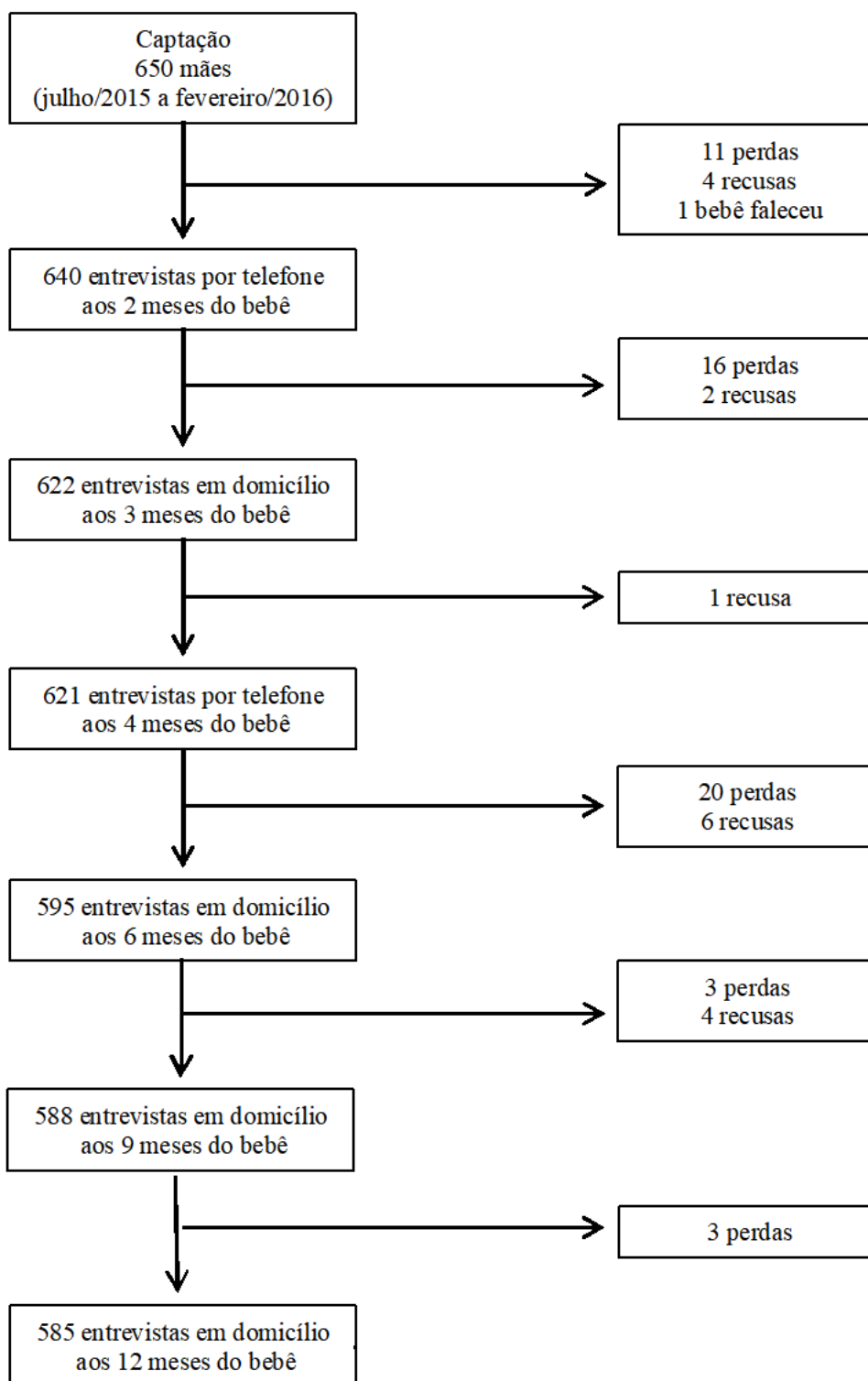


Figura 1- Fluxograma da formação da coorte e do acompanhamento das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Análise dos dados

A análise do peso ao nascer, aos seis e 12 meses de vida, em função da gravidez na adolescência, foi realizada ajustando modelos de regressão linear com resposta normal incluindo, no componente determinístico dos modelos, as variáveis de confundimento que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada. No modelo final considerou-se significativo $p < 0,05$. Análises foram feitas com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v22*.

Aspectos éticos

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o Parecer nº 3.961.629. Houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes e todas as recomendações para pesquisas desenvolvidas com seres humanos foram seguidas.

Resultados

A prevalência de gestantes adolescentes encontrada foi 14,7%, sendo que houve apenas um caso na faixa etária entre 10-14 anos. As características das mães e relação entre o peso e a idade gestacional do recém-nascido no momento do parto constam da Tabela 1. As gestantes adolescentes, quando comparadas às não adolescentes, mais frequentemente não tinham companheiro nem trabalho, eram primíparas, não planejaram a gravidez, tiveram menor número de consultas pré-natais, foram atendidas no momento do parto em serviço público, evoluíram para parto normal, tinham menor escolaridade e menor renda per capita e maior idade gestacional na primeira e na última consulta de pré-natal. Não houve diferença entre o peso para a idade gestacional ao nascer dos bebês, considerando os dois grupos.

Tabela 1. Características das mães adolescentes (n=82) e não adolescentes (n=476) participantes do estudo e relação peso para a idade gestacional do neonato. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017

Características	Idade das gestantes em anos		p
	20 ou mais n (%)	Até 19 n (%)	
Cor da pele			
Branca	298 (62,6)	53 (64,6)	0,725
Não branca	178 (37,4)	29 (35,4)	
Companheiro			
Sim	432 (90,8)	59 (72,0)	<0,001
Não	44 (9,2)	23 (28,0)	
Trabalho			
Sim	304 (63,9)	21 (25,6)	<0,001
Não	172 (36,1)	61 (74,4)	
Primípara			
Sim	203 (42,6)	71 (86,6)	<0,001
Não	273 (57,4)	11 (13,4)	
Gestação planejada			
Sim	245 (51,5)	25 (30,5)	<0,001
Não	231 (48,5)	57 (69,5)	
Local do Parto			
Serviço público	304 (63,9)	70 (85,4)	<0,001
Serviço privado	172 (36,1)	12 (14,6)	
Consultas pré-natais			
≥ 6	442 (92,9)	70 (85,4)	0,004
< 6	34 (7,1)	12 (14,6)	
Orientação sobre o parto			
Sim	260 (54,6)	36 (43,9)	0,072
Não	216 (45,4)	46 (56,1)	
Tipo de parto			
Vaginal	222 (46,6)	51 (62,2)	0,009
Cesárea	254 (53,4)	31 (37,8)	
Peso ao nascer			
Adequado para a IG [†]	381 (80,0)	67 (80,3)	0,773
Pequeno para a IG [†]	30 (6,3)	6 (6,5)	
Grande para a IG [†]	65 (13,7)	9 (13,3)	
	Mediana (mín-máx)*	Mediana (mín-máx)*	
Escolaridade (anos)	11 (1-23)	10 (5-12)	<0,001
Renda <i>per capita</i> (R\$)	600,00 (0-6666,00)	363 (0-1333,00)	<0,001
IG [†] na primeira consulta	10 (2-35)	11 (5-37)	0,003
IG [†] na última consulta	38 (21-42)	39 (31-41)	0,029

*Valor mínimo-valor máximo

†Idade gestacional

A Tabela 2 é relativa às análises bivariadas e múltiplas entre as variáveis de interesse e o peso ao nascer.

Encontrou-se nas análises bivariadas que crianças de mães adolescentes tinham menor peso ao nascer ($p=0,019$) e que gestantes não primíparas ($p=0,002$), com menos de seis consultas pré-natais ($p=0,062$) e que não recebiam orientação sobre o parto ($p=0,017$) também tiveram filhos com menor peso; por outro lado, observou-se aumento médio do peso ao nascer com o aumento da idade gestacional ($p<0,001$). Nas análises múltiplas, de maneira independente, encontrou-se crianças de mães adolescentes ($p=0,047$) com peso médio menor em 105 gramas ao nascer, quando comparadas a crianças de mães não adolescentes; gestantes não primíparas ($p=0,032$) tiveram em média peso 80 gramas a menos, comparadas às não primíparas. Houve maior peso, na medida em que aumentou a idade gestacional ($p<0,001$), sendo o efeito em 103 gramas por semana (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada e ajustada das variáveis de interesse e peso ao nascer. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017

Variáveis	Análise Bivariada		Análise Múltipla	
	β (IC95%)	P	β (IC95%)	P
Adolescente				
Não	1			
Sim	-122 (-224_-20)	0,019	-105 (-209_-1)	0,047
Escolaridade (anos)	5 (-7_19)	0,388		
Trabalho				
Sim	1			
Não	12 (-61_85)	0,749		
Renda <i>per capita</i> (reais)	0,1 (-0,1_0,1)	0,711		
Companheiro				
Sim	1			
Não	-73 (-186_40)	0,207		
Cor				
Branca	1			
Não Branca	16 (-59_91)	0,670		
Primípara				

Sim	1			
Não	-116	0,002	-80	0,032
	(-188_-43)		(-153_-7)	
Gestação planejada				
Sim	1			
Não	-5	0,875		
	(-79_67)			
Consultas pré-natais				
≥ 6	1			
<6	-132	0,062	-79	0,236
	(-271_6)		(-211_52)	
Orientação sobre parto				
Sim	1			
Não	-97	0,017	-38,49	0,344
	(-178_-17)		(-118_41)	
Idade gestacional (semanas)	108	<0,001	103	<0,001
	(80_136)		(74_132)	

A Tabela 3 é relativa às análises bivariadas e múltiplas das variáveis de interesse e o peso aos seis meses de vida da criança. Nas análises bivariadas, encontrou-se menor peso aos seis meses quando a mãe não trabalhava ($p=0,091$) e entre crianças que nasceram pequenas em comparação às adequadas para a idade gestacional ($p<0,001$). Observou-se aumento do peso aos seis meses na ausência de companheiro ($p=0,033$); entre os bebês nascidos grandes para a idade gestacional, em comparação aos de peso adequado ($p<0,001$) e com aumento do comprimento ao nascer ($p<0,001$). Nas análises múltiplas, porém, não se identificou efeito da gravidez na adolescência sobre o peso, mas este foi menor em mulheres que não trabalhavam ($p=0,021$) e entre bebês pequenos para a idade gestacional ao nascer ($p=0,017$) e foi maior entre os nascidos grande para a idade gestacional ($p<0,001$) e com o aumento do comprimento ao nascer ($p<0,001$). Aos seis meses de vida, os filhos de adolescentes que não trabalhavam apresentaram menor peso em 199 gramas e entre os nascidos pequenos para a idade gestacional em 418 gramas; os nascidos grandes para idade gestacional apresentaram peso 486 gramas a mais e a cada centímetro a mais ao nascer, houve aumento de 123 gramas.

Tabela 3. Análise bivariada e ajustada das variáveis de interesse e peso aos seis meses de vida. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017

Variáveis	Análise Bivariada		Análise Múltipla	
	β (IC95%)	p	β (IC95%)	p
Adolescente				
Não	1			
Sim	-450 (-286_196)	0,713	-280 (-260_205)	0,816
Escolaridade (anos)	13 (-20_46)	0,428		
Trabalho				
Sim	1			
Não	-153 (-331_25)	0,091	-199 (-368_-30)	0,021
Renda <i>per capita</i> (reais)	267E-0,5 (-911E-0,5_0)	0,656		
Companheiro				
Sim	1			
Não	288 (24_553)	0,033	358 (105_611)	0,006
Cor				
Branca	1			
Não Branca	42 (-141_225)	0,652		
Primípara				
Sim	1			
Não	-109 (-286_68)	0,226		
Gestação planejada				
Sim	1			
Não	131 (-460_308)	0,146	115 (-52_282)	0,177
Consultas pré-natais				
≥ 6	1			
<6	11 (-306_328)	0,944		
Orientação sobre parto				
Sim	1			
Não	-10 (-205_185)	0,921		
Idade gestacional (semanas)	25	0,484		
Peso para idade gestacional	(-46_97)			
Adequado	1			
Pequeno	-696	<0,001	-418	0,017

Grande	(-1038_-354) 722 (478_967)	<0,001	(-761_-74) 486 (229_742)	<0,001
Tempo de aleitamento exclusivo (dias)	1 (-1_2)	0,429		
Comprimento ao nascer	171 (132_211)	<0,001	123 (79_167)	<0,001

A tabela 4 é referente ao peso aos 12 meses.

Tabela 4. Análise bivariada e ajustada das variáveis de interesse e peso aos 12 meses de vida da criança. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2017

Variáveis	Análise Bivariada		Análise Múltipla	
	β (IC95%)	p	β (IC95%)	p
Adolescente				
Não	1			
Sim	-224 (-622_175)	0,271	-130 (-520_260)	0,500
Escolaridade (anos)	35 (-16_85)	0,179	20 (-40_70)	0,554
Trabalho				
Sim	1			
Não	-193 (-471_85)	0,173	-120 (-400_160)	0,410
Renda <i>per capita</i> (reais)	750E-0,5 (-781E-0,5_0)	0,337		
Companheiro				
Sim	1			
Não	-163 (-575_250)	0,439		
Cor				
Branca	1			
Não Branca	-24 (-305_258)	0,868		
Primípara				
Sim	1			
Não	-141 (-411_129)	0,305		
Planejamento da gestação				
Sim	1			
Não	112 (-159_382)	0,418		

Consultas pré-natais				
≥ 6	1			
<6	-115	0,660		
	(-630_399)			
Orientação sobre parto				
Sim	1			
Não	60	0,668		
	(-352_233)			
Peso para idade gestacional				
Adequado	1			
Pequeno	-892	<0,001	-470	0,097
	(-1426_-359)		(-1020_80)	
Grande	638	0,003	370	0,097
	(216_1059)		(-70_810)	
Tempo de aleitamento				
exclusivo (dias)	1	0,043	-2	0,019
	(-3_-461E-0,5)		(-3_0)	
Comprimento ao nascer				
	168	<0,001	130	<0,001
	(108_229)		(60_200)	

Nas análises bivariadas, encontrou-se menor peso aos 12 meses quando a mãe não trabalhava ($p=0,173$), entre crianças que nasceram pequenas em comparação às adequadas para a idade gestacional ($p<0,001$) e com aumento do tempo de aleitamento materno. Por outro lado, observou-se maior peso aos 12 meses quando a mãe tinha maior escolaridade ($p=0,179$), entre crianças nascidas grandes para a idade gestacional ($p=0,003$) e com maior comprimento ao nascer ($p<0,001$). Nas análises múltiplas, não se identificou efeito da gravidez na adolescência sobre o peso, mas de maneira independente, este foi menor na medida que aumentou o tempo de aleitamento ($p=0,019$) e foi maior com o aumento do comprimento ao nascer ($p<0,001$), sendo que a cada dia de aleitamento o peso foi 2 gramas menor e a cada centímetro a mais no comprimento ao nascer, o peso foi 130 gramas maior (Tabela 4).

Discussão

A prevalência de gravidez na adolescência foi elevada: 14,7%. Com relação ao peso ao nascer, de maneira independente e em média, filhos de gestantes adolescentes tiveram menos 105 gramas, quando comparado aos filhos das não adolescentes; entre as não primíparas, o peso era 80 gramas menor e a cada

semana de idade gestacional cumprida, o peso ao nascer esteve com 103 gramas a mais.

Não se identificou efeito da gravidez na adolescência sobre o peso das crianças aos seis meses de vida, mas nessa idade, de maneira independente e em média, filhos de adolescentes que não trabalhavam pesavam 199 gramas a menos e daquelas cujos bebês foram classificados como pequenos para a idade gestacional ao nascer pesavam 418 gramas a menos; entre os grandes para a idade gestacional ao nascer, tinham 486 gramas a mais, sendo maior o peso (em 123 gramas) a cada centímetro a mais do comprimento ao nascer. Também não se identificou efeito da gravidez na adolescência sobre o peso das crianças aos 12 meses de vida, mas de maneira independente e em média, este foi menor (2 gramas) a cada dia a mais no tempo de aleitamento materno e foi maior (130 gramas) a cada centímetro a mais do comprimento ao nascer. Assim, considerando-se o desfecho primário do presente estudo, o peso do bebê em três momentos: ao nascer, aos seis e 12 meses de vida, observou-se efeito da gestação na adolescência apenas no peso ao nascer.

Observou-se aumento de peso aos 6 meses na presença do companheiro e esse fato pode ser explicado por fatores como: a diminuição da oferta do aleitamento materno nessa fase da vida do bebê e introdução e/ou aumento do consumo de fórmulas e compostos lácteos, rico em carboidratos e lipídeos (Freitas JA et al., 2019). Estudo transversal realizado em uma maternidade pública de grande porte no Maranhão destacou que não ter vínculo empregatício é considerado fator protetor para o aleitamento materno, visto que o fim da licença maternidade, com o retorno da mãe ao mercado de trabalho, foi considerado principal causa de desmame precoce, além de favorecer o início precoce de práticas alimentares complementares (SIQUEIRA et al., 2023). Além disso, observa-se efeito do maior peso aos 6 meses pela aceleração compensatória do ganho de peso⁽¹⁸⁾, visto que aos 12 meses o aumento do peso, na presença do companheiro, não foi mais evidenciado.

O resultado do peso aos seis e 12 meses pode estar relacionado à aceleração compensatória do ganho de peso frente ao menor peso ao nascer, condição atualmente utilizada para explicar a situação especificamente de crianças que nascem com déficit de peso, como as prematuras e aquelas com baixo peso para a idade gestacional. Há evidências que, em resposta à desaceleração no ritmo

ponderal de crescimento da criança durante a gestação, após o nascimento, na medida em que se corrige a causa do problema e em condições ambientais adequadas, o organismo passa a crescer em velocidade superior ao esperado para a idade, de forma que as crianças chegam ao peso normal para a idade ainda no primeiro ano de vida⁽¹⁸⁾. Assim, embora ainda tenha sido identificado efeito da relação peso para a idade gestacional no peso da criança aos seis meses, com diminuição do peso entre os nascidos pequenos e aumento entre os grandes para a idade gestacional, aos 12 meses não se identificou mais tal efeito.

Diferentemente, resultado de estudo realizado na Índia, que acompanhou crianças entre zero e 60 meses, concluiu que os filhos das adolescentes mais frequentemente tinham menor escore de comprimento e de peso para a idade em comparação às crianças nascidas de mulheres adultas em todo o período analisado; assim, crianças nascidas de mães adolescentes eram mais propensas ao baixo peso na infância⁽¹⁹⁾. A relação entre peso ao nascer e gravidez na adolescência foi também encontrada em revisão sistemática com metanálise realizada no Canadá, que obteve aumento de 56% na prevalência de baixo peso ao nascer entre gestantes adolescentes em comparação às adultas e indicou a necessidade dos futuros estudos incluírem nas análises aspectos como disparidades socioeconômicas, acesso ao cuidado pré-natal e saúde mental materna, entre outros⁽²⁰⁾. Destaca-se que o resultado ora apresentado encontrou menor peso ao nascer e gestação na adolescência mesmo após controlar por possíveis fatores de confusão relacionados à aspectos sociais e da gravidez, como escolaridade, trabalho, cor, renda, planejamento da gestação e número de consultas pré-natais.

O único estudo brasileiro realizado com objetivo de acompanhar o peso de crianças no primeiro ano de vida⁽²¹⁾, identificado em ampla revisão de literatura, não considerou a idade materna. Assim, este é o primeiro estudo nacional que acompanhou o peso dos filhos de adolescentes até 12 meses de vida e o fato de não se identificar efeito aos seis e 12 meses e a possível aceleração precoce no ganho de peso merece continuar em estudo, pela potencial repercussão deste evento em outras fases da vida⁽²²⁾, pela elevada prevalência da gravidez na adolescência, neste estudo 14,7%, e por ainda serem raras as análises prospectivas, que incluam o seguimento infantil após o nascimento.

Dados secundários obtidos indicam que os bebês de mães não primíparas também tiveram menor peso ao nascer, porém de menor intensidade, enquanto que o peso foi maior com aumento da idade gestacional. Independentemente da idade materna, espera-se diferença no peso entre gestações de mulheres primíparas e multíparas, explicada pela memória biológica e pelos remanescentes da vascularização endometrial materna após a primeira gestação. Assim, é compreensível a diminuição do efeito do menor peso entre não primíparas⁽²³⁾. Quanto à relação peso e idade gestacional, é evidência bem estabelecida, podendo ser identificada inclusive visualmente em curvas de crescimento fetal internacionalmente utilizadas⁽²⁴⁾.

Houve também maior peso no final do primeiro semestre de vida à medida que aumentou a estatura ao nascer, mantendo-se esse efeito aos 12 meses. Dessa forma, a estatura foi a única condição cuja medida ao nascer manteve seu efeito até os 12 meses de vida da criança, o que está de acordo com achados de outros estudos: pesquisa conduzida com 28 coortes de gêmeos de 17 países analisou as associações do peso ao nascer, comprimento e índice ponderal com a altura desde a infância até idade adulta e concluiu que o peso e o comprimento ao nascer estão positivamente associados à altura tardia em homens e mulheres desde o primeiro ano de vida até a idade adulta⁽²⁵⁾; concordante com esse resultado, estudo prospectivo brasileiro, que teve como resultado primário a comparação da relação peso/altura dos participantes de coorte com valores de referência INTERGROWTH-21st, ressaltou que há evidências crescentes de que o ambiente intrauterino interfere na saúde a longo prazo, inclusive no crescimento infantil⁽²⁶⁾.

Quanto à ausência de trabalho materno remunerado, associou-se a menor peso aos seis meses e este fato precisa ser melhor estudado, incluindo a análise da situação do aleitamento materno, considerando a heterogeneidade no resultado dos estudos sobre trabalho materno e tipo de alimentação oferecida à criança⁽²⁷⁾. Aos 12 meses, encontrou-se também menor peso com aumento na duração do aleitamento materno, condição que pode ser explicada pelo fato de, com a necessidade de uso fórmulas lácteas infantis pelas crianças não amamentadas, estas podem apresentar ganho de peso excessivo, em decorrência do excesso de lipídios e carboidratos na composição destes alimentos⁽²⁸⁾. Estudo de coorte canadense evidenciou que a

interrupção da amamentação antes dos seis meses foi associada ao aumento do risco de ganho de peso rápido, aumento IMC aos 12 meses de idade e risco três vezes maior de excesso de peso, em comparação com bebês que estavam em aleitamento materno, concluindo que a amamentação foi inversamente associada à velocidade de ganho de peso, IMC elevado e risco de sobrepeso no primeiro ano de vida⁽¹⁴⁾.

Estudo americano, voltado à análise dos efeitos do aleitamento materno, alimentação por fórmula e alimentação complementar no ganho de peso no primeiro ano de vida, encontrou que manter a amamentação e retardar a introdução de alimentos complementares estão associados a menores chances de aumentos rápidos de peso para idade e peso para comprimento, respectivamente⁽²⁹⁾. Por outro lado, estudo brasileiro evidenciou que crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo ou predominante, apresentaram mediana de velocidade de ganho de peso de 25,7 g/dia superior à observada para aquelas que tinham outras formas de alimentação⁽³⁰⁾. Assim, o elo entre aleitamento materno e evolução do peso no primeiro ano de vida merece continuar em estudo.

Constitui limitação do presente estudo a ausência de dados relativos aos hábitos das adolescentes, como uso de drogas lícitas e ilícitas, enquanto variáveis de ajuste relativas às análises realizadas. Também, pela composição do grupo de adolescentes, com apenas um caso entre 10-14 anos, foi possível analisar a adolescência como um todo, incluindo a ampla faixa etária entre 10-19 anos.

Conclusão

Quanto ao desfecho primário do presente estudo, o peso do bebê ao nascer, aos seis e 12 meses de vida, observou-se efeito negativo da gestação na adolescência apenas no peso ao nascer.

Considerando a atuação dos enfermeiros em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde materno-infantil, cabe também a esses profissionais atuarem junto às adolescentes, com vistas à prevenção da gravidez nessa etapa da vida, não apenas pela relação entre gestação na adolescência e menor peso dos bebês ao

nascimento, mas sim por se tratar de uma questão de Saúde Pública que envolve reestruturação e reformulação de todo contexto social e familiar.

Destaca-se, também, a importância do cuidado de enfermagem no primeiro ano de vida dos filhos de mães adolescentes, com o propósito de incentivar a manutenção do aleitamento materno e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sendo possível, deste modo, que intervenções ocorram em tempo oportuno, evitando possíveis agravos à saúde da criança.

Achados secundários deste estudo indicam a necessidade de outras investigações voltadas à identificação do papel do trabalho das gestantes adolescentes e da prática do aleitamento materno no peso dos recém-nascidos no primeiro ano de vida.

Referências

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy World Health Organization 2018 [cited 20 Jan 2020]. Disponível em: [WHO_RHR_14.08_eng.pdf](#)
2. Silva PC, Barbosa TLSM, Farias RAR, Lopes MLH, Silva EL, Nunes FBBF. Influence of maternal age in perinatal conditions in live births of São Luís, Maranhão. Rev Fun Care Online [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 21];12:292-299. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8618>
3. Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 21];25:e2876. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100325&lng=en
4. Cabañas JM, Romero GE, García AMP, Bravo AC. Obstetrical and perinatal results of pregnant adolescents attended at Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Sanid. Mil [Internet]. 2017 [cited 12 Jan 2020];73(3):158-161. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000300158&lng=es
5. United Nations Population Fund. Universal Access to Reproductive Health. Progress and challenges [Internet]. 2016 [cited em 22 Jan 2020]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf
6. Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF). Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. In: Washington, D.C., USA, 2016 [cited 2018 Sep 20]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
7. Karataşlı V, Kanmaz AG, İnan AH, Budak A, Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2019 [cited em 22 Jan 2020];48(5):347-350. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30794955/>
8. Rexhepi M, Besimi F, Rufati N, Alili A, Bajrami S, Ismaili H. Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2019 Mar [cited em 22 Jan 2020];14;7(5):760-766. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447330/pdf/OAMJMS-7-60.pdf>

9. Khan S, Zaheer S, Safdar NF. Determinants of stunting, underweight and wasting among children < 5 years of age: evidence from 2012-2013 Pakistan demographic and health survey. BMC Public Health [Internet]. 2019 [cited em 22 Jan 2020];19(1):358. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444880/pdf/12889_2019_Article_6688.pdf
10. Karaçam Z, KizilcaÇakaloz D, Demir R. The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2021 Apr [cited em 05 Dez 2020];50(4):102093. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784721000350>
11. Mossman M, Heaman M, Dennis CL, Morris M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. J hum Lact [Internet]. 2008 [cited em 05 Dez 2020];24(3):268-77. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Influence-of-Adolescent-mothers%27-Breastfeeding-Mossman-Heaman/a587b16138fa5fae328afe9bf2af7cc0deb09a2b>
12. Ortalan N, Venancio SY, Benicio MADA. Determinants of exclusive breastfeeding in low birthweight infants under six months of age. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited em 22 Jun 2021];35(8):e00124618. Disponível em: [\[Determinantes do aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso com menos de seis meses de idade\] - PubMed \(nih.gov\)](#)
13. Mialich MA, GOMES CB, ALVES M, Carvalhaes MABL. Sociodemographic inequalities in the age of introduction of ultra-processed food in the first year of life. The CLaB- Brazil Study. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde [Internet]. 2019 [cited em 22 Jun 2021];14:e43615. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43615>
14. Azad MB, Vehling L, Chan D, Klopp A, Nickel NC, McGavock JM, et al. Infant feeding and weight gain: separating breast milk from breastfeeding and formula from food. Pediatrics [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 21];142(4):e20181092. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/4/e20181092/37391/Infant-Feeding-and-Weight-Gain-Separating-Breast?autologincheck=redirected>
15. Marvin-Dowle K, Soltani H. A comparison of neonatal outcomes between adolescent and adult mothers in developed countries: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X 6 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 21]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152816/>
16. Katanoda K, Noda M, Goto A, Mizunuma H, Su J. Impact of birth weight on adult-onset diabetes mellitus in relation to current body mass index: The Japan Nurses' Health Study. J Epidemiol [Internet]. 2017[cited 2020 Aug 21];27(9):428–34. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/28645520>

17. Sistema Estadual de Análise de Dados. 2020. (Acesso em 02/2020). Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
18. Kopec G, Shekhawat PS, Mhanna MJ. Prevalence of diabetes and obesity in association with prematurity and growth restriction. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 21];10:285-295. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505541/>
19. Nguyen PH, Scott S, Neupane S, Tran LM, Menon P. Social, biological, and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];3:463–73. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352464219301105>
20. DeMarco N, Twynstra J, Ospina MB, Darrington M, Whippey C, Seabrook JA. Prevalence of Low Birth Weight, Premature Birth, and Still birth Among Pregnant Adolescents in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology* [Internet]. 2021[cited 2020 Aug 21];34(4):530-7. Disponível em: https://searchworks.stanford.edu/articles/cmedm_33727190
21. Camargos AC, Azevedo BN, da Silva D, Mendonça VA, Lacerda AC. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];27(1):32–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/3dLK83q7cd9r4cjFP35gJjM/abstract/?lang=en>
22. Gibson LY, Allen KL, Davis E, Blair E, Zubrick SR, Byrne SM. The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *European Journal of Pediatrics* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 21];176(7):925–33. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-017-2931-y>
23. Flatley C, Sole-Navais P, Vaudel M, Helgeland O, Modzelewska D, Johansson S, et al. Placental weight centiles adjusted for age, parity and fetal sex. *Placenta* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 26];117:87-94. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34773745/>
24. Villar J, Papageorgiou AT, Pang R, Ohuma EO, Ismail LC, Barros FC, et al. The likeness of fetal growth and newborn size across non-isolated populations in the INTERGROWTH-21st Project: The Fetal Growth Longitudinal Study and Newborn Cross-Sectional Study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 21];2(10):781-92. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/the-likeness-of-fetal-growth-and-newborn-size-across-non-isolated-4>
25. Jelenkovic A, Yokoyama Y, Sunda R, Hure YM, HarrisfJR, Brandtf I, et al. Associations between birth size and later height from infancy through adulthood: An individual based pooled analysis of 28 twin cohorts participating in the CODATwins Project. *Early Human Development* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 21];135:100-108. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168810118300011>

- 2020 Aug 21];120:53-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532975/>
26. Grandi C, Rodrigues LS, Aragon DC, Carmona F, Cardoso VC. Weight/length ratio references and newborn body composition estimation at birth from a Brazilian cohort. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2021 [cited 2020 Aug 21];97(6):610-6. Disponível em: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/33581117>
27. Whipps MDM, Honoroff J. Time off work after childbirth and breastfeeding supportive workplaces: associations with near exclusive breastfeeding trajectory membership. *Women's Health Issues* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];29(6):506-12. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049-3867\(19\)30456-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049-3867(19)30456-6)
28. Freitas JA, Junqueira GP, Alves MS, Mansur LR. Analysis and comparison of the nutritional composition of infant formulas commercialized in the city of Campos dos Goytacazes -RJ. *Ciênc Saúde Biol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];5(1):31–47. Disponível em: <https://conhecendoonline.emnuvens.com.br/revista/article/view/73>
29. Wood CT, Witt WP, Skinner AC, Yin HS, Rothman RL, Sanders LM, et al. Effects of breastfeeding, formula feeding, and complementary feeding on rapid weight gain in the first year of life. *Academic Pediatrics* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 21];21(2):288-296. Disponível em: [Efeitos do aleitamento materno, alimentação com fórmula e alimentação complementar no rápido ganho de peso no primeiro ano de vida - PubMed \(nih.gov\)](#)
30. Vieira SA, Magalhães TC, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SC, Sant'Ana LF. Franceschini S do CC, Sant'Ana LF da R. Factors associated with length and weight gain rates during the first six months of life. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 21];23(3):309–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/z8J8XhcRVszP7gBpNr9VDBK/?lang=pt>

4.2. Artigo 2 - Aleitamento materno ao nascer e no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes: estudo de coorte

Autores: Roberta Marielle Arik; Anna Paula Ferrari; Hélio Rubens de Carvalho Nunes; Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Encaminhado para apreciação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito da gravidez na adolescência sobre os desfechos aleitamento materno na primeira hora de vida, duração do aleitamento materno exclusivo e prática do aleitamento materno aos 12 meses de vida. **Método:** Trata-se de recorte de amplo estudo, a Coorte de Lactentes de Botucatu (Estudo CLaB), constituída a partir de amostra intencional, sendo incluídos 656 binômios mães-lactentes, cujos partos ocorreram em Botucatu entre junho de 2015 e fevereiro de 2016, sendo as crianças seguidas até completarem um ano de vida. As entrevistas, realizadas presencialmente ou por telefone, foram realizadas em sete momentos distintos e para o presente estudo foram incluídos 522 lactentes, sendo 78 filhos de mães adolescentes. A análise dos dados foi realizada ajustando modelos de regressão linear com resposta normal, incluindo no componente determinístico dos modelos, as variáveis de confundimento que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada, considerando-se significativo no modelo final $p < 0,05$. Houve aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer nº 3.961.629). **Resultados:** a adolescência não se associou a não amamentar na primeira hora de vida do bebê, à duração do aleitamento materno exclusivo e à prática do aleitamento materno aos 12 meses. Secundariamente, encontrou-se efeito negativo na duração do aleitamento exclusivo: não mamar na primeira hora de vida e receber mamadeira nos primeiros quatro meses de vida, sendo que o uso de bicos artificiais repercutiu negativamente também no aleitamento aos 12 meses. **Conclusão:** a adolescência não se associou a não amamentar na primeira hora de vida do bebê, à duração do aleitamento materno exclusivo e à prática do aleitamento aos 12 meses. Secundariamente, ratificou-se a influência negativa de práticas modificáveis, como não amamentar na primeira hora de vida e uso de bicos artificiais na duração do aleitamento materno exclusivo e no aleitamento aos 12 meses de vida.

Palavras-chave: Gravidez; Adolescência; Recém-nascido; Lactente; Aleitamento materno.

Keywords: Pregnancy; Adolescence; Newborn; Infant; Breastfeeding.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of teenage pregnancy on the outcomes of breastfeeding in the first hour of life, duration of exclusive breastfeeding and breastfeeding practice at 12 months of life. **Method:** This is an excerpt from a broad study, the Infant Cohort of Botucatu (CLaB Study), constituted from an intentional sample, including 656 mother-infant binomials, whose deliveries took place in Botucatu between June 2015 and February 2016, and the children were followed until they were one year old. The interviews, carried out in person or by telephone, were carried out at seven different times and for the present study, 522 infants were included, 78 of which were children of adolescent mothers. Data analysis was carried out by adjusting linear regression models with normal response, including in the deterministic component of the models, the confounding variables that presented $p < 0.20$ in the bivariate analysis phase, considering $p < 0$ as significant in the final model. 05. There was approval by the local Research Ethics Committee (Opinion No. 3,961,629). **Results:** adolescence was not associated with not breastfeeding in the baby's first hour of life, with the duration of exclusive breastfeeding and with the practice of breastfeeding at 12 months. Secondly, a negative effect was found on the duration of exclusive breastfeeding: not breastfeeding in the first hour of life and receiving a bottle in the first four months of life, and the use of artificial teats also had a negative impact on breastfeeding at 12 months. Adolescence was not associated with not breastfeeding in the baby's first hour of life, with the duration of exclusive breastfeeding and with the practice of breastfeeding at 12 months. Secondly, the negative influence of modifiable practices was confirmed, such as not breastfeeding in the first hour of life and the use of artificial teats on the duration of exclusive breastfeeding and breastfeeding at 12 months of life.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)⁽²⁾ e o Ministério da Saúde (MS)⁽³⁾, recomendam que as crianças iniciem o aleitamento materno na primeira hora de vida, que sejam amamentadas exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida, seguindo com aleitamento materno e alimentos complementares por até dois anos ou mais⁽¹⁻³⁾. Globalmente, a prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida do bebê é mais alta na África Subsaariana, em partes da América Latina e no sul da Ásia. Ressalta-se que há diferenças importantes entre localidades, como entre Noruega (35%) e Suécia (16%), demonstrando que, mesmo nos países de alta renda, a prevalência pode ser baixa⁽⁴⁾.

Sobre a prática da amamentação, a OMS aponta como objetivo para 2030, que pelo menos 70% das crianças com menos de seis meses de vida estejam em aleitamento materno exclusivo (AME)⁽¹⁾. No Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, realizado em 2019, revelou prevalência de 45,8%. Da mesma forma, os resultados para aleitamento materno continuado no segundo ano de vida da criança mostraram resultados aquém dos esperados: a meta da OMS para 2030 é de 60%, mas os dados do ENANI-2019 demonstraram prevalência de 35,5%^(1;5). Ratifica-se, porém, que a situação atual está aquém do preconizado: relatório publicado pelo UNICEF e pela OMS evidenciou que, no ano de 2017, 78 milhões de recém-nascidos no mundo tiveram que esperar por mais de uma hora para o início do aleitamento materno⁽¹⁻²⁾.

Estima-se que a cada ano, melhorias nas taxas do aleitamento materno em todo o mundo poderiam salvar a vida de mais de 820.000 crianças menores de cinco anos, especialmente nos primeiros seis meses de vida. Além da sobrevivência, sabe-se que a amamentação aumenta o desenvolvimento cerebral, o crescimento saudável, estimula o desenvolvimento na primeira infância e fornece proteção contra doenças crônicas, sobrepeso e obesidade⁽¹⁻²⁾.

Apesar das inúmeras vantagens para as crianças amamentadas, o desmame tem ocorrido cada vez mais precocemente, principalmente entre mães adolescentes. Revisão integrativa de literatura realizada em 2018 destacou que a menor faixa

etária materna está associada resultados negativos do aleitamento materno exclusivo⁽⁶⁾. Outro estudo, longitudinal e prospectivo, realizado no Brasil, com 160 mães adolescentes, destacou que a prática do aleitamento materno exclusivo entre as mães adolescentes foi de 62% em 30 dias, 52,6% em 60 dias e 16% aos 180 dias pós-parto⁽⁷⁾. Análise secundária de um grande estudo de coorte prospectivo em mulheres grávidas de oito centros médicos dos Estados Unidos da América (EUA) identificou que a maior idade materna está associada com a intenção de amamentar exclusivamente⁽⁸⁾.

O aumento da idade pode favorecer o aleitamento materno pois, também, amplia-se o número de multíparas. Estudo de coorte dinamarquês, realizado em 2020, com 591 mulheres nulíparas e 674 multíparas, demonstrou que o aleitamento materno exclusivo foi mantido por 15 semanas em mulheres nulíparas, enquanto que as mães com experiência anterior em amamentação mantiveram a prática por, em média, uma semana e meia a mais. Os resultados aos quatro e seis meses pós-parto, porém, não são animadores: 340 (50%) e 666 (99%) mulheres multíparas e 357 (60%) e 582 (98%) nulíparas tinham interrompido a amamentação exclusiva⁽⁹⁾.

Em contraposição às pesquisas que indicam pior resultado entre as adolescentes, estudo transversal e comparativo, realizado no ano de 2017, demonstrou que os resultados entre puérperas adultas e adolescentes não diferiam significativamente, apontando que a idade materna, isoladamente, não teve influência na confiança e habilidade maternas para a prática da amamentação⁽¹⁰⁾.

Pelo exposto, a falta de consenso na literatura é lacuna a ser superada quando se considera a prática de aleitamento materno entre adolescentes e justifica a realização do presente estudo, cujo objetivo é analisar o efeito da gravidez na adolescência sobre os desfechos aleitamento materno na primeira hora de vida, duração do aleitamento materno exclusivo e prática do aleitamento materno aos 12 meses de vida.

Método

O presente estudo compõe projeto de pesquisa mais amplo, de base populacional e desenho de coorte, denominado “Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista” - Coorte de Lactentes de Botucatu (CLaB), realizado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Processo nº 15/03256-1).

Foi realizado em Botucatu, município de médio porte do Estado de São Paulo, Brasil, com população estimada para 2022 de 143.056 habitantes, sendo 51,4% mulheres e, destas, 29,3% em idade fértil⁽¹¹⁾.

O estudo CLaB constitui coorte única prospectiva de lactentes. O período de seguimento foi compreendido entre o nascimento e o aniversário de um ano de vida da criança, sendo incluídas no estudo todas aquelas nascidas entre agosto de 2015 e fevereiro de 2016, residentes na zona urbana de Botucatu/SP e atendidas no primeiro mês de vida em serviço de atenção primária à saúde de triagem neonatal.

Tal serviço, chamado de Clínica do Bebê, foi o local de captação dos participantes deste estudo. No momento da coleta de dados, a Clínica do Bebê atendia, em média, oito crianças por dia, totalizando entre 140 e 160 recém-nascidos/mês. É responsável pela primeira consulta clínica da criança ainda no primeiro mês de vida, independentemente de o parto ter ocorrido no serviço público ou privado, com vistas a promover a saúde integral do binômio mãe/recém-nascido.

Foi estabelecido como critério de elegibilidade para a referida coorte residir na zona urbana de Botucatu, devido às dificuldades de contato telefônico e para deslocamento às áreas rurais. Foram incluídas crianças com até 30 dias de vida, desde que a cuidadora principal tivesse condições de responder às entrevistas presenciais e telefônicas e aceitasse participar do estudo. Destaca-se que não houve a inclusão de bebês com malformação congênita/anomalia funcional estrutural, pois possivelmente teriam fatores clínicos que poderiam propiciar variações na prática do aleitamento materno ao longo do primeiro ano de vida.

Mesmo adotando-se todos os procedimentos preconizados para evitar perdas

de seguimento, como o registro de outros telefones/endereços potencialmente úteis, ocorreram algumas perdas durante a condução do estudo. Assim, a amostra inicial foi de 656 lactentes, mas concluíram o seguimento de um ano 585 deles (89,2%). Para o presente estudo, porém, foram excluídas 12 crianças gemelares e 51 por não terem alguma das variáveis de interesse registrada e, assim, foram incluídos 522 binômios.

A coleta, construção e revisão da consistência do banco de dados foram realizadas por equipe de 16 pessoas adequadamente capacitadas, remuneradas, com experiência prévia na coleta de dados de pesquisa e supervisionadas por uma das pesquisadoras do estudo original, com apoio de uma Unidade de Pesquisa voltada à condução de estudos na área de Saúde Coletiva. Os instrumentos para coleta de dados foram construídos especificamente para este estudo, foram pré-testados, até o alcance de versão que foi considerada satisfatória pelos pesquisadores envolvidos.

Como fontes de dados foram utilizados: cartão pré-natal, cartão do bebê, prontuário infantil e entrevistas realizadas com as mães nos serviços de saúde e nos domicílios, presencialmente e por telefone. As máscaras para digitação dos dados foram construídas no software Epi Info versão 7.0®.

No Momento 1 (M1), as entrevistas voltaram-se à coleta de dados de caracterização dos binômios participantes, bem como da atenção à saúde no ciclo gravídico puerperal e do primeiro mês de vida da criança. As entrevistas foram realizadas em sala preparada para tal, garantindo-se privacidade e conforto para a mãe e bebê e teve duração média de 10 minutos.

Nos M2 e M4, as entrevistas foram realizadas com a mãe por telefone, no segundo e quarto meses de vida do lactente. Essas entrevistas foram informadas às mães no momento da captação e voltavam-se, basicamente, à investigar a situação do aleitamento materno/alimentação infantil e ocorrência de morbidade infantil, tendo duração média de três minutos.

Nos M3, M5, M6 e M7, as entrevistas foram realizadas com a mãe, no domicílio, no terceiro, sexto, nono e 12º meses de vida da criança. Também foram

previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade materna e, nestas, coletaram-se dados antropométricos da mãe e do bebê e inseriram-se questões detalhadas sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, seguimento de puericultura, utilização de serviços de saúde, entre outros, resultando em duração média de oito minutos.

A integridade das entrevistas foi verificada, via telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes por meio de reentrevistas. As inconsistências foram pouco frequentes e, nestes casos, houve checagem do questionário e acerto do banco de dado. Foram variáveis do estudo:

A variável independente foi: adolescente (sim, não). As variáveis desfecho foram: aleitamento na primeira hora de vida (sim, não), duração do aleitamento materno exclusivo (dias) e aleitamento materno aos 12 meses de vida (sim, não).

Foram variáveis potencialmente confundidoras, as sociodemográficas e obstétricas maternas: cor da pele (branca e amarela/preta e parda), trabalho remunerado (sim/não), escolaridade (anos de aprovação escolar); renda per capita (reais); presença de companheiro (sim/não); primiparidade (sim/não); gestação planejada (sim/não); menos de seis consultas pré-natais (sim/não); foi orientada sobre o parto (sim/não); passou por trabalho de parto (sim/não); idade gestacional na última consulta pré-natal (semanas); tipo de parto (vaginal/cesárea); pré-natal no Sistema Único de Saúde – SUS (sim/não); relação do peso para a idade gestacional (adequado, pequeno, grande); peso ao nascer (gramas) e comprimento ao nascer (centímetros). Dados do recém-nascido foram: idade gestacional ao nascer (semanas); comprimento (centímetros ao nascer, aos seis e doze meses de vida); peso ao nascer (gramas) e necessidade de reanimação na sala de parto (sim/não).

Especificamente para os desfechos tempo de aleitamento materno exclusivo e prática do aleitamento materno aos 12 meses foram ainda inseridas as variáveis: usou chupeta entre 0-4 meses de vida (sim/não), usou mamadeira entre 0-4 meses de vida (sim/não) e mamou na primeira hora de vida (sim/não).

A análise do aleitamento na primeira hora de vida, duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno aos 12 meses, em função da gravidez na

adolescência, foi realizada ajustando modelos de regressão linear com resposta normal, incluindo, no componente determinístico dos modelos, as variáveis de confundimento que apresentaram $p < 0,20$ na fase de análise bivariada. No modelo final considerou-se significativo $p < 0,05$. Análises foram feitas com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v22*.

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIOMS)⁽¹²⁾ e da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹³⁾, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) e ambos, projeto-mãe (Parecer nº 856.794) e recorte (Parecer nº 3.961.629) foram aprovados para execução.

Resultados

Do total de participantes do estudo, 78 (14,9%) eram adolescentes. As características da amostra constam da Tabela 1.

Tabela 1 – Características das mães e crianças participantes do estudo, considerando faixa etária de 20 anos ou mais ($n=444$) e até 19 anos ($n=78$). Botucatu, 2015-2017

Características	20 anos ou mais n (%)	Até 19 anos n (%)	p valor
Cor			
Branca/amarela	276 (62,2)	49 (62,8)	0,917
Preta/parda	168 (37,8)	29 (37,2)	
Trabalho			
Sim	275 (61,9)	21 (26,9)	<0,001
Não	169 (38,1)	57 (73,1)	
Companheiro			
Sim	403 (90,8)	58 (74,4)	<0,001
Não	41 (9,2)	20 (25,6)	
Primípara			
Sim	187 (42,1)	70 (89,7)	<0,001
Não	257 (57,9)	8 (10,3)	
Gestação planejada			
Sim	229 (51,6)	23 (29,5)	<0,001
Não	215 (48,4)	55 (70,5)	
Até 6 consultas pré-natais			
Sim	30 (6,8)	9 (11,5)	0,139
Não	414 (93,2)	69 (88,5)	
Pré-natal no SUS			

Sim	126 (28,4)	69 (88,5)	<0,001
Não	318 (71,6)	9 (11,5)	
Orientação sobre o parto			
Sim	248 (55,9)	33 (42,3)	0,026
Não	196 (44,1)	45 (57,7)	
Trabalho de parto			
Sim	305 (68,7)	69 (88,5)	<0,001
Não	139 (31,3)	9 (11,5)	
Parto vaginal			
Sim	213 (48,0)	49 (62,8)	0,015
Não	231 (52,0)	29 (37,2)	
Peso ao nascer			
Adequado	356 (80,2)	63 (80,7)	0,773
Pequeno	28 (6,3)	6 (7,7)	
Grande	60 (13,5)	9 (11,5)	
Reanimação			
Sim	26 (5,9)	5 (6,4)	0,869
Não	418 (94,1)	73 (93,6)	
	Med (min-max)*	Med (min-max)*	p valor
Escolaridade (anos)	11 (1-23)	10 (5-12)	<0,001
Renda per capita (reais)	575 (0-8333)	363 (0-1333)	<0,001
Semana gestacional na última consulta	38 (21-42)	39 (31-41)	0,182
Idade gestacional ao nascer (semanas)	38 (36-42)	38 (31-41)	0,180
Comprimento ao nascer (centímetros)	49 (40-57)	49 (44-53)	0,226
Peso ao nascer (gramas)	3260 (1990-5725)	3177 (2090-4030)	0,034
Dias de aleitamento materno	165 (1-360)	120 (20-330)	0,048
Dias de aleitamento exclusivo	90 (1-240)	54 (1-180)	0,172

*Mediana (valor mínimo-valor máximo)

Comparadas às mulheres com 20 anos ou mais, as adolescentes menos frequentemente trabalhavam ($p<0,001$), tinham companheiro ($p<0,001$), tinham gestação planejada ($p<0,001$) e foram orientadas sobre o parto ($p=0,026$); mais frequentemente eram primíparas ($p<0,001$), haviam feito pré-natal no SUS ($p<0,001$), haviam passado pelo trabalho de parto ($p<0,001$) e evoluíram para parto vaginal ($p=0,015$). As adolescentes, também, tinham menor escolaridade ($p<0,001$) e renda per capita ($p<0,001$) e seus filhos tinham menor peso ao nascer ($p=0,0343$) e experienciaram menor tempo de aleitamento materno ($p=0,048$) (Tabela 1).

As análises bivariadas e ajustadas para aleitamento na primeira hora de vida constam da Tabela 2. As variáveis: adolescente (variável de interesse) e aquelas que se associaram ao desfecho não ser amamentado na primeira hora de vida a nível de $p<0,20$: cor da pele, trabalho e escolaridade materna, primiparidade, gestação

planejada, pré-natal no serviço público, orientação sobre trabalho de parto, tipo de parto, idade gestacional ao nascer, foram inseridas no modelo final, assim como a variável reanimação neonatal. Neste modelo, a adolescência não se associou a não mamar na primeira hora de vida do bebê. De maneira independente, crianças nascidas no SUS tiveram aproximadamente a metade do risco daquelas nascidas no serviço privado de não mamar na primeira hora de vida (RR=0,51, IC95%=0,32_0,82, p=0,005) enquanto que nascer de parto por cesárea (RR=1,94, IC95%=1,29_2,94, p=0,002) e ser reanimado (RR=1,80, IC95%=1,09_2,96, p=0,020) aumentaram o risco desse desfecho em aproximadamente duas vezes, quando comparadas às crianças nascidas de parto vaginal e não reanimadas, respectivamente.

Tabela 2- Análise bivariada e ajustada para não praticar o aleitamento na primeira hora de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%	P	RR	IC	P
Idade						
Adolescente	0,77	0,49-1,21	0,266	0,95	0,57-1,59	0,847
1 Adulta						
Cor						
Preta/parda	0,78	0,57-1,08	0,139	0,97	0,69-1,36	0,883
1 Branca						
Companheiro						
Não	0,80	0,49-1,32	0,388	-	-	-
1 Sim						
Trabalho						
Não	0,68	0,50-0,93	0,018	1,03	0,72-1,48	0,853
1 Sim						
Anos de estudo	1,11	1,06-1,17	<0,001	1,04	0,98-1,10	0,220
Renda	1,00	1,00-1,00	-	-	-	-
Primiparidade						
Não	1,36	1,00-1,84	0,048	1,17	0,84-1,63	0,338
1 Sim						
Gestação planejada						
Não	0,79	0,58-1,07	0,128	0,99	0,72-1,37	0,995
1 Sim						
Local do parto						
SUS	0,36	0,26-0,487	<0,001	0,51	0,33-0,82	0,005
1 Serviço privado						
Número consultas pré-natal	0,75	0,40-1,38	0,349	-	-	-
Orientação sobre parto						
Não	0,74	0,55-1,01	0,061	1,21	0,86-1,71	0,275
1 Sim						

Tipo de parto						
Cesárea	2,90	2,04-4,11	<0,001	1,94	1,29-2,94	0,002
Vaginal	1					
Idade gestacional ao nascer	0,81	0,72-0,92	0,002	0,97	0,83-1,12	0,688
Reanimação						
Sim	1,67	1,03-2,70	0,035	1,80	1,09-2,96	0,020
Não						
Pequeno/idade gestacional						
Sim	0,93	0,49-1,78	0,838	-	-	-
Não	1					
Grande/idade gestacional						
Sim	1,00	0,64-1,56	0,994	-	-	-
Não	1					

A Tabela 3 é referente à duração do aleitamento materno exclusivo.

Tabela 3 - Análise bivariada e ajustada para duração do aleitamento materno exclusivo.
Botucatu, 2015-2017

Variável	B	IC95%	P	B	IC	P
Idade						
Adolescente	-7,56	-21,05_5,93	0,272	-3,06	-14,40_8,28	0,597
Adulta	1					
Cor						
Preta/parda	-6,39	-16,27_3,50	0,205			
Branca	1					
Companheiro						
Não	-13,95	-28,61_0,72	0,062	-8,26	-20,00_3,47	0,168
Sim	1					
Trabalho						
Não	5,52	-4,16_15,20	0,264			
Sim	1					
Anos de escolaridade	-1,59	-3,35_0,17	0,077	-0,06	-1,55_1,43	0,934
Renda per capita	0,00	-0,01_0,01	0,986	-	-	-
Primípara						
Sim	-14,03	-23,52_-4,54	0,004	-4,20	-12,37_3,96	0,313
Não	1					
Idade gestacional ao nascer	3,95	0,12_7,77	0,043	1,18	-1,85_4,22	0,444
Pequeno/idade gestacional						
Sim	-5,79	-25,23_13,66	0,160	-9,32	-24,63-5,99	0,233
Não	1					
Grande/idade gestacional						
Sim	17,56	3,48_31,65	0,015	9,07	-1,90_20,03	0,105
Não	1					
Uso de chupeta						
Sim	-30,25	-40,46_-20,05	<0,001	-8,36	-16,93_0,20	0,056

Não	1						
Uso de mamadeira							
Sim	-80,34	-88,68_-72,01	<0,001	-74,65	-83,31_-65,98	<0,001	
Não	1						
Mamar na 1ª hora de vida							
Não	-22,77	-32,81_-12,73	<0,001	-12,06	-20,33_-3,78	0,004	
Sim	1						

As variáveis: adolescente (variável de interesse) e aquelas que se associaram ao desfecho duração do aleitamento materno exclusivo a nível de $p < 0,20$: presença de companheiro e escolaridade maternas, primiparidade, idade gestacional ao nascer, nascer pequeno ou grande para a idade gestacional, uso de chupeta ou mamadeira e mamar na primeira hora de vida, foram inseridas no modelo final. Neste modelo, a adolescência não se associou à duração do aleitamento materno exclusivo. De maneira independente, crianças que receberam mamadeira nos primeiros quatro meses de vida ($\beta = -74,65$, IC95% = -83,31_-65,98, $p < 0,001$) e aquelas que não mamaram na primeira hora de vida ($\beta = -12,06$, IC95% = -20,33_-3,78, $p = 0,004$), tiveram menor duração de aleitamento exclusivo: diminuição de 74 e 12 dias, respectivamente, quando comparadas às crianças que não receberam mamadeira e aquelas que mamaram na primeira hora de vida, respectivamente (Tabela 3).

A Tabela 4 é referente à prática do aleitamento materno aos 12 meses de vida.

Tabela 4 - Análise bivariada e ajustada para a prática do aleitamento materno aos 12 meses de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%	P	RR	IC	P
Idade						
Adolescente	0,80	0,58_1,12	0,200	0,81	0,58_1,15	0,248
Adulta	1					
Cor da pele						
Preta/parda	0,96	0,76_1,20	0,692	-	-	-
Branca	1					
Companheiro						
Não	0,96	0,69_1,34	0,812	-	-	-
Sim	1					
Trabalho						
Não	0,80	0,63_1,00	0,047	0,92	0,72_1,18	0,532
Sim	1					
Anos de escolaridade	1,03	0,99_1,07	0,111	1,01	0,97_1,06	0,494
Renda per capita	1,00	1,00_1,00	-	-	-	-

Primípara						
Não	1,08	0,87_1,34	0,511	-	-	-
Sim	1					
Idade gestacional ao nascer	0,99	0,90_1,08	0,773	-	-	-
Pequeno/idade gestacional						
Sim	0,90	0,57_1,41	0,139	1,08	0,68_1,71	0,755
Não	1					
Grande/idade gestacional						
Sim	0,76	0,54_1,09	0,132	0,82	0,57_1,17	0,266
Não	1					
Uso de chupeta						
Sim	2,10	1,57_2,80	<0,001	1,82	1,34_2,45	<0,001
Não	1					
Uso de mamadeira						
Sim	2,16	1,61_2,91	<0,001	1,92	1,34_2,48	<0,001
Não	1					

As variáveis: adolescente (variável de interesse) e aquelas que se associaram ao desfecho duração do aleitamento materno exclusivo a nível de $p < 0,20$: trabalho e escolaridade maternas, nascer pequeno ou grande para a idade gestacional, uso de chupeta ou mamadeira nos primeiros quatro meses de vida, foram inseridas no modelo final. Neste modelo, a adolescência não se associou à prática do aleitamento aos 12 meses. De maneira independente, crianças que receberam chupeta ($RR=1,82$, $IC95\%=1,34_2,45$, $p < 0,001$) ou mamadeira ($RR=1,92$, $IC95\%=1,34_2,48$, $p < 0,001$) nos primeiros quatro meses de vida tiveram risco quase duas vezes maior de não estarem sendo amamentadas aos 12 meses de vida, quando comparadas às crianças que não receberam chupeta ou mamadeira (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo permitiu avaliar o efeito da gravidez na adolescência sobre três desfechos primários relacionados ao aleitamento materno: sua prática na primeira hora de vida, duração do aleitamento materno exclusivo e prática do aleitamento materno aos 12 meses de idade. Os resultados evidenciam ausência de efeito em todos eles. Sobre a prevalência de gravidez na adolescência encontrada, considera-se elevada: 14,9%. Porém, merece destaque o fato de o perfil da amostra evidenciar que os filhos das adolescentes tiveram menos 36 dias de aleitamento exclusivo e 45 dias

de aleitamento, essa última diferença estatisticamente significativa, quando comparados aos filhos de mulheres não adolescentes.

Diferente dos achados do presente estudo, pesquisa desenvolvida em Madagascar encontrou que bebês nascidos de mães que deram à luz com menos de 19 anos tiveram maior probabilidade de não serem amamentados dentro de uma hora após o nascimento e também menor duração do aleitamento materno exclusivo, indicando variações em diferentes contextos, o que pode decorrer de características sociais, culturais e dos serviços de saúde, com possível relação com a promoção e apoio à prática⁽¹⁴⁾. O início precoce do aleitamento traz benefícios para a mãe e o bebê e relaciona-se com a maior satisfação e confiança da mulher em sua capacidade de amamentar. Pesquisa transversal realizada em maternidade pública do Maranhão identificou que a idade materna é fator relevante pra o início e duração da prática do aleitamento materno. O estudo destacou que, com o aumento da idade, observaram-se três vezes mais chances de ocorrência da alta autoeficácia em amamentar quando comparadas às puérperas de menor faixa etária e oferecer ao bebê apenas leite materno na maternidade teve associação estatisticamente significativa à alta autoeficácia em iniciar a prática do aleitamento materno após o nascimento e no puerpério imedato ⁽¹⁵⁾.

Secundariamente encontrou-se, de maneira independente, que nascer no SUS diminui à metade e nascer por operação cesariana ou passar por reanimação ao nascer dobram o risco de não mamar na primeira hora de vida. Sobre o AME, de maneira independente, crianças que usaram mamadeira nos primeiros quatro meses de vida e não mamaram na primeira hora de vida tiveram menor duração dessa prática, com diminuição de 74 e 12 dias, respectivamente, quando comparadas às crianças que não receberam mamadeira e aquelas que mamaram na primeira hora de vida. Da mesma forma, crianças que usaram qualquer bico artificial, seja chupeta ou mamadeira, entre 0-4 meses tiveram risco quase duas vezes maior de não estarem sendo amamentadas aos 12 meses de vida, quando comparadas às crianças que não os receberam.

Com relação ao local de nascimento, o resultado favorável para o nascimento no SUS não se repetiu em estudo transversal que avaliou a assistência ao recém-nascido em quatro maternidades públicas de Natal/RN, pois identificou-se que

57,6% dos recém-nascidos receberam complemento na primeira hora de vida, sendo a fórmula infantil o complemento ofertado em 92% dos casos. O principal motivo descrito no prontuário ou informado pela mãe para tal oferta relacionava-se com a ausência ou deficiência de colostro (33,8%), destacando-se que para 23,9% dos casos não havia qualquer registro sobre a indicação, constatando-se falhas que podem comprometer a oferta do aleitamento materno ou alimentação adequada ao recém-nascido. A idade materna inferior a 20 anos foi considerada protetora à oferta de complemento como forma de alimentar o recém-nascido, possivelmente pelo maior aporte de cuidados pela equipe assistencial decorrente da maior vulnerabilidade materna⁽¹⁶⁾.

Sobre o maior risco de não mamar na primeira hora de vida entre crianças que nasceram de cesariana, quando comparadas às crianças nascidas de parto vaginal, a explicação pode estar relacionada a maior prontidão das crianças nascidas de parto vaginal para o início da amamentação, bem como pelo início do contato com a mãe precocemente⁽¹⁷⁾. Reiterando os achados do presente estudo, coorte realizada com mães adolescentes do Canadá destacou que a taxa de aleitamento materno precoce foi significativamente menor nas crianças que nasceram de cesariana, contribuindo para a baixa taxa de aleitamento materno nesse grupo⁽¹⁸⁾. Estudo realizado na Índia identificou que mães adolescentes que tiveram parto vaginal foram mais propensas a iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida da criança e que o nascimento por cesariana diminuiu a chance de início precoce do aleitamento materno neste grupo, sendo que os autores atribuíram esse resultado ao efeito da anestesia, à separação entre mãe e bebê após o nascimento e ao estresse ou complicações pelo procedimento cirúrgico, com consequente aumento na oferta de alimentação por mamadeira⁽¹⁹⁾.

Da mesma forma, conforme rotina institucional de grande parte das maternidades, os recém-nascidos podem ser separados da mãe nos primeiros minutos de vida para que sejam realizadas manobras de reanimação quando necessário, exame físico, pesagem e cálculo do Apgar, evidenciando-se que, crianças que precisaram ser reanimadas também tiveram maior risco de não serem amamentadas na primeira hora de vida, situação facilmente compreensível, em decorrência da necessidade de cuidados específicos, especialmente na primeira

hora de vida, inviabilizando práticas como contato pele a pele e amamentação precoce⁽²⁰⁾. Em estudo realizado na África, observou-se percentual inferior de manobras de reanimação em recém-nascidos com Apgar adequado e nascidos à termo, podendo-se priorizar o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, prática considerada forte preditor do início oportuno da amamentação⁽²¹⁾.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, não mamar na primeira hora diminuiu em 12 dias a sua duração. O momento logo após o nascimento é considerado marco ideal para o estabelecimento do aleitamento materno de maneira eficaz e, assim, práticas que favoreçam esse início precoce devem ser promovidas. O contato pele a pele entre mãe-bebê é uma das estratégias que pode contribuir com essa promoção, condição evidenciada em estudo de revisão sistemática e meta-análise que mostrou efeito significativo e positivo do contato pele a pele precoce na taxa de sucesso e na duração da primeira mamada⁽²²⁾. Porém, destaca-se a importância da orientação e apoio para o sucesso do início precoce do aleitamento: as orientações sobre as técnicas de amamentação e as características e benefícios do leite materno permitem o conhecimento e a autoeficácia materna, fatores importantes para o alcance do equilíbrio emocional e o início da lactogênese, de modo que a sucção do bebê e a própria mamada tornam-se bem sucedidas, fortalecendo o vínculo mãe-filho⁽¹⁶⁾.

Em continuidade, há evidências quanto ao uso e efeitos prejudiciais dos bicos artificiais na amamentação. Estudo de revisão integrativa de literatura destacou que os utensílios mais utilizados e que mais interferiram na amamentação foram a chupeta, seguido da mamadeira e do protetor mamilar⁽²³⁾. Estudo transversal brasileiro evidenciou que crianças que fizeram uso de chupeta tiveram risco de desmame 2,3 vezes maior do que aquelas que não fizeram uso. Da mesma forma, crianças que usaram mamadeira tiveram risco de desmame total 3,6 vezes maior do que aquelas que não usaram, sendo que o uso de chupeta foi inferior a 35% e a mamadeira foi utilizada em mais de 70% dos casos⁽²⁴⁾, acarretando consequências negativas, como o desmame precoce, a pega incorreta, a interferência no desenvolvimento orofacial e a interrupção do aleitamento materno exclusivo⁽²³⁾.

O uso de chupeta e mamadeira constitui prática modificável e, assim, é importante que serviços e profissionais de saúde atuem de forma a evitar o seu uso. Estudo transversal realizado em Hospital de Porto Alegre - RS, credenciado como Hospital Amigo da Criança, com equipe assistencial capacitada para a promoção da prática do aleitamento materno exclusivo, identificou que 54,9% das mães pretendiam oferecer chupeta e 70,6% dos lactentes já estavam em uso dela aos 30 dias de vida, havendo associação entre o uso da chupeta e a interrupção do aleitamento exclusivo no primeiro mês de vida do bebê⁽²⁵⁾.

Esses indicadores podem estar associados a práticas culturais profundamente inseridas no cotidiano e nas vivências das mães e seus familiares, com crenças populares, acreditando na necessidade do acessório/bico artificial para tranquilizar a criança sendo que, na verdade, tal prática está associada à interrupção do aleitamento exclusivo no primeiro mês de vida. Relaciona-se o uso da chupeta como importante marcador de dificuldade materna na amamentação, ausência de informações quanto as orientações sobre a livre demanda, utilizando-se a chupeta como forma de a criança não ficar tanto tempo no peito, para acalmar ou dormir mais facilmente, além da necessidade do re(conhecimento) do perfil das mães e seus familiares para melhor orientação quanto a intervenção na opção de amamentar e a utilização da chupeta⁽²⁵⁾.

Por fim, devem ser destacadas as características sociodemográficas das adolescentes: comparadas às mulheres com 20 anos ou mais. As adolescentes menos frequentemente trabalhavam, tinham companheiro ou gestação planejada; mais frequentemente tinham menor escolaridade e renda per capita, eram primíparas e haviam feito pré-natal integralmente no SUS. Apesar da evidente vulnerabilidade, ao contrário de outros estudos^(19;26-27), nenhum efeito da adolescência foi observado nos três desfechos relacionados ao aleitamento materno. Como as adolescentes evoluíram para parto vaginal mais frequentemente, condição sabidamente protetora da prática de mamada precoce⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ e no presente estudo associada à duração do AME, o tipo de parto pode de alguma maneira ter anulado o efeito da vulnerabilidade social. Porém, ressalta-se que o resultado encontrado está muito longe do ideal: duração mediana do AME em 54 dias e do aleitamento materno de 120 dias.

Constitui limitação do presente estudo a ausência algumas variáveis de que poderiam ser relevantes para ajuste do modelo de análise, como uso de drogas lícitas e ilícitas, bem como a composição da amostra, visto ter havido apenas um caso de gestação entre adolescentes mais jovens, na faixa etária entre 10-14 anos.

Conclusão

Considerando-se o desfecho primário do presente estudo, pode-se afirmar que não houve efeito da gestação na adolescência na prática da amamentação na primeira hora de vida do bebê, na duração do aleitamento materno exclusivo e na prática do aleitamento aos 12 meses.

A prática do aleitamento materno ocupa lugar de destaque nas políticas públicas de saúde materna-infantil, com evidência de sua relevância quando iniciado precocemente e mantido até dois anos ou mais de vida da criança. Assim, apesar da ausência de efeito encontrada, destaca-se a importância dos serviços e profissionais de saúde promoverem e apoiarem essa prática entre as adolescentes, visto que a situação encontrada está muito aquém das recomendações nacionais e internacionais. Nesse sentido, ressalta-se o importante papel a ser desempenhado pela equipe de enfermagem, por sua aproximação à temática e inserção nos diferentes pontos da rede de serviços de saúde.

Achados secundários deste estudo indicam à necessidade de outras investigações voltadas à identificação do papel do tipo de parto e autoeficácia das mães adolescentes relacionada à prática do aleitamento materno.

Referências

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy World Health Organization 2018 [cited 20 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/data/adolescent-pregnancy>
2. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF [Internet]. 2018 [cited 10 Jul 2022]; 44 p. Disponível em: [UNICEF WHO Capture the moment EIBF 2018-ENG 0.pdf](#)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2019. [citado em 22 Jan 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
4. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016, v. 387 [cited 18 Jul 2022]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)
5. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021 [cited 10 Jul 2022]; 108 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
6. Lima APC, Nascimento DS, Martins MF. The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: an integrating review. J. Health Biol Sci. 2018 [cited 2022 Jul 22]; 6(2):189-196. Disponível em: [artigoo-11-id-1633-v6_n2.pdf \(bvsalud.org\)](#)
7. Conde RG, Guimarães CMS, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Breastfeeding self-efficacy and length of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2017. [cited 2020 Sep 14];30(4):383-389. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400383&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700057>.
8. Baumgartner T, Bhamidipalli SS, Guise D, Daggy J, Parker CB, Westermann M, Parry S, Grobman WA, Mercer BM, Simhan HN, Silver RM, Wapner RJ, Saade GR, Reddy UM, Haas DM. Psychosocial and sociodemographic contributors to breastfeeding intention in first-time mothers. Matern Child Health [Internet], 2020 [cited 2020 Sep 10];J24:1047–1056. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02928-0>

9. Kronborg H, Foverskov E. Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding; a Danish cohort study. PLOS ONE 2020. [cited 2022 Jun 14] 15(9): e0238363. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238363>
10. Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz, Oriá MOB, Monteiro JCS. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents. Acta Paul Enferm. 2017 [cited 2022 Jun 14]; 30(1):109-15.
11. Fundação SEADE. Seade Municípios. Painel. Botucatu. [cited 18 Jan 2023]. Disponível em: <https://municipios.seade.gov.br/>
12. CONSELHO DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas à saúde envolvendo seres humanos – 4. ed. Genebra: CIOMS; Brasília, DF: CFM, 2018 [cited 18 Jul 2022]. Disponível em: [LIVRO CIOMS - Diretrizes Éticas Internacionais.indd](#)
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [cited 18 Jul 2022]. Disponível em: [resolucao-466.pdf \(www.gov.br\)](#)
14. Rakotomanana H, Gates GE, Hildebrand D, Stoecker BJ. Situation and determinants of the infant and young child feeding (IYCF) indicators in Madagascar: analysis of the 2009 Demographic and Health Survey. BMC Public Health. 2017 [cited 2022 Jul 22]; 16;17(1):812. Disponível em: 10.1186/s12889-017-4835-1. PMID: 29037229; PMCID: PMC5644246
15. Siqueira LS, Santos FS, Santos RMMS, Santos LFS, Santos LH, Pascoal LM, Neto MS. Factors associated with breastfeeding self efficacy in the immediate puerperium in a public maternity hospital. Cogitare Enferm. 2023 [cited 2023 Mar 23]; 28; 28:e84086. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/hFnTHRBMnysBKm4m3tb67gR/?format=pdf&lang=en>
16. Pinheiro JMF, Flor TBM, Mata AMB, Pires VCC, Oliveira LIC, Barbosa WPM, Andrade FB. Prevalência da oferta de complemento alimentar para o recém-nascido. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2021 Jul [citado 2022 Out 01]; 21(3):869-878. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519
17. Araujo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 14]; 30:e20200621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
18. Leclair E, Robert N, Sprague AE, Fleming N. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015 [[cited 18 July 2022]; 28(6):516-21. Disponível em: [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(15\)00163-1/fulltext](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(15)00163-1/fulltext)

19. Dhami MV, Ogbo FA, Diallo TMO, Olusanya BO, Goson PC, Agho KE, On Behalf Of The Global Maternal And Child Health Research Collaboration GloMACH. Infant and Young Child Feeding Practices among Adolescent Mothers and Associated Factors in India. *Nutrients*. 2021 [cited 2022 Jul 22]; 12;13(7):2376. Disponível em: 10.3390/nu13072376. PMID: 34371886
20. Abdala LG, da Cunha MLC. Skin-to-skin contact between mother and newborn and breastfeeding in the first hour of life. *Clin Biomed Res [Internet]*. 2018 [citado 11 Jan 2023];38(4). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/82178>
21. Aboagye RG, Ahinkorah BO, Seidu A-A, Anin SK, Frimpong JB, Hagan JEJ. Mother and newborn skin-to-skin contact and timely initiation of breastfeeding in sub-Saharan Africa. 2023 [citado 11 Jan 2023]; *PLoS ONE* 18(1): e0280053. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280053>
22. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 [cited 2022 Jun 14]; 58 (1). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302766>
23. Cavalcante VO, Sousa ML, Pereira CS, Silva NO, Albuquerque TR, Cruz RSBL. Consequences of Using Artificial Nipples in Exclusive Breastfeeding: An Integrative Review. *Aquichan [Internet]*. 2021[cited 2023 Jan 11]; 21(3): e2132. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972021000302132&lng=en.
24. Maciel VB, Abuchaim ES, Maia RR, Coca KP, Marcacine KO, Abrão AC. Breastfeeding in infants under two years old in a city in the Amazon Region. *Acta Paul Enferm*. 2022 [cited 2023 Jan 11]; 35:eAPE02487. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/PbVqfZmYkZM9FchMN85rTFx/citation/?format=pdf&lang=en>
25. Freitas DAK, PiresT, Willges BS, Daudt L, Kafer KD, Martins FS, Nunes LM. Determinants of the interruption of exclusive breastfeeding at the 30th day after birth. *Revista Paulista de Pediatria [online]*. 2022 [cited 2023 Jan 11]; v. 40 . Disponível em: [1984-0462-rpp-40-e2021096.pdf \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1590/0462-rpp-40-e2021096)
26. Mekonnen M, Kinati T, Bekele K, Tesfa B, Hailu D, Jemal K. Infant and young child feeding practice among mothers of children age 6 to 23 months in Debrelibanos district, North Showa zone, Oromia region, Ethiopia. *PLoS One*. 2021 [cited 2022 Jul 22]; 24;16(9):e0257758. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0257758.
27. Santos LMDA, Chaves AFL, Dodou HD, Lopes BB, Oriá MOB. Self-efficacy of puerperal women in breastfeeding: a longitudinal study. *Escola Anna Nery [online]*. 2022 [cited 2022 Jul 22]; 26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0239>

CONCLUSÃO

Conclusão

Este estudo abordou importante problema de Saúde Pública, a gestação na adolescência e, quanto ao peso, confirmou a tese de efeito negativo deste evento apenas no peso ao nascer. Relacionado à prática do aleitamento materno, pode-se afirmar que entre as adolescentes incluídas no estudo, não houve efeito da gestação na adolescência na prática da amamentação na primeira hora de vida do bebê, na duração do aleitamento materno exclusivo e na prática do aleitamento aos 12 meses.

Independentemente dos achados do presente estudo, ressalta-se a importância de atividades educativas para a prevenção da gravidez nessa etapa da vida, pelas repercussões social e familiar a curto e longo prazos, decorrente do ciclo que perpetua a baixa escolaridade, a falta de acesso aos serviços de saúde e a dificuldade de inserção no mercado do trabalho.

Referências

- Araujo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 14]; 30:e20200621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
- Asare BYA, Baafi D, Asare BD, Abdul AR. Factors associated with adolescent pregnancy in the Sunyani Municipality of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences* [Internet], 2019 [citado 01 de Apr de 2022]; 10:87–91. Disponível em: *Factors associated with adolescent pregnancy in the Sunyani Municipality of Ghana - ScienceDirect*
- Azad MB, Vehling L, Chan D, et al. Infant Feeding and Weight Gain: Separating Breast Milk From Breastfeeding and Formula From Food. *Pediatrics*. 2018 [citado 01 de Apr de 2022];142(4):e20181092. Disponível em: [Alimentação Infantil e Ganho de Peso: Separando o Leite Materno da Amamentação e a Fórmula dos Alimentos - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Baumgartner T, Bhamidipalli SS, Guise D, Daggy J, Parker CB, Westermann M, Parry S, Grobman WA, Mercer BM, Simhan HN, Silver RM, Wapner RJ, Saade GR, Reddy UM, Haas DM. Psychosocial and Sociodemographic Contributors to Breastfeeding Intention in First-Time Mothers. *Matern Child Health* [Internet], 2020 [cited 2020 Sep 10];J24:1047–1056. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02928-0>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2019. [citado em 22 Jan 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. 2012. [citado em 22 Jan 2020]. Disponível em: [resolucao-466.pdf \(www.gov.br\)](#)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2012. 272p.
- Brioso KE, Carvalho AI, Caldeira T, Vaz A, Cunha M. Adolescent Pregnancy: A Case-Series Study of 112 Adolescent Mothers and Their Newborns. *Cureus*. 2022 [cited Mar 23];14;14(8):e27987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9481217>

Cabañas JM, Romero GE, García AMP, Bravo AC. Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. *Sanid. Mil* [Internet]. 2017 [citado 12 Jan 2020];73(3):158-161. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000300158&lng=es.

Camargos AC, Azevedo BN, da Silva D, Mendonça VA, Lacerda AC. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];27(1):32–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/3dLK83q7cd9r4cjFP35gJjM/abstract/?lang=en>

Conde RG, Guimarães CMS, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Breastfeeding self-efficacy and lenght of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2017. [cited 2020 Sep 14]; 30(4):383-389. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400383&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700057>.

CONSELHO DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas a saúde envolvendo seres humanos – 4. ed. Genebra: CIOMS; Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: [LIVRO CIOMS - Diretrizes Éticas Internacionais.indd](#)

Cota-Robles S, Pedersen L, LeCroy CW. Challenges to Breastfeeding Initiation and Duration for Teen Mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2017 [citado 12 Jan 2020];42(3):173-178. Disponível em: https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2017/05000/Challenges_to_Breastfeeding_Initiation_and.8.aspx

Cremonese L, Wilhelm LA, Demori CC, Prates LA, Barreto CN, Ressel LB. Experiences from the puerperal period according to the viewpoint of adolescent women. *Rev Fund Care Online*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 14]; 11(5):1148-1154. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1148-1154>. Disponível em: [Experiences_From_The_Puerperal_Period_According_to.pdf](#)

DeMarco N, Twynstra J, Ospina MB, Darrington M, Whippey C, Seabrook JA. Prevalence of low birth weight, premature birth, and still birth among pregnant adolescents in Canada: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology* [Internet]. 2021[cited 2020 Aug 21];34(4):530-7. Disponível em: https://searchworks.stanford.edu/articles/cmedm_33727190

Dhami MV, Ogbo FA, Diallo TMO, Olusanya BO, Goson PC, Agho KE, On Behalf Of The Global Maternal And Child Health Research Collaboration GloMACH. Infant and Young Child Feeding Practices among Adolescent Mothers and Associated Factors in India. *Nutrients*. 2021 [cited 2022 Jul 22]; 12;13(7):2376. Disponível em: 10.3390/nu13072376. PMID: 34371886

Faculdade de Medicina de Botucatu. Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva. 2013 [cited Mar 23]. Disponível em: <https://www.fmb.unesp.br/upesc/apresentacao>

Fucks I, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. The delivery room as a scene for stimulus of teenager mother-baby bound. *Avances en*

Enfermería. 2015 [cited 15 Jun 2022]; 33(1): 29-37. Disponível em: [v33n1a04.pdf \(scielo.org.co\)](https://v33n1a04.pdf.scielo.org.co)

Flatley C, Sole-Navais P, Vaudel M, Helgeland O, Modzelewska D, Johansson S, et al. Placental weight centiles adjusted for age, parity and fetal sex. *Placenta* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 26];117:87-94. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34773745/>

Freitas JA, Junqueira GP, Alves MS, Mansur LR. Analysis and comparison of the nutritional composition of infant formulas commercialized in the city of Campos dos Goytacazes -RJ. *Ciênc Saúde Biol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];5(1):31–47. Disponível em: <https://conhecendoonline.emnuvens.com.br/revista/article/view/73>

Gibson LY, Allen KL, Davis E, Blair E, Zubrick SR, Byrne SM. The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *European Journal of Pediatrics* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 21];176(7):925–33. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-017-2931-y>

Grandi C, Rodrigues LS, Aragon DC, Carmona F, Cardoso VC. Weight/length ratio references and newborn body composition estimation at birth from a Brazilian cohort. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2021 [cited 2020 Aug 21];97(6):610-6. Disponível em: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/33581117>

Hasan SMT, Khan MA, Ahmed T. Inadequate maternal weight gain in the third trimester increases the risk of intrauterine growth restriction in rural Bangladesh. *PLoS ONE*. 2019 [cited 2022 Jun 14]; 14(2):e0212116. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0212116&type=printable>

Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz, Oriá MOB, Monteiro JCS. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2017 [cited 2022 Jun 14]; 30(1):109-15. Disponível em: [30\(1\)_Ingles.indb \(acta-ape.org\)](https://30(1)_Ingles.indb (acta-ape.org))

Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. [citado em 10 Jan 2019]. Disponível em: <http://www.hc.fmb.unesp.br/instituicao/historia/>

Jelenkovic A, Yokoyama Y, Sunda R, Hure YM, HarrisfJR, Brandtf I, et al. Associations between birth size and later height from infancy through adulthood: An individual based pooled analysis of 28 twin cohorts participating in the CODATwins Project. *Early Human Development* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 21];120:53-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532975/>

Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2019. [cited 2022 Jun 14];58(1). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302766>

- Pinheiro JMF, Flor TBM, Mata AMB, Pires VCC, Oliveira LIC, Barbosa WPM, Andrade FB. Prevalência da oferta de complemento alimentar para o recém-nascido. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2021 Jul [citado 2022 Out 01];21(3):869-878. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519
- Freitas DAK, Pires T, Willges BS, Daudt L, Kafer K D, Martins FS, Nunes LM. Determinants of the interruption of exclusive breastfeeding at the 30th day after birth. *Revista Paulista de Pediatria* [online]. 2022, v. 40 [Acessado 4 Outubro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2021096IN>
- Janighorban M, Boroumandfar Z, Pourkazemi R, Mostafavi F. Barriers to vulnerable adolescent girls' access to sexual and reproductive health. *BMC Public Health*. 2022 [cited Mar 23];29(1):2212. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14687-4>
- Khan S, Zaheer S, Safdar NF. Determinants of stunting, underweight and wasting among children <5 years of age: evidence from 2012-2013 Pakistan demographic and health survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 [cited em 22 Jan 2020];19(1):358. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444880/pdf/12889_2019_Article_6688.pdf
- Karaçam Z, KizilcaÇakaloz D, Demir R. The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2021 Apr [cited em 05 Dez 2020];50(4):102093. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784721000350>
- Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [citado 20 Jan 2020]; 14(6): e0218259. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218259>
- Karatasli V, Kanmaz AG, Inan AH, Budak A, Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. 2019 [citado em 22 Jan 2020]; 48 (5). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784718304999>
- Katanoda K, Noda M, Goto A, Mizunuma H, Su J. Impact of birth weight on adult-onset diabetes mellitus in relation to current body mass index: The Japan Nurses' Health Study. *J Epidemiol* [Internet]. 2017[cited 2020 Aug 21];27(9):428–34. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/28645520>
- Kopec G, Shekhawat PS, Mhanna MJ. Prevalence of diabetes and obesity in association with prematurity and growth restriction. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 21];10:285-295. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505541/>
- Kronborg H, Foverskov E. Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding; a Danish cohort study. *PLOS ONE* 2020. [cited 2022 Jun 14]15(9): e0238363. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238363>

- La-Orpipat T, Suwanrath, C. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2019;39.1-7. [citado em 22 Jan 2020]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2019.1581736?scroll=top&needAccess=true>
- Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, Dias MA, Moreira ME, Gama SG. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016 [citado em 22 Jan 2020];17;13 (Suppl 3):127. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/>
- Leclair E, Robert N, Sprague AE, Fleming N. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 [cited 18 July 2022]; 28(6):516-21. Disponível em: [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(15\)00163-1/fulltext](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(15)00163-1/fulltext)
- Lima APC, Nascimento DS, Martins MF. The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: an integrating review. *J. Health Biol Sci*. 2018 [cited 2022 Jul 22]; 6(2):189-196. Disponível em: [artigo0-11-id-1633-v6_n2.pdf \(bvsalud.org\)](#)
- Maciel JAP, Silva AC, Campos JS, Correia LL, Rocha HAL, Rocha SGMO, Sampaio EGM. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. 2019 [citado em 22 Jan 2020]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*,14(41). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1824/959>
- Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad. Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado em 22 Jan 2020];23(2):132-139. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200132&lng=en.
- Marvin-Dowle K, Soltani H. A comparison of neonatal outcomes between adolescent and adult mothers in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 [citado em 22 Dec 2020]; 6: 100109. Disponível em: <file:///C:/Users/saude/Downloads/1-s2.0-S259016132030003X-main.pdf>
- Matos GC, Soares MC, Muniz RM, Escobal APL, Boettcher CL, Quadro PP. Social representations of the parturition process of women who experienced teenage pregnancy. *R. Pesq. Cuid. Fundam. Online* [Internet], 2018 [citado 15 de Apr de 2022];10(4):1077-84. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6325>

Mekonnen M, Kinati T, Bekele K, Tesfa B, Hailu D, Jemal K. Infant and young child feeding practice among mothers of children age 6 to 23 months in Debrelibanos district, North Showa zone, Oromia region, Ethiopia. PLoS One. 2021 [cited 2022 Jul 22]; 24;16(9):e0257758. Disponível em: [10.1371/journal.pone.0257758](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257758).

Melo TAS, Gomes AT, Gomes LFA, Herculano DP, Morceli G, Januário GC. Profile of pregnant adolescents from 2015 to 2019. Rev. Enferm. UFSM. 2022 [cited Mar 23];12,e48:1-13. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1398957/48_68969_por.pdf

Mialich MA, GOMES CB, ALVES M, Carvalhaes MABL. Sociodemographic inequalities in the age of introduction of ultra-processed food in the first year of life. The CLaB- Brazil Study. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde [Internet]. 2019 [cited em 22 Jun 2021];14:e43615. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43615>

Misericórdia Botucatuense [Internet]. [acesso 25 Mar 2021]. Disponível: <http://www.misericordiabotucatuense.com.br/>

Mossman M, Heaman M, Dennis CL, Morris M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. J hum Lact [Internet]. 2008 [cited em 05 Dez 2020];24(3):268-77. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Influence-of-Adolescent-others%27-Breastfeeding-Mossman-Heaman/a587b16138fa5fae328afe9bf2af7cc0deb09a2b>

Nguyen PH, Scott S, Neupane S, Tran LM, Menon P. Social, biological, and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. Lancet Child Adolesc Health. 2019 [citado em 22 Jan 2020];3(7):463-473. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352-4642\(19\)30110-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352-4642(19)30110-5)

O'Brien EC, Tsoi KY, Ma RCW, Hanson MA, Hod M, McAuliffe FM. Nutrition Through the Life Cycle: Pregnancy. In: Pasquale Ferranti, Elliot M Berry, Jock R Anderson. Encyclopedia of Food Security and Sustainability General and Global Situation. ELSEVIER; 2018 [citado 01 de Apr de 2022]; 2-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100596-5.21912-4>

Olaiya O, Dee DL, Sharma AJ, Smith RA. Maternity care practices and breastfeeding among adolescent mothers aged 12-19 years-United States, 2009-2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2016 [citado em 20 Jan 2020]; 65:17-22. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6502a1.htm>

Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, Ricardi VA, Juliano Y, Novo NF, Bertagnon JRD. Apgar score and neonatal mortality in a hospital located in the southern area of São Paulo City, Brazil. Einstein [Internet]. 2012 [citado em 22 Jan 2020]; 10(1):22-8. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082012000100006/1679-4508-eins-S1679-45082012000100006.x54418.pdf

Ortelan N, Venancio SY, Benicio MADA. Determinants of exclusive breastfeeding in low birthweight infants under six months of age. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited em 22 Jun 2021];35(8):e00124618. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XNdNVLPVBy4w77X35MD6ktb/abstract/?lang=ptVen%C3%A2ncio/76f9c76fbc80e6fe2064f575ca6c3776c525fe9>

Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF). Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. In: Washington, D.C., USA, 2016 [cited 2018 Sep 20]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

Prefeitura Municipal de Botucatu. Unidades de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento no município de Botucatu. 2019.

Rakotomanana H, Gates GE, Hildebrand D, Stoecker BJ. Situation and determinants of the infant and young child feeding (IYCF) indicators in Madagascar: analysis of the 2009 Demographic and Health Survey. *BMC Public Health*. 2017 [cited 2022 Jul 22]; 16;17(1):812. Disponível em: 10.1186/s12889-017-4835-1. PMID: 29037229; PMCID: PMC5644246

Rexhepi M, Besimi F, Rufati N, Alili A, Bajrami S, Ismaili H. Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2019 [citado em 22 Jan 2020];7(5):760–766. Disponível em: doi:10.3889/oamjms.2019.210

Rosaneli, CF, Costa NB, Sutile VM. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020 [citado em 22 Jan 2021]; 30 (1). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300114>>. Epub 03 Jun 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300114>.

Sahin, M, Madendag, I. Effect of Gestational Weight Gain on Perinatal Outcomes in Low Risk Pregnancies with Normal Prepregnancy Body Mass Index. *BioMed Research International*. 2019 [citado em 22 Jan 2020]; 1-4. Disponível em: file:///C:/Users/saude/Downloads/Effect_of_Gestational_Weight_Gain_on_Perinatal_Out.pdf

Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, Ribeiro GC. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 22 Jan 2020]; 23(2): 617-625. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200617&lng=en.

Santos LMDA, Chaves AFL, Dodou HD, Lopes BB, Oriá MOB. Self-efficacy of puerperal women in breastfeeding: a longitudinal study. *Escola Anna Nery* [online]. 2022 [cited 2022 Jul 22]; 26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0239>

Santos VL, Holand BL, Drehmer M, Bosa VL. Sociodemographic and obstetric factors associated with the interruption of breastfeeding within 45 days postpartum - Maternar Cohort Study. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2021 [cited 18 Jul 2022]; 21(2):575-586. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200013>

Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu [Internet]. Plano Municipal de Saúde. Botucatu, 2018. Disponível em: http://saude.botucatu.sp.gov.br/documentos/plano_mun_saude_2018-2021.pdf

Silva PC, Barbosa TLSM, Farias RAR, Lopes MLH, Silva EL, Nunes FBBF. Influence of maternal age in perinatal conditions in live births of São Luís, Maranhão. *Rev Fun Care Online* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 21];12:292-299. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8618>

Siqueira LS, Santos FS, Santos RMMS, Santos LFS, Santos LH, Pascoal LM, Neto MS. Factors associated with breastfeeding self efficacy in the immediate puerperium in a public maternity hospital. *Cogitare Enferm*. 2023 [cited 2023 Mar 23]; 28; 28:e84086. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/hFnTHRBMnysBKm4m3tb67gR/?format=pdf&lang=en>

Sistema Estadual de Análise de Dados. 2020. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. (Acesso em 02/2020).

Soeiro RE, Rocha L, Surita FG, Bahamondes L, Costa ML. A neglected population: Sexual and reproductive issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 [cited Mar 23];157(1):51-58. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13795>

Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2017;25():1-9. [citado em 22 Jan 2020]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449566013>

Takemoto AY, Santos ADL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet], 2011 [citado em 10 Jun 2021], 10(3). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i3.17362>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021 [cited 10 Jul 2022]; 108 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

UNFPA. Universal Access to Reproductive Health. Progress and challenges [Internet]. 2016 [citado em 22 Jan 2020]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf

Urquia ML, Batista R, Grandi C, Cardoso VC, Orozco F, Fafard St Germain AA. Associations between child and adolescent marriage and reproductive outcomes in Brazil, Ecuador, the United States and Canada. *BMC Public Health*. 2022 [cited Mar 23];23;22(1):1410. Disponível em:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13766-w>

Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016, v. 387 [cited 18 Jul 2022]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)

Vieira SA, Magalhães TC, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SC, Sant'Ana LF. Franceschini S do CC, Sant'Ana LF da R. Factors associated with length and weight gain rates during the first six months of life. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 21];23(3):309–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/z8J8XhcRVszP7gBpNr9VDBK/?lang=pt>

Villar J, Papageorgiou AT, Pang R, Ohuma EO, Ismail LC, Barros FC, et al. The likeness of fetal growth and newborn size across non-isolated populations in the INTERGROWTH-21st Project: The Fetal Growth Longitudinal Study and Newborn Cross-Sectional Study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 21];2(10):781-92. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/the-likeness-of-fetal-growth-and-newborn-size-across-non-isolated-4>

Whipps MDM, Honoroff J. Time off work after childbirth and breastfeeding supportive workplaces: associations with near exclusive breastfeeding trajectory membership. *Women's Health Issues* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21];29(6):506-12. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049-3867\(19\)30456-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049-3867(19)30456-6)

Wood CT, Witt WP, Skinner AC, Yin HS, Rothman RL, Sanders LM, et al. Effects of breastfeeding, formula feeding, and complementary feeding on rapid weight gain in the first year of life. *Academic Pediatrics* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 21];21(2):288-296. Disponível em: <https://miami.pure.elsevier.com/en/publications/effects-of-breastfeeding-formula-feeding-and-complementary-feedin>

World Health Organization. Adolescent pregnancy World Health Organization 2018 [cited 20 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/data/adolescent-pregnancy>

Anexo I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Projeto Maior: "Saúde da Criança no primeiro ano de vida: Estudo de Coorte prospectiva no Interior Paulista" contendo: Subprojeto I: Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida de crianças residentes em Botucatu/SP: um estudo de coorte, que foi analisado de forma separada na Plataforma Brasil, por Anna Paula Ferrari, recebendo nº CAAE 37337314.3.0000.5411 aprovado em 01/11/2014; Subprojeto II: Aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de seis meses no município de Botucatu: um estudo de coorte que foi analisado de forma separada na Plataforma Brasil, por Michelle Cristine de Oliveira Minharro, recebendo nº CAAE 38403914.2.0000.5411 aprovado em 01/12/2014; Subprojeto III: Atenção à saúde de coorte de recém-nascidos prematuros tardios durante o primeiro ano de vida, que foi analisado de forma separada na Plataforma Brasil, por Maria Cristina Heinzle da Silva Machado, recebendo nº CAAE 45017215.8.0000.5411 aprovado em 01/11/2014; Subprojeto IV: Subprojeto II: Aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de dose meses no município de Botucatu: um estudo de coorte, que foi analisado de forma separada na Plataforma Brasil, por Maiara Aparecida Mialich, recebendo nº CAAE 38403914.2.0000.5411 aprovado em 03/08/2016; Subprojeto V: Resultado do cuidado pré-natal considerando os diferentes modelos de atenção primária, que foi analisado de forma separada na Plataforma Brasil, por Renata Leite Alves de Oliveira, recebendo nº CAAE 37628714.8.0000.5411 aprovado em 19/08/2015 Subprojeto VI: Morbidade referida e internações por condições sensíveis a atenção primária: estudo de coorte no primeiro ano de vida, aluna Aline Fernanda Palombarini Santiloni, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete (doutorado), recebendo nº CAAE: 67214217.5.0000.5411, aprovado em 05/05/2017 Subprojeto VII: Nascimentos a termo em município de médio porte do interior paulista: estudo de coorte prospectiva, da aluna Nathallia Seródio Michelin sob orientação da Profa. Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada (doutorado), recebendo nº CAAE: 67214217.5.0000.5411, aprovado em 05/05/2017 Subprojeto VIII: Estudo prospectivo sobre a introdução de alimentos complementares no primeiro ano de vida: o que, quando e por quê?, aluna Maiara Aparecida Mialich, sob orientação da Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes (doutorado), recebendo nº CAAE: 67214217.5.0000.5411, aprovado em 05/05/2017 Subprojeto IX: Condições ao nascer de crianças negras e brancas: um estudo transversal, aluna Juliana Eliseu de Oliveira, sob orientação da Profa. Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada (Trabalho de conclusão de curso), recebendo nº CAAE: 67214217.5.0000.5411, aprovado em 05/05/2017 Subprojeto X: Atenção à saúde no primeiro ano de vida de recém-nascidos de baixo peso: estudo de coorte prospectiva, da aluna Bárbara Queiroz Rodrigues, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete (Iniciação Científica) Subprojeto XI: Situação e promoção do aleitamento

materno de coorte de prematuros no primeiro ano de vida, da aluna Milena Raquel Tacito e Silva, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete (Trabalho de conclusão de curso). Subprojeto XII: Condições de nascimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes, da aluna Roberta Marielle Arik, sob orientação da Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada (trabalho de Doutorado).

Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Pesquisador:

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67214217.5.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.961.629

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a macroprojeto de pesquisa "Saúde da Criança no primeiro ano de vida: Estudo de Coorte prospectiva no Interior Paulista" e mais 12 subprojetos. O projeto principal: Trata-se de estudo de coorte prospectiva que objetiva conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes em Botucatu/SP no primeiro ano de vida. Será desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa "Saúde da Mulher, Criança e Adolescente" com participação de docentes e pós graduandos da Faculdade de Medicina de Botucatu. A coorte será composta por residentes em Botucatu/SP, município de médio porte do interior paulista, com população aproximada de 130 mil habitantes.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes em Botucatu/SP no primeiro ano de vida.

2.1 Objetivo Geral

Analisar desfechos da gravidez na adolescência em coorte de recém-nascidos acompanhados do nascimento até o primeiro ano de vida.

2.2 Objetivos específicos

a) Identificar os fatores associados à gravidez na adolescência.

Continuação do Parecer: 3.961.629

b) Verificar o efeito da gravidez na adolescência sobre os desfechos perinatais: idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, índice de Apgar atribuído no 5º minuto de vida e amamentação na primeira hora de vida.

c) Verificar o efeito da gravidez na adolescência nos seguintes desfechos no final do primeiro ano de vida: amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, desmame precoce, vacinação oportuna, alterações nos valores de peso e altura calculados pelo Índice de Massa corpórea (IMC) e morbidade no primeiro ano de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Metodologia Proposta: Trata-se de uma coorte única prospectiva, com seguimento de um ano. A vantagem desse tipo de estudo é que permitirá a análise de desfechos mais tardios, visto que estudos brasileiros sobre o tema em geral limitam-se a desfechos perinatais.

Critério de Inclusão: Foram incluídas na coorte, crianças com até 30 dias de vida, cujas mães residiam em Botucatu/SP, eram a principal cuidadora, tinham condições de responder às entrevistas presenciais e telefônicas e aceitaram participar do projeto anteriormente referido.

Critério de Exclusão:

Foram excluídos os natimortos (fetos com peso superior a 500g com óbito intrauterino e/ou idade gestacional igual ou inferior a 22 semanas de gestação) e na vigência de idade gestacional desconhecida ou indeterminada no momento do parto.

Riscos: Confiabilidade de Informações

Benefícios: Após estudo concluído será proposto melhorias para a atenção da saúde infantil de população semelhante e de população do próprio município.

Metodologia de Análise de Dados: Analista Estatística Única.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa com coorte única prospectiva, com seguimento de um ano, com

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.961.629

financiamento FAPESP, com orçamento de R\$ 100,00, que investigará 656 participantes de pesquisa a partir de emenda ao projeto-mãe "Saúde da Criança no primeiro ano de vida: Estudo de Coorte prospectiva no Interior Paulista".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou os seguintes termos obrigatórios: (1) Anuência do EAP; (2) Folha de Rosto devidamente assinada; (3) cronograma de pesquisa detalhado; (4)

Propõe dispensa do TCLE? Sim

Justificativa: "Trata-se de pesquisa de coorte única, concorrente com uso de banco de dados de um projeto maior financiado pela FAPESP e intitulado: Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista, coordenado pela orientadora deste projeto de doutorado, este projeto maior já foi aprovado pelo CEP local. O projeto maior aplicou o TCLE em todos os participantes do estudo. Sendo assim e pela dificuldade de encontrar os 656 participantes solicito a dispensação do TCLE para este projeto."

"EMENDA: Justificativa da Emenda:

Solicitamos emenda para que o subprojeto intitulado como: Condições de nascimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes seja incluindo baseando-se nos dados já coletados em pesquisa existente. Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu e, considerando que o "projeto mãe" foi aprovado para execução (CAAE: 37337314.3.0000.5411). O presente recorte será encaminhado para apreciação do mesmo CEP e, como nenhum novo dado será coletado, será solicitada a liberação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido."

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO da EMENDA apresentada.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.961.629

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 06/04/2020, a EMENDA apresentada encontra-se APROVADA.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_1526373_E2.pdf	13/03/2020 15:59:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Roberta.pdf	13/03/2020 15:57:43	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Cronograma	Cronograma_Roberta.pdf	13/03/2020 15:46:06	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.pdf	13/03/2020 15:41:02	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	oficioemenda.pdf	29/08/2017 16:08:03	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BARBARA_IC.docx	25/08/2017 14:47:34	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MILENA_TCC.docx	25/08/2017 14:46:44	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	ANUENCIAUNESP.pdf	17/04/2017 11:18:53	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	17/04/2017 11:18:18	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	CAAE_RENATA.pdf	13/04/2017	Cristina Maria	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Outros	CAAE_RENATA.pdf	19:42:13	Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	CAAE_MICHELLE.pdf	13/04/2017 19:33:32	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	CAAE_MAIARA.pdf	13/04/2017 19:33:09	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	CAAE_Cristinaheinsl.pdf	13/04/2017 19:32:39	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Outros	CAAE_ANNA.pdf	13/04/2017 19:31:59	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	subprojeto_tcc_IX_Juliana.pdf	13/04/2017 19:28:36	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Subprojeto_VI_Aline.pdf	13/04/2017 19:28:13	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Subprojeto_VIII_Maiara.pdf	13/04/2017 19:27:35	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Subprojeto_VII_Nathallia.pdf	13/04/2017 19:26:34	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AlineTCLE.pdf	13/04/2017 19:18:55	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	julianatcle.pdf	13/04/2017 19:18:34	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MaiaraTCLE.pdf	13/04/2017 19:18:06	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NathalliaTCLE.pdf	13/04/2017 19:17:43	Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Abril de 2020

Assinado por: **SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**
(Coordenador(a))

UF: SP

Município:

BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Apêndice I - Instrumentos para coleta de dados

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB

2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

FORMULÁRIO 1

CAPTAÇÃO NA CLÍNICA DO BEBÊ

Data da Entrevista: ____/____/____

Nº do Formulário

--	--	--	--

Você está aqui [Clínica do Bebê] para consulta agendada?

[1] Sim

[2] Não - Por qual motivo? _____

Tem consulta agendada? [1] Sim – para quando? ____/____/____ [2] Não

Nome do entrevistador:

Local da Entrevista:

Data da Revisão: ____/____/____

Nome do revisor:

1. IDENTIFICAÇÃO DA MAE E RN

1.1.	Qual	seu	nome	[completo,	sem	abreviações]:

1.2.	Qual sua data de nascimento: ____/____/____					
1.3.	Qual o nome da sua mãe: _____					
1.4.	Qual o nome do seu pai: _____					

1.5. Qual o número do seu R.G.: _____

Como você foi informada, estamos realizando um estudo sobre a saúde das crianças que nascem e moram em Botucatu.

Essa primeira entrevista será para conhecer seu bebê, você e sua família.

Vamos perguntar como foi o parto e os primeiros dias/mês de vida do seu bebê, na maternidade e em casa.

1.6. Qual foi a data do parto: ____/____/____

1.7. Qual o local que ocorreu o parto:

[1] Hospital SUS-Unesp[2] Hospital UNIMED/Particular/Convênios – pular para 1.8

[3] Outro: _____ - pular para 1.8

1.7.1. Se parto na Unesp, anotar REGISTRO HOSPITALAR: _____

1.8. A gestação foi múltipla?[1] Sim[2] Não – pular para 1.9

1.8.1. Se sim, quantos conceitos?_____ Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

1.9. Qual o nome do 1º bebê [completo, sem abreviações]:

1.10. Qual o sexo do [nome do bebê]: [1] masculino [2] feminino

1.11. Qual o nº registro hospitalar do [nome do bebê] caso tenha nascido na UNESP:

_____ [2] bebê nasceu no hospital UNIMED

1.12. Qual seu endereço: Rua/Av: _____ Nº _____

1.13. Bairro: _____

1.14. Ponto de referência: _____

1.15. Pretende se mudar nos próximos meses? [1] Sim[2] Não

Novo endereço(NÃO DIGITAR):

Telefones da mãe (explicar que é para agendar as próximas entrevistas):(NÃO DIGITAR)

Fixo: _____ Celular: _____ Provedor: _____

e-mail: _____

1.16. Qual seu estado civil (LER as alternativas)?

[1] Casada[2] Solteira [3] União estável [4] Outro: _____

1.17. Você vive com seu companheiro/marido? [1] Sim [2] Não

1.18. Você tem contato com o pai da criança? [1] Sim [2] Não - pular para 1.19. 1.18.1. Qual o nome dele? _____ 1.18.2. Qual o telefone dele? _____ 1.18.3. Onde ele trabalha? _____ _____ 1.19. Você tem contato com a avó [materna/paterna] da criança? [1] Sim [2] Não - pular para “outros telefones” 1.19.1. Qual o nome da avó paterna? _____ Outros telefones (familiares/amigos) de pessoas que podem ser contatadas, em caso de não a encontrarmos: Listar nome, parentesco e telefone (até 4) : (NÃO DIGITAR) Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____ Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____ Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____ Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____
1.20. A sua cor de pele é [LER as alternativas]: [1] Branca [2] Negra [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena [6] Outra: _____
1.21. Qual foi a última série/ano escolar que você concluiu com aprovação na escola? Se preciso, ajudar com: Em qual série/ano escolar você parou de estudar? _____ anos de escolaridade. CASO A MÃE TENHA CURSADO ATÉ A OITAVA SÉRIE, pular para 1.22 1.21.1. Você cursou o nono ano? [1] Sim [2] Não
1.22. Você trabalha [com remuneração]? [1] Sim [2] Não- pular para 1.23 1.22.1. Qual sua ocupação? _____ 1.22.2. Onde você trabalha? [1] Em casa [2] Local de trabalho da mãe: [nome e tipo de estabelecimento]: _____ 1.22.3. Está de licença/afastada pelo nascimento do bebê? [1] Sim, com remuneração [2] Sim, sem remuneração [3] Não - pular para 1.23. 1.22.4. Quando você voltar a trabalhar, qual será a idade do bebê [meses]: _____ 1.22.5. Qual sua jornada semanal de trabalho [horas/semana]: _____

1.23. Quantas pessoas [adultos e crianças] moram COM você? _____ Quem são? [nome, idade e parentesco] (NÃO DIGITAR) Nome: _____ Parentesco _____ idade _____ Nome: _____ Parentesco _____ idade _____ Nome: _____ Parentesco _____ idade _____ Nome: _____ Parentesco _____ idade _____ Nome: _____ Parentesco _____ idade _____ Nome: _____ Parentesco _____ idade _____ Nome: _____ Parentesco _____ idade _____
1.24. Qual foi a renda total da família no mês anterior? R\$ _____
1.25. Quantas pessoas que dependem dessa renda? _____
1.26. Você recebe Bolsa Família?[1] Sim [2] Não - pular para 2.1 1.26.1. Qual o valor: R\$ _____

2. HISTÓRIA GESTACIONAL

2.1 Quantas vezes você ficou grávida (incluindo esta gestação): _____ 2.2. Quantos partos você teve (incluindo este parto): _____ 2.3. Quantas cesáreas você teve (incluindo este parto): _____ 2.4. Quantos filhos nasceram vivos: _____ 2.5. Quantos abortos ou natimorto (bebê que nasceu morto) você teve: _____
2.6. O(s)[nome(s) do(s) recém-nascido(s)] tem algum irmão que faleceu antes de completar 5 anos de idade? [1] Sim [2] Não - pular para 3.1 2.6.1. Quantos? _____ 2.6.2. Qual a causa do óbito mais recente? _____

3. GESTAÇÃO ATUAL

3.1. A gestação do.....[nome do bebê] foi planejada? [1] Sim [2] Não
--

3.2 A gestação foi bem aceita, logo que você soube? [1] Sim - pular para 3.3 [2] Não 3.2.1 Se não, por quê? _____
3.3. Quando estava grávida, você participou de grupo de gestantes [grupos educativos] promovido pelo serviço onde você fez seu pré-natal? [1] Sim [2] Não - pular para 3.4 3.3.1. De quantas reuniões? _____ 3.4. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre como amamentar, isto é como colocar o bebê no peito, qual peito dar primeiro ou outras orientações de como amamentar? [1] Sim [2] Não 3.5. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre até que idade um bebê deve mamar no peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.6 3.5.1. Se sim, qual a idade recomendada: _____ meses 3.6. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a idade ideal para o bebê começar a receber outro alimento/líquido, além do leite do peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.7 3.6.1. Se sim, qual a idade: _____ meses 3.7. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a data provável do seu parto (quando o bebê estaria pronto para nascer)? [1] Sim [2] Não – pular para 3.8 3.7.1. Se sim, com quanto tempo de gestação o bebê deveria nascer? _____ meses ou com _____ semanas [2] Não lembra 3.8. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre os tipos de parto? [1] Sim [2] Não 3.9. Você foi orientada/conversou sobre como se preparar para um parto normal? [1] Sim [2] Não 3.10. No pré-natal, você foi orientada a fazer regularmente caminhada ou alguma outra atividade física durante a gestação? [1] Sim [2] Não
3.11. Você faltou em alguma consulta do pré-natal? [1] Sim [2] Não - pular para 3.13 3.11.1. Se sim, por quê? _____
3.12. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional quando você faltou à consulta de pré-natal? [1] Sim [2] Não
3.13. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional da unidade de saúde no último mês de sua gestação? [1]

Sim [2] Não
3.14. Você lembra de ter sido informada sobre o local onde iria ocorrer seu parto? [1] Sim [2] Não
3.15. Durante a gravidez, alguma vez você precisou e procurou a maternidade? [1] Sim [2] Não - pular para 3.16 3.15.1. Por qual motivo? _____ 3.15.2. Você se sentiu bem atendida?[1] Sim – pular para 3.16 [2] Não 3.15.3. Por que você não se sentiu bem atendida? _____
3.16. Você foi encaminhada para fazer o pré-natal na UNESP? [1] Sim [2] Não – pular para 4.1 3.16.1. Por que você foi encaminhada: _____ 3.17. Sua gestação foi diagnosticada de alto risco, em algum momento do pré-natal? [1]Sim [2] Não – pular para 3.18 3.17.1. Por que sua gestação foi de alto risco? _____
3.18. No caso de seu pré-natal ter sido na UNESP, você manteve o acompanhamento na atenção básica/consultório particular? [1] Sim[2]Não – pular para 4.1 3.18.1. Se sim, onde? _____

4. PARTO E PUERPÉRIO

4.1. Você foi atendida imediatamente na maternidade, quando chegou a hora do bebê nascer? [1] Sim - pular para 4.2 [2] Não [3] Não procurei o hospital (parto não ocorreu no hospital) – pular para 4.18 4.1.1. Se não, o que aconteceu? _____
4.2. Houve algum problema (intercorrência materna ou fetal?) da sua chegada à maternidade até o nascimento do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 4.3 4.2.1. Se sim, qual problema? _____
4.3. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a caminhar? [1] Sim [2] Não

4.4. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a tomar banho morno? [1] Sim
[2] Não

4.5. Você foi orientada a usar alguma das seguintes técnicas para aliviar a dor: [LER as alternativas]
[1] bola [3] massagem [4] acupuntura [2] Não

4.6. Alguma outra técnica foi utilizada/orientada: [1] Sim [2] Não – **pular para 4.7**

4.6.1. Se sim, qual? _____

4.7. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você se sentiu respeitada durante trabalho de parto? [1] Sim – **pular para 4.8** [2] Não

4.7.1. Se não, por que? _____

4.8. **Você entrou em trabalho de parto?** [1] Sim [2] Não - **pular para 4.9**

4.8.1. Você precisou de ajuda para entrar em trabalho de parto com medicação na veia ou por baixo, na vagina? [1] Sim [2] Não

4.9. Sua bolsa das águas foi rompida por profissional de saúde? [1] Sim [2] Não

4.10. Você teve acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não

4.11. A hora que o bebê nasceu você estava com acompanhante? [1] Sim [2] Não

4.12. **Qual o tipo de parto?** [1] Vaginal [2] Cesárea- **pular para 4.15**

4.13. Fez episiotomia (corte por baixo, na região vaginal, feito pelo profissional que fez o parto)?
[1] Sim [2] Não

4.14. Ficou de cócoras? [1] Sim – **pular para 4.18** [2] Não – **pular para 4.18**

4.15. Sua cesárea foi marcada com antecedência (combinada para um dia certo)?
[1] Sim [2] Não - **pular para 4.16.**

4.15.1. Se sim, por quê? _____

4.15.2. Quem decidiu pela cesárea? [1] O médico [2] Você – **pular para 4.15.4**
[3] Ambos – **pular para 4.15.5** [4] Outros – **pular para 4.15.6**

4.15.3. Por que o médico decidiu pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.4. Por que você decidiu pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.5. Por que você e o médico decidiram pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.6. Quem decidiu pela cesárea? _____ 4.15.7. Por que [esta pessoa] decidiu pela cesárea? _____
4.16. A cesárea foi decidida quando o trabalho de parto estava em andamento (intra trabalho de parto)? [1] Sim [2] Não – pular para 4.17 4.16.1. Se sim, por que? _____
4.17. Algum profissional de saúde falou que você ou seu bebê tiveram algum dos seguintes problemas (na gravidez ou no parto)? [LER as alternativas] 4.17.1. Descolamento da placenta antes do parto [1] Sim [2] Não 4.17.2. Prolapso/saída do cordão [1] Sim [2] Não 4.17.3. Placenta prévia/baixa [1] Sim [2] Não 4.17.4. Sofrimento fetal [1] Sim [2] Não 4.17.5. Herpes genital com ferida na hora do parto [1] Sim [2] Não 4.17.6. Bebê sentado ou atravessado [1] Sim [2] Não 4.17.7. HIV [1] Sim [2] Não 4.17.8. Algum desses problemas foi referido pelo médico ou outro profissional de saúde como o motivo da cesárea? [1] Sim [2] Não – pular para 4.17.8.2 4.17.8.1. Se sim, qual? _____ 4.17.8.2. Se não, qual foi o motivo da sua cesárea? _____
4.18. Você teve algum problema no pós-parto? [1] Sim [2] Não- pular para 4.19 4.18.1. Se sim, qual? _____
4.19. Você necessitou de internação em UTI no pós-parto? [1] Sim [2] Não – pular para 4.20 4.19.1. Se sim, por quê? _____ 4.19.2. Quantos dias? _____ dias
4.20. Quantos dias, no total, você ficou internada na maternidade? _____ dias
4.21. Você recebeu alguma prescrição de medicamento na hora da alta? [1] Sim [2] Não – pular para 5.1 4.21.1. Se sim, qual? _____

5. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (MATERNIDADE/BERÇÁRIO)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

5.1. Na maternidade, você recebeu orientações sobre como amamentar o seu bebê no primeiro dia de vida? [1] Sim

[2] Não – **pular para 5.2**

5.1.1. Você ficou satisfeita com as orientações recebidas?

[1] Sim [2] Não [3] Parcialmente satisfeita

5.2. O seu bebê foi colocado peladinho no seu colo logo ao nascer?

[1] Sim – **pular para 5.3** [2] Não

5.2.1. Se não, por quê? _____

5.3. O bebê mamou no seu peito 1ª hora de vida? [1] Sim – **pular para 5.4** [2] Não

5.3.1. Se não, por quê? _____

5.4. Desde o nascimento até a alta, você e seu bebê ficaram juntos?

[1] Sim, todo o tempo - **pular para 5.5** [2] Não [3] Sim, por algum tempo

5.4.1. Por que não ficaram juntos o tempo todo? _____

5.4.2. Seu bebê ficou em UTI/UCI? [1] Sim [2] Não – **pular para 5.5**

5.4.2. Se sim, quanto tempo? _____ dias

5.5. Foi realizado Método Canguru? (bebê ficou em contato pele a pele com a mãe e/ou pai, embaixo da roupa)[1]

Sim [2] Não – **pular para 5.6**

5.5.1. Se sim, quantos dias? _____ dias

5.6. Na maternidade, seu bebê mamou no peito? [1] Sim [2] Não

5.7. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou leite materno ordenhado? Como foi dado? LER as alternativas

[1] Sim, com copinho [2] Sim, com chucha [3] Sim, com seringa, colher, outro

[4] Sim, por sonda [5] Sim, mas não sabe como [6] Não tomou

5.8. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou outro leite [não materno]?

[1] Sim, mas não sabe qual leite

[2] Sim, fórmula láctea. Nome: _____

[3] Sim, leite [de vaca] em pó. Nome: _____

[4] Sim, leite de vaca líquido.

[5] Não – **pular para 5.10**

5.9. Esse outro leite foi dado com:

[1] Chuca/mamadeira [2] Colher/seringa [3] Copinho [4] Sonda [5] Não sei

5.10. Você foi informada ou viu seu bebê tomando água? [1] Sim [2] Não

5.11. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou água com açúcar ou soro glicosado?

[1] Sim [2] Não

5.12. Você foi informada ou viu se seu bebê chupou chupeta? [1] Sim [2] Não

5.13. Na maternidade/berçário, você foi orientada sobre os cuidados com o bebê em casa?

[1] Sim [2] Não – **pular para 5.14**

5.13.1. Se sim, foi sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

5.13.2. Se outra, qual? _____

5.14. Você recebeu a caderneta de saúde do bebê preenchida na alta da maternidade/berçário?

[1] Sim [2] Não

6. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (APÓS ALTA DA MATERNIDADE/BERÇÁRIO) Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

6.1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliar de profissional(is) da saúde após a alta do hospital? [1] Sim [2] Não - **pular para 6.2**

6.1.1. Com quantos dias de vida o bebê estava na visita domiciliar? _____ dias

6.1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê?

[1] Médico – **pular para 6.1.3** [2] Enfermeiro – **pular para 6.1.3** [3] Outro

6.1.2.1. Se outro, quem? _____

6.1.3. O bebê foi pesado e medido na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

6.1.4. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

6.1.5. Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar? [1] Sim [2] Não

6.1.6. Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.1.7**

6.1.6.1. Se sim, qual problema? _____

6.1.7. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 6.2**

6.1.7.1. Se sim, foi sobre (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.1.7.2. Se outra, qual? _____

6.2. Depois da alta da maternidade, em qual serviço de saúde foi o primeiro atendimento do bebê?

[1] Clínica do Bebê – **pular para 6.2.2**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – **pular para 6.2.2**

[3] Ambulatório da UNESP – **pular para 6.2.2**

[4] Consultório particular – **pular para 6.2.2**

[5] Outro

6.2.1. Se outro, qual? _____

6.2.2. Qual idade do bebê no 1º atendimento após a alta da maternidade? _____ dias

6.2.3. O que foi feito com o bebê no 1º atendimento por serviço de saúde após a alta da maternidade?
(POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Consulta

[2] Avaliação da amamentação

[3] Avaliação da icterícia/“amarelinho” da pele

[4] Avaliação do peso

[5] Vacina(s)

[6] Teste(s) do pezinho e/ou outros testes: Qual(is)? _____

[7] Outros procedimentos: Qual(is)? _____

6.2.4. Qual o local onde o bebê foi atendido em consulta clínica, pela primeira vez após a alta da maternidade/berçário?

[1] Clínica do Bebê - pular para 6.3

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família - pular para 6.3

[3] Ambulatório da UNESP - pular para 6.3

[4] Consultório particular - pular para 6.3 [5] Outro

6.2.4.1. Se outro, qual? _____

6.3. Com quantos dias o bebê estava na primeira consulta clínica? _____ dias

Qual foi a data 1ª consulta clínica do bebê? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

6.4. Quem atendeu o bebê na 1ª consulta clínica após a alta da maternidade/berçário?

[1] Médico [2] Enfermeiro

6.5. O bebê foi pesado e medido na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.6. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.7. O desenvolvimento do bebê foi avaliado na 1ª consulta clínica (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)? [1] Sim [2] Não

6.8. O profissional viu o bebê mamando na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.9. Houve algum problema com o bebê detectado na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não – pular para 6.10

6.9.1. Se sim, quais? _____

6.10. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não - **pular para 7.1**

6.11. Houve orientação sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.11.1. Se outra, qual? _____

7. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (ALIMENTAÇÃO ATUAL)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

7.1. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 7.4** [2] Não

7.2. Quanto tempo o bebê tinha quando cessou completamente o aleitamento materno? ____ dias

7.3. Por que ele não está mamando no peito? _____

7.4. Você teve ou está com algum problema para amamentar? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.5**

7.4.1. Se sim, qual? _____

7.5. Seu bico do peito rachou? [1] Sim [2] Não

7.6. O leite empedrou? [1] Sim [2] Não

7.7. Seu bebê está tomando outro leite? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.9**

7.7.1. Se sim, qual? _____

7.8. Quanto tempo o bebê tinha quando você deu outro leite pela primeira vez? _____ dias

7.9. Seu bebê toma chá? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.10**

7.9.1. Qual a idade dele na primeira vez que tomou chá? _____ dias

7.10. Seu bebê toma água? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.11**

7.10.1. Qual idade dele na primeira vez que tomou água? _____ dias

Agora vamos falar sobre a rotina de seu bebê, atualmente:

7.11. Você controla os horários de mamada, oferecendo o peito a cada 3 horas (ou 2, ou 4 horas)?

[1] Sim

[2] O bebê mama quando quer, sem horário rígido – **pular para 7.12**

[3] Outra resposta. Especifique: _____ – **pular para 7.12**

7.11.1. Se sim, qual o intervalo das mamadas? _____ horas

7.12. Você controla o tempo ou a duração de cada mamada?

[1] Sim

[2] Não. O bebê mama quando quer, sem horário rígido – **pular para 7.13**

[3] Outra resposta: Especifique: _____ - **pular para 7.13**

7.12.1. Se sim, quanto tempo dura a mamada? _____ minutos

7.13. Observe as fotos seguintes e escolha aquela que mostra como seu bebê costuma mamar [mostrar FOTOS de pega errada/ruim e boa/correta]:

[1] Foto A [2] Foto B [3] Foto C [4] Foto D

7.14. A mamada foi observada por algum profissional na entrevista? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE] [1] Sim

[2] Não – **pular para 7.15**

7.14.1. Se sim, a pega estava correta? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE] [1] Sim [2] Não

7.15. Seu bebê chora (LER as alternativas):

[1] Muito, é difícil de acalmar, acima do que você considera normal nessa idade

[2] Chora o normal para sua idade

[3] Chora pouco, é muito calmo

7.16. Você conta com pessoas para ajudá-la com os cuidados com o bebê?

[1] Sim [2] Não – **pular para 7.18**

7.16.1. Se sim, quem? Nome: _____ Parentesco: _____

7.17. E para ajudá-la com a amamentação? [1] Sim [2] Não – finalizar

7.17.1. Se sim, quem [a mais importante]? Nome: _____ Parentesco: _____

7.18. Peso materno no dia da entrevista [PESAR]: _____ kg

7.19. Estatura materna: _____ m

BREASTFEEDING SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente. (Ou seja, não fico em dúvida se o bebê mamou tudo que precisa).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Ou seja, supero ou dou conta com sucesso da amamentação, como faço com outros desafios ou demais situações da minha vida).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer. (Ou seja, sempre termino de amamentar satisfeita).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando. (Ou seja, consigo acalmá-lo e amamentar sem problemas).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando. (Ou seja, não estou pensando em parar de amamentar).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]

9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (Ou seja, gosto de amamentar e estou satisfeita comigo por isso) [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Ou seja, mesmo consumindo bastante tempo eu quero amamentar). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
11. Eu sempre amamento meu bebê em um só peito em cada mamada e depois na próxima mudo para o outro. (Ou seja, não dou os dois peitos na mesma mamada) [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (Ou seja, a cada mamada eu dou sempre o peito, mesmo que de também outro leite ou outro alimento). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Ou seja, organizo bem minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada. [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]

8. DADOS COLETADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

8.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – pular para 8.2 8.1.1. Se sim, qual a data? ____/____/____ 8.2. Há registro de DUM=US (ultrassom)? [1] Sim [2] Não 8.3. Há registro de ERRO DE DATA?[1] Sim [2] Não 8.4. Há registro de data da realização do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.5 8.4.1. Se sim, qual foi a data do 1º ultrassom? ____/____/____ 8.5. Há registro de idade gestacional do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.6 8.5.1. Se sim, qual a idade gestacional do 1º ultrassom? ____ semanas ____ dias 8.6. Método usado para estimar a idade gestacional (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA): [1] DUM [2] Ultrassom precoce (1º trimestre<=14 semanas)
--

[3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas)[4] Outro
8.6.1. Se outro, qual? _____
8.7. Local de realização do pré-natal: _____
8.8. Idade gestacional na primeira consulta pré-natal: _____ semanas _____ dias
8.9. Idade gestacional na última consulta pré-natal: _____ semanas _____ dias
8.10. Número de consultas realizadas no pré-natal: _____
8.11. Peso materno pré gestacional: _____ Kg
8.12. Peso na primeira consulta: _____ Kg
8.13. Peso materno na última consulta: _____ Kg

9. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

9.1. Peso ao nascer do bebê: _____ g [9] Sem registro
9.2. Comprimento ao nascer do bebê: _____ cm [9] Sem registro
9.3. Perímetro cefálico ao nascer do bebê: _____ cm [9] Sem registro
9.4. Idade gestacional do bebê ao nascer: _____ sem _____ dias [9] Sem registro
9.5. Índice de Apgar de 1º minuto do bebê: _____ [11] Sem registro
9.6. Índice de Apgar de 5º minuto do bebê: _____ [11] Sem registro
9.7. Há registro de peso do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 9.8 Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 9.7.1. Se sim, qual o peso do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê _____ g
9.8. Há registro de estatura do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 9.9- Se sim, data da medida: ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 9.8.1. Se sim, qual a estatura do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê? _____ cm
9.9. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor: [1] Sim [2] Não – pular para 9.10

9.9.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade - pular para 9.10 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 9.10 9.9.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro
9.10. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido ainda na maternidade? [1] Sim [2] Não – pular para 9.11 9.10.1. Se sim, qual(is)? _____
9.11. Há registro de vacina(s) que o bebê tenha recebido, após a alta da maternidade/berçário? [1] Sim [2] Não – pular para 9.12 9.11.1. Se sim, qual(is)? _____
9.12. Há registro de orientações especiais sobre cuidados domiciliares com o bebê feito por profissional da maternidade/berçário? [1] Sim [2] Não 9.12.1. Se sim, quais? _____

Muito obrigada pela entrevista. Desejamos saúde para você e seu bebê. Nós vamos voltar a conversar com você quando seu bebê tiver 2 meses. Vamos ligar para combinar o melhor horário. Caso você mude seu telefone, pode ligar a cobrar, passando o novo número.

10. DADOS COLETADOS ATRAVÉS DO FORMULÁRIO DA CLÍNICA DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

10.1. Há registro da idade gestacional do bebê ao nascer? [1] Sim [2] Não – pular para 10.2 10.1.1. Se sim, qual? _____ sem _____ dias 10.2. Há registro de idade gestacional ao nascer, calculada por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não – pular para 10.3 10.2.1. Se sim, qual? _____ sem _____ dias
10.3. Há registro de com qual idade o bebê recebeu alta hospitalar? [1] Sim [2] Não – pular para 10.4 10.3.1. Se sim, qual? _____ dias

10.4. Qual a data da 1ª. consulta do bebê na Clínica do Bebê: ____/____/____

10.5. Com qual idade o bebê foi atendido na 1ª. consulta da Clínica do Bebê: _____ dias

10.6. Há registro do peso ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.7

10.6.1. Se sim, qual? _____ g

10.7. Há registro do comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.8

10.7.1. Se sim, qual? _____ cm

10.8. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.9

10.8.1. Se sim, qual? _____ cm

10.9. Há registro do Índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.10

10.9.1. Se sim, qual? _____

10.10. Há registro do Índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim [2] Não - pular para 10.11

10.10.1. Se sim, qual? _____

10.11. Qual profissional de saúde que atendeu o bebê na 1º consulta da Clínica do Bebê?

[1] Médico [2] Enfermeiro [3] Outro: _____

10.12. Há registro do peso do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não- pular para 10.13

10.12.1. Se sim, peso do bebê: _____ g

10.12.2. Percentil: _____

10.12.3. Ganho de peso diário: _____ g

10.13. Há registro da estatura do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não- pular para 10.14

10.13.1. Se sim, estatura do bebê: _____ cm

10.13.2. Percentil: _____

10.14. Há registro do exame físico, incluindo avaliação de icterícia do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não

10.15. Há registro da avaliação do desenvolvimento do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.16

10.15.1. Se sim, o DNPM foi considerado: [1] Adequado- pular para 10.16

[2] Em atraso [9] Sem registro- **pular para 10.16**

10.15.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

10.16. Há registro da avaliação da amamentação pelo profissional no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não

10.17. Há registro de algum problema com o bebê detectado no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não- **pular para 10.18**

10.17.1. Se sim, qual(is)? _____

10.18. Há registro de orientações sobre os cuidados domiciliares com o bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não –**pular para 10.19**

10.18.1. Se sim, foi sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação [2] Higiene

[3] Estimulação do desenvolvimento [4] Sinais e sintomas de alerta/perigo

[5] Segurança do bebê [6] Vínculo afetivo

[7] Acompanhamento por serviço de saúde [8] Outras da rotina (check-list da Clínica)

[9] Outras especiais

10.18.2. Se outra(s) especial(is), qual(is)? _____

10.19. Há registro de prescrição de Adtil ao bebê? [1] Sim [2] Não

10.20. Há registro de prescrição de suplementação de ferro profilática ao bebê?

[1] Sim [2] Não

10.21. Foi agendado o primeiro retorno do bebê na atenção básica ou consultório particular?

[1] Sim [2] Não- **pular para 11.1**

10.21.1. Se sim, para quando? ____/____/____

10.21.2. Para qual Unidade de Saúde ou Consultório Particular? _____

11. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

11.1. O bebê foi classificado como de risco ao nascer? [1] Sim[2] Não- **pular para 12.1**

11.1.1. Se sim, por qual serviço? _____

11.1.2. Se sim, foram identificados riscos biológicos? [1] Sim[2] Não- **pular para 11.1.3**

11.1.2.1. Se sim, quais?

[1] **Peso nascimento < 2.500**

[2] **Doença que justifique internação em UTI ou UCI**

[3] Fototerapia precoce ou por mais de 24 horas

[4] Malformação congênita maior ou múltiplas/doença genética

[5] **Apgar de 5 minutos menos que 7**

[6] Mãe HIV +

11.1.3. Se sim, foram identificados riscos sociais? [1] Sim[2] Não- **pular para 12.1**

11.1.3.1. Se sim, quais?

[1] **Idade da mãe < 18 anos**

[2] Mãe analfabeta

[3] Irmão(ã) morto(a) com menos de 5 anos de idade

[4] Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe de família”

[5] Mãe sem seguimento Pré-natal (<=3 consultas)

[6] Mãe com problema psiquiátrico ou doença que a impossibilita de cuidar do bebê

[7] Pais usuários de álcool e/ou drogas

12. DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO DO BEBÊ/MÃE DA MATERNIDADE Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

12.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)?[1] Sim [2] Não – **pular para 12.2**

12.1.1. Se sim, qual a DUM? ____/____/____

12.2. Há registro de idade gestacional ao nascer?[1] Sim [2] Não – **pular para 12.3**

12.2.1. Se sim, qual a idade gestacional ao nascer? ____ semanas ____ dias

12.3. Há registro de qual método utilizado para o cálculo da idade gestacional ao nascer?

[1] Sim[2] Não – **pular para 12.4**

12.3.1. Se sim, qual método utilizado: [1] DUM[2] Ultrassom precoce (1º trimestre ≤ 14 semanas) [3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas) [4] Outro 12.3.1.1. Se outro, qual? _____
12.4. Tipo de parto registrado: [1] Vaginal- pular para 12.5[2] Fórceps- pular para 12.5 [3] Cesárea 12.4.1. Se cesárea, qual motivo/indicação: _____ 12.5. Há registro de anestesia no parto?[1] Sim[2] Não- pular para 12.7 12.5.1. Se sim, qual o tipo de anestesia? [1] Bloqueio local[2] Peridural [3] Raqui
12.7. Há registro de intercorrência com bebê durante o parto? [1] Sim[2] Não- pular para 12.8 12.7.1. Se sim, qual(is)? _____
12.8. Há registro de qual profissional recebeu o bebê? [1] Sim[2] Não- pular para 12.9 12.8.1. Se sim, qual? [1] Pediatra [2] Enfermeiro [3] Outro
12.9. Há registro da realização de Credê no bebê? [1] Sim[2] Não
12.10. Há registro da realização de vitamina K no bebê? [1] Sim[2] Não
12.11. Há registro de realização de tipagem sanguínea do bebê? [1] Sim[2] Não
12.12. Há registro de realização da sorologia do bebê para sífilis? [1] Sim[2] Não
12.13. Há registro de realização da sorologia do bebê para HIV? [1] Sim[2] Não
12.14. Há registro de realização de secagem do bebê imediatamente após nascer? [1] Sim [2] Não
12.15. Há registro de intercorrência com o bebê após o parto até a alta? [1] Sim[2] Não- pular para 12.16 12.15.1. Se sim, qual(is)? _____ 12.15.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(ram) tomada(s): _____ _____
12.16. Há registro de tipo de aleitamento materno oferecido para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim[2] Não- pular para 12.17

12.16.1. Se sim, qual método?

[1] **Mamas** [2] Copinho [3] Chuca [4] Seringa, colher, outro

[5] Sonda [6] Não tomou [9] Sem registro

12.16.2. Se sim, quando se deu seu início?

[1] de 0 hora a menos de 1 hora

[2] de 1 hora a menos de 2 horas

[3] de 2 horas a menos de 3 horas

[4] de 3 horas a menos de 4 horas

[5] de 4 horas a menos de 5 horas

[6] de 5 horas menos de 6 horas

[7] de 6 horas a menos de 12 horas

[8] de 12 horas a menos de 24 horas

[8] de 24 horas a menos de 48 horas

[10] de 48 horas a mais

12.17. Há registro de tipo de aleitamento artificial (fórmula láctea/leite de vaca em pó ou líquido) oferecido para o bebê após o parto até a alta?

[1] Sim [2] Não- **pular para 12.18**

12.17.1. Se sim, qual método?

[1] Copinho [2] Chuca [3] Seringa, colher, outro

[4] Sonda [5] Não tomou [9] Sem registro

12.17.2. Se sim, quando se deu seu início?

[1] de 0 hora a menos de 1 hora

[2] de 1 hora a menos de 2 horas

[3] de 2 horas a menos de 3 horas

[4] de 3 horas a menos de 4 horas

[5] de 4 horas a menos de 5 horas

[6] de 5 horas a menos de 6 horas

[7] de 6 horas a menos de 12 horas [8] de 12 horas a menos de 24 horas 12.18. Há registro de tipo de oferecimento de água para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não 12.19. Há registro de tipo de oferecimento de água com açúcar ou soro glicosado para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não
12.20. Há registro de avaliação da ingestão de leite materno ou da eficácia da sucção do bebê? (avaliação da amamentação) [1] Sim [2] Não
12.21. Há registro de coleta de exame para verificação de bilirrubina total sérica e frações (bilirrubina direta/indireta) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.22 12.21.1. Se sim, quando (dias de vida)? [1] 1º dia [2] 2º dia [3] 3º dia [4] 4º dia [5] 5º dia a mais 12.21.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(oram) adotada(s) frente a essa avaliação? _____
12.22. Há registro de coleta de exame para verificação de glicemia capilar (HGT) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.23 12.22.1. Se sim, quando (horas de vida)? [POSSIBILIDADE DE MAIS DE UMA ALT.] [1] de 0 hora a menos de 2 horas [2] de 2 horas a menos de 4 horas [3] de 4 horas a menos de 6 horas [4] de 6 horas a menos de 12 horas [5] de 12 horas a menos de 24 horas [6] de 24 horas a menos de 48 horas [7] de 48 horas a menos de 72 horas [8] de 72 horas a mais [9] prescrito de horário (6/6h; 8/8h; 12/12h;...)
12.23. Há registro de medicação administrada ao bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.24 12.23.1. Se sim, qual(is)? _____

12.24. Há registro de necessidade de reanimar o bebê após o parto?[1] Sim [2] Não
12.25. Há registro de índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.26 12.25.1. Se sim, qual o valor? _____
12.26. Há registro de índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim[2] Não- pular para 12.27 12.26.1. Se sim, qual o valor? _____
12.27. Há registro de peso ao nascer do bebê? [1] Sim[2] Não- pular para 12.28 12.27.1. Se sim, qual? _____ g
12.28. Há registro de peso diário do bebê até a alta?[1] Sim [2] Não
12.29. Há registro de comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.30 12.29.1. Se sim, qual? _____ cm
12.30. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê?[1] Sim[2] Não- pular para 12.31 12.30.1. Se sim, qual? _____ cm
12.31. Há registro de Idade Gestacional, calculada após o nascimento por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não - pular para 12.32 12.31.1. Se sim, qual idade gestacional?_____ sem _____ dias
12.32. Há registro de realização do 1º banho do bebê?[1] Sim [2] Não- pular para 12.33 12.32.1. Se sim, com quantas horas de vida? [1] de 2 horas a menos de 4 horas [2]de 4 horas a menos de 6 horas [3]de 6 horas a menos de 12 horas [4]de 12 horas a menos de 24 horas [5]de 24 horas a menos de 48 horas [6]de 48 horas a menos de 72 horas [7]de 72 horas a mais
12.33. Há registro de realização do Método Canguru?[1] Sim [2] Não- pular para 12.34 12.33.1. Se sim, quantos dias?_____ dias

12.34. Há algum registro sobre ansiedade e/ou depressão apresentada pela mãe após o parto até a alta?[1] Sim[2] Não- pular para 12.35 12.34.1. Se sim, qual(is) medidas foram tomadas? _____
12.35. Data da alta da mãe da maternidade ____/____/____
12.36. Data da alta do bebê da maternidade/berçário ____/____/____

**“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**

FORMULÁRIO III

Coleta em Visita Domiciliária (3º mês)

Data da entrevista: ____/____/____

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

1. DADOS DA ENTREVISTA

1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliária de profissional(is) da saúde após a consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [1] Não - **pular para 1.7**

1.1. Quando ocorreu a visita domiciliária? Data: ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

Bebê estava com: _____ dias

1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)[1] Médico – **pular para 1.3** [2] Enfermeiro – **pular para 1.3** [3] Outro

1.2.1 Se outro, quem? _____

1.3. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

1.4. Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar? [1] Sim [2] Não

1.5. Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual problema? _____

1.6. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 1.7**

1.6.1 Se sim, foi sobre (LER as alternativas) (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA

ALTERNATIVA) (LER AS ALTERNATIVAS):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

1.6.2. Se outra, qual? _____

1.7. Depois da consulta na Clínica do Bebê, em qual(is) serviço(s) de saúde o bebê foi atendido e quando?
(POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Não foi atendido em serviço de saúde – **pular para 1.8**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – Data: ____/____/____

Qual? (NÃO DIGITAR): _____

[3] Ambulatório da UNESP – Data: ____/____/____

[4] Consultório particular – Data: ____/____/____

[5] Outro – Data: ____/____/____

1.7.1. Se outro, qual? _____

1.7.2. Nestes serviços, foram realizados os procedimentos abaixo? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) (LER AS ALTERNATIVAS)

[1] O bebê foi pesado

[2] O bebê foi examinado (corpo inteiro)

[3] O profissional viu o bebê mamar

[4] O desenvolvimento do bebê foi avaliado (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)

[5] O bebê foi vacinado

[6] Foi colhido material para exames laboratoriais e/ou de imagem

[7] Foi prescrita suplementação vitamínica (Atil)

[8] Foi prescrito sulfato ferroso

[9] Outro(s) procedimento(s):

[10] Nenhum destes procedimentos foi realizado

1.7.2.1 Qual(is) outro(s) procedimento(s)? _____

1.7.3 Nestes serviços, houve orientações sobre os cuidados com o bebê?

[1] Sim

[2] Não - **pular para 1.8**

1.7.3.1 Houve orientação sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):
(LER AS ALTERNATIVAS)

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

1.7.3.2 Se outra, qual? _____

1.8. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

1.8.1. Asma [1] Sim [2] Não

1.8.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.1.2. Quando? ____/____/____

1.8.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

1.8.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.2.2. Quando? ____/____/____

1.8.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

1.8.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____

1.8.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

1.8.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____

1.8.5. Outra [1] Sim [2] Não

1.8.5.1. Se outra, qual? _____

1.8.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

1.9. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

1.9.1. Rinite[1] Sim [2] Não

1.9.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____

1.9.2. Conjuntivite[1] Sim [2] Não

1.9.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____/____/____

1.9.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite)[1] Sim [2] Não

1.9.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____/____/____

1.9.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

1.9.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ____/____/____

1.9.5. Alergia alimentar[1] Sim [2] Não

1.9.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ____/____/____

1.9.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

1.9.6.1 Se outro, qual? _____

1.9.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ____/____/____

1.10. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou outro problema de saúde?

[1] Sim

[2] Não – **pular para 1.12**

1.10.1 Problema de saúde	1.10.2. Data	1.10.3. Local de Atendimento	1.10.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

___/___/___ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

1.11. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

1.11.1. Onde o bebê foi internado? _____

1.11.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco **1.12** apenas para bebês que na **entrevista por telefone mamavam** no peito.

Se **não** mamava, iniciar na questão **1.14**.

1.12. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 1.12.3 [2] Não

1.12.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quanto _____ meses _____ dias

1.12.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

_____ - pular para 1.13

1.12.3. Você está com dificuldade para amamentar?

[1] Sim

[2] Não – **pular para 1.13**

1.12.3.1. Qual(is) dificuldade(s)? _____

1.12.3.2. Está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.13**

1.12.3.3. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]

[1] Profissional da Saúde – **pular para 1.13**

[2] Amigos ou parentes – **pular para 1.13**

[3] Esposo/companheiro – **pular para 1.13**

[4] Outra pessoa

1.12.3.4. Se outra pessoa, quem? _____

1.13. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.14**

1.13.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA

ALTERNATIVA)

1.13.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

1.13.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

1.13.1.3 Água [1] Sim [2] Não

1.13.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

1.13.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

1.13.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

1.13.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

1.13.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

1.13.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não 1.13.1.10 – Outro: _____

1.14. O bebê começou a usar chupeta após a entrevista por telefone?

[1] Sim [2] Não – pular para 1.15

1.14.1. Se sim, qual a idade de início? _____ meses _____ dias

1.15. O bebê começou a usar mamadeira após a entrevista por telefone?

[1] Sim [2] Não – pular para 1.16

1.15.1. Se sim, qual a idade de início? _____ meses _____ dias

1.16. O bebê está recebendo suplementação de vitamina A + D profilática (Adtil)?

[1] Sim [2] Não

1.17. O bebê está recebendo suplementação de ferro profilática (sulfato ferroso)?

[1] Sim [2] Não

1.18. Peso mãe + bebê: _____ kg

1.18.1. Peso mãe: _____ kg

1.18.2. Peso atual do bebê: _____ g **1.18.3. Percentil:** _____

1.19. Comprimento atual da criança: _____ cm **1.19.1. Percentil:** _____

2 DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

2.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde?

[1] Sim [2] Não – pular para 2.2

2.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

2.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g
2.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde?
[1] Sim [2] Não – pular para 2.3
2.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)
2.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm
2.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor?
[1] Sim [2] Não – pular para 2.4
2.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:
[1] Adequado para idade – pular para 2.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 2.4
2.3.2. Se em atraso, em qual área?
[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro
2.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido após a consulta na Clínica do Bebê?
[1] Sim [2] Não – pular para 2.5
2.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):
[1] BCG - Data: ____/____/____
[2] 1ª dose Hepatite B - Data: ____/____/____
[3] 1ª dose VIP - Data: ____/____/____
[4] 1ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____
[5] 1ª dose Rotavírus - Data: ____/____/____
[6] 1ª dose Pneumocócica 10valente - Data: ____/____/____
[7] 1 dose Meningocócica C - Data: ____/____/____
[8] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____
- _____ Data: ____/____/____

**“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**

Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (6º mês)

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista: [1] Sim [2] Não

1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA

1.1. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma:

- [1] tirar sempre o excesso de gordura/pele
[2] comer com a gordura/pele
[3] não come carne/frango com gordura/pele

1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

[1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe [5] não toma

1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES À ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 6** - Obs: não vale fisioterapia

2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou? *ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO*

2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho)

2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia)

2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc)

2.2.4 () Corrida (esteira ou outra)

2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica)

2.2.6 () outro _____

2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana? [1] Sim [2] Não

2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

2.4.1 () 1 a 2 dias por semana

2.4.2 () 3 a 4 dias por semana

2.4.3 () 5 a 6 dias por semana

2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

2.5.1 () menos de 10 minutos

2.5.2 () entre 10 e 19 minutos

2.5.3 () entre 20 e 29 minutos

2.5.4 () entre 30 e 39 minutos

2.5.5 () entre 40 e 49 minutos

2.5.6 () entre 50 e 59 minutos

2.5.7 () 60 minutos ou mais

2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz? _____

2.6.2 Onde trabalha? _____

2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada? [1] Sim [2] Não

2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não

2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.10.1 () menos de 10 minutos 2.10.2 () entre 10 e 19 minutos

2.10.3 () entre 20 e 29 minutos 2.10.4 () entre 30 e 39 minutos

2.10.5 () entre 40 e 49 minutos 2.10.6 () entre 50 e 59 minutos

2.10.7 () 60 minutos ou mais

2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana? [1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2.14**

2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não

2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.13.1 () menos de 10 minutos 2.13.2 () entre 10 e 19 minutos

2.13.3 () entre 20 e 29 minutos 2.13.4 () entre 30 e 39 minutos

2.13.5 () entre 40 e 49 minutos 2.13.6 () entre 50 e 59 minutos

2.13.7 () 60 minutos ou mais

2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador?

2.14.1 () menos de 1 hora 2.14.2 () entre 1 e 2 horas

2.14.3 () entre 2 e 3 horas 2.14.4 () entre 3 e 4 horas

2.14.5 () entre 4 e 5 horas 2.14.6 () entre 5 e 6 horas 2.14.7 () mais de 6 horas

2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.1.2. Quando? ____/____/____

3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.2.2. Quando? ____/____/____

3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____
 3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não
 3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____
 3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não
 3.1.5.1. Se outra, qual? _____
 3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias(alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

3.2.1. Rinite[1] Sim [2] Não
 3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____
 3.2.2. Conjuntivite[1] Sim [2] Não
 3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____/____/____
 3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite)[1] Sim [2] Não
 3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____/____/____
 3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não
 3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ____/____/____
 3.2.5. Alergia alimentar[1] Sim [2] Não
 3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ____/____/____
 3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não
 3.2.6.1 Se outro, qual? _____
 3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ____/____/____

3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde?
 [1] Sim [2] Não – **pular para 3.5**

3.3.1.Problema de saúde	3.3.2. Data	3.3.3. Local de Atendimento	3.3.3.1.Outro, qual?
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

___/___/___ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]

___/___/___ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco 3.5 apenas para bebês que na **entrevista anterior** mamavam (por telefone, aos 4 meses) no peito. Se **não** mamava, iniciar na questão 3.7.

3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 3.6 [2] Não

3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias

3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – pular para 3.7

3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não

3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não

3.7. Peso atual da criança: _____ g

3.7.1. Percentil: _____

3.7.2. Peso materno: _____ kg

3.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg

3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm

3.8.1. Percentil: _____

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde?
[1] Sim [2] Não – **pular para 4.2**

4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g

4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 4.3**

4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm

4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde??

[1] Sim [2] Não – **pular para 4.4**

4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:

[1] Adequado para idade – **pular para 4.4** [2] Em atraso [9] Sem registro – **pular para 4.4**

4.3.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido a partir dos 3 meses?

[1] Sim [2] Não – **pular para 4.5**

4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] 1ª. dose Meningocócica C – Data: ____/____/____

[2] 2ª. dose Meningocócica C - Data: ____/____/____

[3] 2ª dose VIP - Data: ____/____/____

[4] 2ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[5] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[6] 2ª dose Rotavírus - Data: ____/____/____

[7] 2ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[8] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[9] 1ª. dose VOP - Data: ____/____/____

[10] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____

- _____ Data: ____/____/____
4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – pular para 4.6 4.5.1. Se sim, qual(is)? _____ _____ 4.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – pular para 4.7 4.6.1. Se sim, qual(is)? _____ _____ 4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – finalizar 4.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____ _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

**“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**

Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (9º mês)

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista (aos 6 meses): [1] Sim [2] Não

1. DADOS DA ENTREVISTA

1.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ]apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

1.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

1.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.1.2. Quando? ____/____/____

1.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

1.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.2.2. Quando? ____/____/____

1.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

1.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.3.2. Quando? ____/____/____

1.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

1.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.4.2. Quando? ____/____/____

1.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

1.1.5.1. Se outra, qual? _____

1.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

1.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

1.2.1. Rinite[1] Sim [2] Não

1.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____

1.2.2. Conjuntivite[1] Sim [2] Não

1.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____/____/____

1.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite)[1] Sim [2] Não

1.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____/____/____

1.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

1.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ____/____/____

1.2.5. Alergia alimentar[1] Sim [2] Não

1.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ____/____/____

1.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

1.2.6.1 Se outro, qual? _____

1.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ____/____/____

1.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.5**

1.3.1 Problema de saúde	1.3.2. Data	1.3.3. Local de Atendimento	1.3.3.1. Outro, qual?
-------------------------	-------------	-----------------------------	-----------------------

____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
----------------	-----------------------------------

____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
----------------	-----------------------------------

____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
----------------	-----------------------------------

____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
----------------	-----------------------------------

___/___/___ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

1.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

1.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

1.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco **1.5** apenas para bebês que na **ENTREVISTA ANTERIOR MAMAVAM** no peito. Se **NÃO** mamava, iniciar na questão **1.7**.

1.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 1.6 [2] Não

1.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias

1.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

1.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – pular para 1.7

1.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

1.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

1.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não

1.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

1.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

1.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

1.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

1.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

1.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não

1.7. Peso atual da criança: _____ g

1.7.1. Percentil: _____

1.7.2. Peso materno: _____ kg

1.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg

1.8. Comprimento atual da criança: _____ cm

1.8.1. Percentil: _____

2 DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

2.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.2 2.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 2.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____g
2.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.3 2.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 2.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm
2.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.4 2.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade – pular para 2.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 2.4 2.3.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro
2.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.5 2.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): [1] 1ª dose VOP - Data: ____/____/____ [2] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____ [3] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____ [4] Febre amarela - Data: ____/____/____ [5] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____ - _____ Data: ____/____/____
2.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES [1] Sim [2] Não – pular para 2.6 2.5.1. Se sim, qual(is)? _____ 2.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.7 2.6.1. Se sim, qual(is)? _____ 2.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES?? [1] Sim [2] Não – finalizar ou tabela alimentar 2.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno. **Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.**

**“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**

Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (12º mês)

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista (9 meses): [1] Sim [2] Não

1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA

1.1. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma:

- [1] tirar sempre o excesso de gordura/pele
[2] comer com a gordura/pele
[3] não come carne/frango com gordura/pele

1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- [1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe

[5] não toma

1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES A ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 6** - Obs: não vale fisioterapia

2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou? *ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO*

2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho)

2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia)

2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc)

2.2.4 () Corrida (esteira ou outra)

2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica)

2.2.6 () outro _____

2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana?

[1] Sim [2] Não

2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

2.4.1 () 1 a 2 dias por semana 2.4.2 () 3 a 4 dias por semana

2.4.3 () 5 a 6 dias por semana 2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

2.5.1 () menos de 10 minutos 2.5.2 () entre 10 e 19 minutos

2.5.3 () entre 20 e 29 minutos 2.5.4 () entre 30 e 39 minutos

2.5.5 () entre 40 e 49 minutos 2.5.6 () entre 50 e 59 minutos

2.5.7 () 60 minutos ou mais

2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz? _____

2.6.2 Onde trabalha? _____

2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé?

[1] Sim [2] Não [3] Não sabe

2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada?

[1] Sim [2] Não

2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não – **PULAR PARA 2.11**

2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.10.1 () menos de 10 minutos 2.10.2 () entre 10 e 19 minutos

2.10.3 () entre 20 e 29 minutos 2.10.4 () entre 30 e 39 minutos

2.10.5 () entre 40 e 49 minutos 2.10.6 () entre 50 e 59 minutos

2.10.7 () 60 minutos ou mais

2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2.14**

2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não – **PULAR PARA 2.14**

2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.13.1 () menos de 10 minutos 2.13.2 () entre 10 e 19 minutos

2.13.3 () entre 20 e 29 minutos 2.13.4 () entre 30 e 39 minutos

2.13.5 () entre 40 e 49 minutos 2.13.6 () entre 50 e 59 minutos

2.13.7 () 60 minutos ou mais

2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador?

2.14.1 () menos de 1 hora 2.14.2 () entre 1 e 2 horas

2.14.3 () entre 2 e 3 horas 2.14.4 () entre 3 e 4 horas

2.14.5 () entre 4 e 5 horas 2.14.6 () entre 5 e 6 horas 2.14.7 () mais de 6 horas

2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ]apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.1.2. Quando? ____/____/____

3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.2.2. Quando? ____/____/____

3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.3.2. Quando? ____/____/____

3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.4.2. Quando? ____/____/____

3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

3.1.5.1. Se outra, qual? _____

3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 3.1.5.3. Quando? ____/____/____

3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

3.2.1. Rinite[1] Sim [2] Não

3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.1.2. Quando? ____/____/____

3.2.2. Conjuntivite[1] Sim [2] Não

3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.2.2. Quando? ____/____/____

3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite)[1] Sim [2] Não

3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.3.2. Quando? ____/____/____

3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.4.2. Quando? ____/____/____

3.2.5. Alergia alimentar[1] Sim [2] Não

3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.5.2. Quando? ____/____/____

3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

3.2.6.1 Se outro, qual? _____

3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 3.2.6.3. Quando? ____/____/____

3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde?

[1] Sim [2] Não – **pular para 3.5**

3.3.1 Problema de saúde 3.3.2. Data 3.3.3. Local de Atendimento 3.3.3.1. Outro, qual?

____/____/____ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

____/____/____ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

____/____/____ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

____/____/____ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

____/____/____ [1][2] [3] [4] [5] [6] [7]
[8]

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco **3.5** apenas para bebês que na **ENTREVISTA ANTERIOR MAMAVAM**no peito. Se **NÃO** mamava, iniciar na questão **3.7**.

3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 3.6 [2] Não

3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos ____meses ____dias

[DIGITAR EM DIAS – transformar meses em dias]: _____ dias

3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – pular para 3.7

3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não

3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não

3.7. Peso mãe + bebê: _____ kg

3.7.2. Peso materno: _____ kg

3.7.1. Percentil: _____

3.7.3. Peso atual da criança: _____ g

3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm

3.8.1. Percentil: _____

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde?
[1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.2**

4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g

4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.3**

4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____(NÃO DIGITAR)	4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde?_____ cm
4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.4	
4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade – pular para 4.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 4.4	
4.3.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro	
4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido após os 9 meses? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.5	
4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): [1] Febre amarela – Data: ____/____/____ [2] Sarampo-Caxumba-Rubéola (SCR) - Data: ____/____/____ [3] 3ª dose Meningocócia - Data: ____/____/____ [4] 3ª. dosePneumo 10 – Data: ____/____/____ [4] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____ - _____ Data: ____/____/____	
4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.6	
4.5.1. Se sim, qual(is)? _____ _____	
4.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não– PULAR PARA 4.7	
4.6.1. Se sim, qual(is)? _____ _____	
4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – finalizar ou tabela alimentar	
4.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____ _____	