

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

GABRIELA MONTEIRO GRENDENE

INFLUÊNCIA PATERNA NO PADRÃO DE ALEITAMENTO
MATERNO

Porto Alegre, 2015

GABRIELA MONTEIRO GRENDENE

INFLUÊNCIA PATERNA NO PADRÃO DE ALEITAMENTO
MATERNO EM ADOLESCENTES

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial
para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Departamento de Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Oliveira

Porto Alegre, 2015

CIP - Catalogação na Publicação

Grendene, Gabriela Monteiro
Influência paterna no padrão de aleitamento
materno em adolescentes / Gabriela Monteiro
Grendene. -- 2015.
50 f.

Orientadora: Luciana Dias de Oliveira.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2015.

1. Aleitamento materno. 2. Comportamento do
adolescente. 3. Relações pai-filho. I. Oliveira,
Luciana Dias de, orient. II. Título.

GABRIELA MONTEIRO GRENDENE

**INFLUÊNCIA PATERNA NO PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EM
ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Porto Alegre, 03 de julho de 2015.

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de curso intitulado “INFLUÊNCIA PATERNA NO PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EM ADOLESCENTES” elaborado por Gabriela Monteiro Grendene, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Martine Elisabeth Kienzle Hagen

Prof.^a Ms. Maria Rita Macedo Cuervo

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Oliveira – Orientadora

FORMATO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Este trabalho de Conclusão de Curso segue o formato proposto pela Coordenação do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo estruturado da seguinte forma:

Resumo

Referencial Teórico

Justificativa

Objetivos

Referências

Manuscrito a ser submetido à Revista de Saúde Pública

Normas Revista de Interesse de Submissão

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram para minha formação acadêmica, não somente àqueles que tiveram participação especial durante o aprimoramento do meu trabalho de conclusão de curso. Agradeço a minha mãe Dóris e meu pai Rui, e de igual maneira a minha irmã Clarissa, que me apoiaram de braços abertos pro que eu precisei, sempre, com amor incondicional. Agradeço ao meu namorado Nikolas pelo amor e carinho de todas as horas e pelas preciosas contribuições nesse período do trabalho, ele é brilhante. Agradeço aos meus amigos e amigas pela paciência, carinho e compreensão nas horas de encontros e nas ausências, por estarem sempre ao meu lado. Agradeço imensamente minha orientadora Luciana que sempre elucidava contribuições importantíssimas para o trabalho e sempre me fazia enxergar além do óbvio e ir além à pesquisa. Aos meus avós e tios que também estiveram presentes ao longo do curso, como os citados anteriormente, e em especial a Vó Itália, que nos deixou no início do ano, mas que além de saudades deixou também grande lição de vida.

A todos que estiveram presentes em minha vida ao longo da minha formação humana e acadêmica, muito obrigada.

Esse é só o começo.

EPÍGRAFE

“A utopia está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano

RESUMO

As principais autoridades em saúde mundiais recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade da criança e após, até dois anos de idade, complementado com outros alimentos. O incentivo ao aleitamento materno se tornou prática constante nos serviços de atenção primária à saúde por promover alto valor nutricional, proteção imunológica e fortalecer o vínculo mãe-bebê. No núcleo familiar, o homem, enquanto pai e companheiro deve participar de forma integral dos cuidados com a criança, sendo um importante aliado no aleitamento materno. O presente estudo buscou avaliar a influência do pai no padrão de aleitamento materno. Foram incluídas no estudo 302 puérperas adolescentes, seus bebês e seus companheiros, comparando-se as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) com a presença paterna. Para a análise utilizou-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates. Os resultados mostraram ausência de significância estatística pró ou contra o aleitamento materno para influência paterna nesta amostra. Novos estudos com intervenções direcionadas aos pais e utilizando metodologia qualitativa poderão apresentar dados mais esclarecedores sobre o tema que apesar dos estudos existentes ainda é controverso.

Palavras-chave: aleitamento materno, comportamento do adolescente, relações pai-filho

ABSTRACT

The leading authority on global health recommend exclusive breastfeeding (EBF) until six months of age of the child and after up to two years old, supplemented with other foods. The breastfeeding promotion has become standard practice in primary health care services by promoting high nutritional value, immune protection and strengthen the mother-infant bond. In the household, the man, as a father and companion must participate fully in the care of the child, being an important ally in breastfeeding. This study aimed to evaluate the influence of fathers in the breastfeeding pattern. The study included 302 adolescent mothers, their babies and their companions, compared to exclusive breastfeeding rates (EBF) with the paternal presence. For the analysis we used the chi-square test with Yates correction. The results showed no statistically significant pro or against breastfeeding for parental influence in this sample. New studies with targeted interventions to parents and using qualitative methodology may present more enlightening data on the topic that despite existing studies is still controversial.

Keywords: breastfeeding, adolescent behavior, father-child relations

LISTA DE ABREVIATURAS

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

AME – Aleitamento materno exclusivo

AM – Aleitamento materno

UBS – Unidades Básicas de Saúde

WHO – World Health Organization, Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

REFERENCIAL TEÓRICO	10
1. ALEITAMENTO MATERNO	10
1.1 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	10
1.2 RECOMENDAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO	10
1.3 ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	11
1.4 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	13
2. A PUÉRPERA ADOLESCENTE E A AMAMENTAÇÃO	14
2.1 ADOLESCÊNCIA	14
2.2 O ALEITAMENTO MATERNO E A MÃE ADOLESCENTE	15
3. PATERNIDADE ADOLESCENTE	15
4. A INFLUÊNCIA PATERNA NA AMAMENTAÇÃO	16
JUSTIFICATIVA	21
OBJETIVO	22
REFERÊNCIAS	23
ARTIGO ORIGINAL	28
NORMAS REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO	38

REFERENCIAL TEÓRICO

1. ALEITAMENTO MATERNO

1.1 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

As principais autoridades em saúde mundiais recomendam a amamentação exclusiva desde o primeiro dia de vida até os seis meses de idade, devido aos bem documentados benefícios à saúde da criança e à prevenção de doenças para lactentes e puérperas (BARTICK, 2010).

O aleitamento materno exclusivo ocorre quando a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos, sendo esta uma prática preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009).

Já o aleitamento materno predominante é quando a criança recebe além o leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas e fluidos rituais; aleitamento materno ocorre quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. Aleitamento materno complementado é caracterizado quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, não de substituí-lo. Dessa forma a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. Por fim, aleitamento materno misto ou parcial é classificado quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (GIUGLIANI, 2004).

1.2 RECOMENDAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), crianças com até seis meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno (aleitamento materno exclusivo, AME), e que após os seis meses de vida, o aleitamento deve ser complementado com demais alimentos de forma saudável até dois anos ou mais (WHO, 2007).

1.3 ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

O ato de amamentar vai muito além de somente nutrir o bebê: é um processo que envolve uma interação profunda entre a mãe e o filho, tendo repercussão no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009).

Apesar de evidências científicas, que provam a superioridade da amamentação em relação a outros tipos de alimentação dada à criança, e apesar de demais esforços nacionais e internacionais em prol da amamentação, as taxas brasileiras de aleitamento materno estão muito abaixo do recomendado, de acordo com o estabelecido pela OMS. Diante disso, o profissional de saúde tem papel chave e fundamental na reversão desse quadro, devendo-se atentar a diversos aspectos que circundam o universo da dicotomia mãe-bebê: olhar atento aos aspectos emocionais, cultura da família, rede social de apoio à mulher, entre outros.

Nesse momento, faz-se necessária a compreensão do processo de aleitamento no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da mãe e do bebê quanto de sua família. Formas diferentes de interação com a população para difundir-se a ideia de prática saudável de aleitamento materno são necessárias, estando o profissional disposto a solucionar dúvidas, respeitar crenças e superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO, 2006).

Frente a isso, instituiu-se em 2013 a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que é resultado pactuado de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), criada de forma conjunta entre a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica (CGAN/DAB) e a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (CRIALM/DAPES), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. A Estratégia objetiva qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e também visa aprimorar as competências e habilidades dos profissionais da área da saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar, como estratégia de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o gasto mensal médio com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil em 2004 variou de 38% a 133%

do salário mínimo, dentre as diferentes marcas de fórmulas infantis, acrescentando-se ao custo final mamadeiras, gás de cozinha, além de gastos com doenças, mais comuns em crianças não amamentadas. Em suma, o ato de não amamentar pode significar sacrifícios financeiros para a família (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno é a estratégia isolada principal que tem a capacidade de prevenir mortes infantis, promover a saúde física, mental e psicológica tanto da mãe quanto do bebê. É recomendado o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo oferecido de maneira exclusiva nos primeiros seis meses de vida (JONES, 2003).

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (2009), realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, foi mostrado que a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 54,1 dias (1,8 meses) e de aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses). Na mesma pesquisa, observou-se que o início do processo de desmame ocorre de maneira precoce, isto é, dentro das primeiras semanas ou meses de vida, com a introdução de chás, água, sucos e outros leites que não o materno, e progride de modo gradativo (BRASIL, 2009).

Na Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros (2010), observou-se a prevalência de crianças menores de seis meses em amamentação exclusiva foi de 41% no Brasil. Na região Norte, a maioria dos municípios apresentou médias de prevalência de aleitamento materno exclusivo menores que a média nacional, sobretudo no Acre, com quatro municípios com índice abaixo de 10%. Já no estado do Pará, alguns municípios tiveram prevalências de AME superiores à média nacional. Porém na região Nordeste, a maioria dos municípios também apresentou média da prevalência de AME inferiores à média do país. De igual forma apresentou-se a região Centro-Oeste, onde a maioria dos municípios apresentou prevalências do indicador inferiores à média nacional esperada. Falando-se da região Sudeste, a grande maioria teve a média de prevalência de AME inferior à média nacional, porém, nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, 40% dos municípios tiveram índices superiores à média nacional e em São Paulo apenas 25% dos municípios com semelhantes características. Por fim, na região Sul, todos os municípios tiveram prevalências de AME em crianças menores de seis meses inferiores à média do Brasil, exceto as capitais Curitiba – PR e Florianópolis – SC, que tiveram médias superiores às do Brasil (42% e 52,4%, respectivamente).

Um relatório de 2012 sobre a situação mundial da amamentação pelo Fundo das Nações Unidas, com os dados de mais de 120 países, revelou que a prevalência do AME em

menores de 6 meses foi de 37%, apesar das evidências científicas que recomendam o AME nos primeiros seis meses de vida (UNICEF, 2012).

Segundo a OMS, AME em menores de seis meses, a saber, a média nacional de 41%, é considerada razoável (classificação de 12 – 49%), pois a maioria dos municípios brasileiros possuem prevalências inferiores a 50% (BRASIL, 2010).

1.4 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

São já inúmeros e comprovados argumentos existentes mostrando a superioridade do aleitamento materno. Devido aos diversos fatores presentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento pode evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES, 2003). Em estudo realizado em Pelotas, as crianças menores de 2 anos que não recebiam leite materno tiveram chance quase 25 vezes maior de morrer devido a diarreia e 3,3 vezes maior chance de morrer por doenças respiratórias, quando comparadas às crianças que recebiam somente o leite materno, sendo tais riscos significativos para as crianças entre 2 e 12 meses (VICTORA et al, 1987).

O aleitamento materno ainda protege contra a diarreia, sobretudo em crianças mais pobres, sendo importante destacar que a prevenção pode diminuir quando associados outros alimentos junto ao oferecimento de leite materno, por exemplo, ao oferecer água ou chás para a criança pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses (BROWN et al, 1989; POPKIN et al, 1990). Além disso, crianças não amamentadas ainda tem três vezes maior risco de desidratarem e morrerem por diarreia quando comparadas às crianças amamentadas (VICTORA et al, 1992). Ao se falar em alergias, o aleitamento materno diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica e de outro tipos de alergias, como a asma (VAN ODIK et al, 2003), pois ao se evitar introduzir alimentos que não o leite materno antes do tempo recomendado (seis meses de vida), previne-se o risco do aparecimento dessas alergias.

Ainda pode-se referir o considerado desenvolvimento da cavidade bucal, exercitado pela criança quando vai retirar o leite da mama, propiciando melhor conformação do palato duro, fundamental para o alinhamento dental (BRASIL, 2009).

A longo prazo, sugere-se que o aleitamento materno diminua o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, pois em revisão publicada recentemente concluiu-se que os indivíduos amamentados tinham menores níveis de pressão arterial, colesterol e risco 37%

menor de apresentar diabetes mellitus tipo 2 (HORTA et al, 2007). Além disso, a mãe que amamenta também adquire proteção contra o diabetes, reduzindo-se 15% da incidência da doença para cada ano de lactação, devido a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam (STUEBE et al, 2005).

Numa revisão realizada pela OMS, indivíduos amamentados tiveram 22% menos de chance de virem a apresentar sobrepeso/obesidade (DEWEY, 2003). Além disso, haja vista que o leite materno possui todos os ingredientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento esperados para a criança pequena. O leite materno é capaz de suprir sozinho todas as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses de vida e ainda após esse período continua sendo importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (BRASIL, 2009).

2. A PUÉRPERA ADOLESCENTE E A AMAMENTAÇÃO

2.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período de transição da passagem da infância à vida adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, sendo compreendida entre os 10 e 19 anos (WHO, 2009). Neste período de transição ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais relacionadas à maturação sexual e a capacidade de reprodução, que permitem o desenvolvimento de uma identidade adulta que se insere no meio social (GURGEL et al, 2008). Nesta fase da vida, o risco de gravidez é maior e mais precoce devido ao início igualmente precoce de atividade sexual e da puberdade (CAMARGO, 2009). No Brasil, o percentual de filhos nascidos vivos de mulheres com idade inferior a 20 anos em 2005 representou 21,6% do total de gestações no país no ano (SANTOS et al, 2009).

Também para essas puérperas a assistência pré, peri e pós-natal tem como finalidade a identificação adequada e precoce de pacientes que possam ter uma evolução desfavorável no período gravídico; assim, os profissionais da saúde tem papel chave em ouvir as pacientes, transmitir confiança e dar o apoio necessário (SPINDOLA, 2006). Dessa forma, cabe então ao profissional da saúde acolher a mulher gestante de maneira humanizada, encorajando-a a apontar dúvidas e inseguranças, propiciando-lhe conforto e bem-estar, sobretudo se ela for adolescente (BRASIL, 2006).

2.2 O ALEITAMENTO MATERNO E A MÃE ADOLESCENTE

O incentivo ao aleitamento materno se tornou prática constante nos serviços de atenção primária à saúde, pois ele promove maior valor nutricional, proteção imunológica, favorece o desenvolvimento da criança e fortalece a relação afetiva de vínculo entre mãe-bebê (CÉSAR et al, 1997& FRANCO et al, 2008). Estudo de 2013 mostra que as mães veem como a maior importância do aleitamento o vínculo entre elas e o bebê, e que elas sabem que o leite materno é o alimento adequado para a criança, contudo, ainda há mães que desconhecem os benefícios da amamentação (MACIEL et al, 2013).

Apesar de biologicamente determinada, a amamentação sofre fortes influências socioculturais, a saber, que na tentativa de incentivo à amamentação, são criadas campanhas com o slogan “amamentar é um ato de amor”, pois pela lógica descrita, a amamentação é uma tarefa de uso exclusivo da mulher, sendo a mãe a única responsável pelo sucesso do aleitamento materno. Esse tipo de abordagem pode ser prejudicial, uma vez que impõe de maneira exclusiva à mãe a responsabilidade que deveria ser dividida com seu companheiro, familiares e profissionais de saúde (ICHISATO & SHIMO, 2002).

A mudança de situação conjugal para mães adolescentes que amasiam-se ou casam-se com o pai da criança é importante para a estabilidade emocional e financeira dessas mães, caracterizando ponto positivo de desenvolvimento de seus filhos (VIEIRA, 2003).

3. PATERNIDADE ADOLESCENTE

Ainda hoje em dia, a mulher se coloca como responsável pelo bebê, assumindo lugar central em sua identidade, sendo para a mulher uma experiência totalizadora, fazendo com que, dessa forma, o nascimento da criança una os pais (ALMEIDA, 2007). Assim é observado o poder simbólico das mulheres, quando elas se recusam a delegar cuidados com a casa e com os filhos para o marido, tal comportamento forte que pode estar representado na figura de Maria, mãe de Jesus, por exemplo, símbolo de mulher e mãe. Maria, que abnega qualquer outra função que não a de ser mãe, enquanto José (seu marido e companheiro) é um modelo de pai coadjuvante (LYRA, 1997).

Embora o pai, entre os seis e doze meses de vida do filho, não seja tão destacado quanto à mãe, sabe-se que o contato corporal entre o bebê e o pai é referência para a organização psíquica da criança (GOMES, 2004). Para tanto, as consequências da carência paterna podem ser tão agravantes quanto à materna, pois a ausência de contato corporal

cotidiano com o pai deixa lacunas sobre a elaboração da personalidade do indivíduo, a exemplo. (ABERASTURY, 1984).

Ao se pensar na grávida adolescente, não se deve descartar o fato de que parte dos companheiros das mães adolescentes é adolescente também. Acredita-se que há uma espécie de recusa social em reconhecer a paternidade na adolescência (LYRA, 1997). A complexidade de tornar-se pai na adolescência, somada à instabilidade na relação com a parceira e às inseguranças próprias dessa fase dificultam ainda mais a adaptação a este novo papel, o da paternidade. Em geral a dependência econômica torna a ascensão à paternidade difícil, mas não impede que haja envolvimento emocional com o bebê (CAUDURO, 2007).

Em pesquisa qualitativa realizada em 2007, acerca de perspectivas de cuidados com o bebê, mostra que alguns pais desejam incentivar suas companheiras ao aleitamento materno, mas, por outro lado, alguns pais adolescentes demonstram descontentamento, alegando que os profissionais da saúde dão mais atenção às mães, o que justificaria em nossa sociedade o homem não fazer parte desse evento também. O homem sente-se excluído, pois este é um processo biológico essencialmente feminino, o da gravidez, assim como o ato de amamentar (CAUDURO, 2007).

4. A INFLUÊNCIA PATERNA NA AMAMENTAÇÃO

Quanto à ajuda familiar, destacam-se os mais próximos: a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido. O apoio paterno é um importante aliado do aleitamento. O homem enquanto pai e companheiro deve participar de maneira integral do cuidado da saúde da mulher e da criança. Contudo, a amamentação ainda é, para alguns pais, uma ação centrada no corpo biológico, ou seja, à mulher, onde os companheiros apoiam as mulheres não como pais auxiliares, mas como pais provedores do lar (PONTES, 2008).

Quando falamos do homem, o tornar-se pai é percebido como o ponto de mudança entre a infância e a vida adulta. Nesse aspecto, o filho transforma a vida do pai, no sentido de que, sendo pai, é menos filho e mais adulto, o que o responsabiliza em ser objeto de identificação para seu filho. O nascimento do filho é o marco dessa mudança em que a figura do filho remete o homem à necessidade de “olhar a vida por um prisma diferente, com novas tarefas, responsabilidades e sentimentos” (MALDONADO, 2000). Portanto, a paternidade é um constituinte da identidade adulta do homem e representa a conclusão de mais uma fase da vida e de começar outra com novas experiências e compromissos sociais, sendo a provisão material o eixo orientador. Ser pai é, além de ser o provedor, isto é, garantir a sobrevivência

do filho, é também construir um aprendizado que se perpetue nos netos, bem como garantir a sua própria sobrevivência com o passar dos anos (FREITAS et al, 2009).

O conhecimento dos pais sobre aleitamento materno é imprescindível, entretanto, muitas vezes o pai se encontra envolto por dúvidas em diferentes aspectos, onde mais uma vez a intervenção profissional torna-se necessária (MOTA, 2009). Segundo Earle (2000), fatores como o apoio financeiro à família, representa um suporte indireto na amamentação, pois o desemprego paterno faz com que a mãe volte antecipadamente ao trabalho (EARLE, 2000).

Com o conhecimento paterno, somado à influência que ele exerce sobre a mãe e ao sentimento de proteção ao bebê, o pai pode ser um suporte positivo para o aleitamento materno (HUMPHREYS, 1998). Porém, há sentimentos paradoxais envolvidos no ato de amamentar, na visão dos pais: eles sentem-se felizes e desejam apoiar a parceira, todavia simultaneamente sentem-se frustrados e excluídos, pois acreditam que a amamentação representa o vínculo afetivo, que seria maior com a mãe, minimizando sua participação nos cuidados com o bebê. Além disso, o fato de a amamentação interferir na sexualidade do casal também é enfatizado (MOTA, 2009). Arora et al (2000) demonstraram, em estudo qualitativo, que 80% das mães referiram que o suporte paterno encoraja a amamentação (ARORA et al, 2000). Já Susin e Giugliani (2008), em ensaio clínico randomizado, observaram que 93,3% das mães entrevistadas declararam que gostariam de receber ajuda de seus parceiros durante o aleitamento materno (SUSIN, 2008).

Na coorte de SILVA (2012) na cidade de Pelotas, 34% das mães apenas citaram ter recebido apoio paterno durante o período gestacional. Durante o período de aleitamento materno, contudo, 78% das mães relataram ter recebido apoio paterno e 82,4% relataram a participação ativa paterna. Neste estudo, ainda, 95,4% dos pais apresentou opinião positiva em relação ao aleitamento, pois segundo, “o leite é melhor para a saúde do bebê”, “é o alimento ideal”. Porém, no primeiro mês de acompanhamento observou-se apenas 60% dos bebês em AME (SILVA et al, 2012). Outro estudo realizado em Pelotas que buscava avaliar o padrão alimentar nos primeiros três meses de vida em crianças nascidas na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, ao final do terceiro mês, somente 39% dos bebês recebiam leite materno exclusivo, os demais haviam sido desmamados, e associados a esse desfecho estavam as variáveis de menor escolaridade paterna, o fato de a mãe viver com o companheiro, intenção de amamentar, tabagismo durante a gravidez (KAUFMANN et al, 2012).

No estudo de Machado (2014), de Viçosa, Minas Gerais, foi encontrada a incidência de 30% de abandono do AME, de puérperas amamentando de forma exclusiva após quatro

meses de parto, tendo junto a outros diferentes fatores a falta de ajuda do companheiro, que tende a mãe interromper o AME de maneira precoce (MACHADO et al, 2014). Apesar do resultado, outro estudo mostra que mães que conversam com seus parceiros sobre o bebê e sua saúde são mais propensas a continuar o aleitamento materno por seis meses (KANEKO et al, 2006).

Em um estudo de coorte (2012), realizado no Rio de Janeiro, que buscou quais eram os fatores associados à manutenção da amamentação por dois anos ou mais, mostrou associação positiva entre a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais e a ausência de coabitação do companheiro e, segundo o estudo, não se pode comparar resultados deste com outros estudos pois a grande maioria aborda a influência do pai no desmame precoce, e não durante a amamentação a longo prazo; ainda segundo, é possível que os pais incentivem a amamentação no início, mas por desconhecimento sobre a recomendação de duração do AM por dois anos ou mais, passem a desestimular a mulher a manter a amamentação por mais tempo (MARTINS, 2012). O estudo infere que a coabitação com o companheiro acarreta maiores demandas para a mulher, principalmente ao se falar de tarefas domésticas, pois quando o marido não participa, a mulher, além de ter de se dedicar ao filho, tem de se dedicar ao marido ou companheiro e realizar tarefas domésticas.

Em estudo qualitativo no Recife, Pernambuco (PONTES, 2008), viu-se que a amamentação está fortemente ligada à saúde da criança e direcionada à economia financeira do próprio pai. Entretanto, na fala dos homens entrevistados, deu-se enfoque para as vantagens da amamentação para o filho, mas não para a mulher, fato que poderia desestimular a mulher na continuidade do amamentar. Ainda no período do pré-natal, alguns acompanham e outros não, porém, durante o período gestacional é que deve haver, dentro da assistência pré-natal, ações direcionadas à amamentação e ao acolhimento ao pai (BRASIL, 2000). Nesse estudo, ainda, diante da descontinuidade ou da inexistência de ações ao pré-natal e ao parto, onde houvesse o fornecimento ao pai de um alicerce sobre a prática do amamentar, observou-se comportamentos diferentes durante o período de amamentação do filho, ora participantes ativos, estimuladores, entrelaçados de carinho, cuidado e acolhimento, ora autoritários e agressivos, com participação dirigida à pressão à mulher por amamentar o filho. A maioria dos pais se envolve com o amamentar da forma como aprendeu culturalmente, assim, a participação dos pais das crianças que continuavam mamando por um tipo de pressão sobre a companheira deve ser analisada de como poderá contribuir para a prática da amamentação (PONTES, 2008).

Em estudo de coorte realizado em Feira de Santana (Bahia), mães e filhos foram acompanhados com visitas domiciliares mensais até o sexto mês de vida do bebê, com o desfecho de duração do aleitamento materno em seis meses de vida. Ao final do estudo, apenas 11,3% das crianças ainda estava sendo amamentada. Duas variáveis inéditas em estudos brasileiros foram apresentadas neste, onde o número limitado de mamadas a noite apresentou 58% maior risco de interrupção precoce do aleitamento materno e a outra variável sendo a valorização da amamentação pelo parceiro, fator protetor contra a interrupção do AME durante os seis primeiros meses de vida. Mulheres que relataram que seus parceiros apresentaram valorização à amamentação tiveram risco 38% menor de apresentar desmame precoce, achado que reforça o papel do pai ou companheiro como um facilitador em iniciar e manter o aleitamento materno, incentivando, motivando e apoiando a mãe (VIEIRA et al, 2014). Em outro estudo qualitativo realizado em Salvador, Bahia, nenhuma das mães adolescentes entrevistadas sustentaram o aleitamento materno exclusivo por seis meses; além disso, as mães adolescentes relataram ser subordinadas aos costumes e valores culturais maternos no que diz respeito à amamentação. Verificou-se no estudo também, a influência estética que relaciona a prática do aleitamento materno ao risco de acelerar o processo de flacidez das mamas femininas, tornando-as mais fora dos padrões estéticos. Das poucas entrevistadas durante a pesquisa que coabitavam com o companheiro, informaram à pesquisadora que não obtinham ajuda do companheiro com o bebê ou com a amamentação, e uma mãe que relatou obter ajuda relatou apoio não significativo. Das demais adolescentes não referiram este item (PAES LEME, 2005).

Das muitas razões para alguns estudos demonstrarem que os pais/companheiros desencorajam a amamentação, estão que não é bom para as mamas, que interfere na relação do pai e da criança, que interfere na relação do casal, incluindo as relações sexuais, que causa sentimentos de exclusão, desvalia e ciúmes, dentre outras (SHARMA, 1997). As causas de um cenário de no Brasil, as medianas de AME e aleitamento materno total não corresponderem ao preconizado pela OMS, podem ser originadas na crença de que amamentar é visto apenas como técnica, não se levando em conta o contexto histórico, social e cultural, constituindo um processo que envolve sentimentos. Dessa forma, aponta-se a importância da participação do pai no sucesso dessa prática (PONTES, 2001). Sabemos que, no entanto, a sociedade brasileira delega ao homem a responsabilidade de provedor financeiro apenas, marginalizando-o a uma participação na criação e cuidados com o filho, no cenário da saúde reprodutiva, nas etapas do ciclo grávido-puerperal, e, conseqüentemente, à amamentação,

fazendo com que isso tudo pertença, quase que de forma exclusiva, à mulher (FREITAS, 2007).

No estudo qualitativo de Mitchell-Box (2012), no Alasca, 14 maridos/companheiros de jovens grávidas ou de mães com filhos menores de um ano foram entrevistados a partir de um questionário semi-estruturado. A maioria dos entrevistados descreve que a decisão de amamentar compete à esposa/mãe; além disso, o fato de considerarem “dolorosa” muitas vezes a amamentação, e que, podem revezar durante o fornecimento de fórmula láctea, preferem o uso da fórmula láctea, ao se sentirem úteis. Além disso, consideraram desconfortável a amamentação em público. Questionados sobre um programa de educação formal sobre aleitamento se fosse criado para eles, disseram que seria útil e que gostariam de saber mais sobre os benefícios para a mãe e o bebê, os prós e contras do leite materno e da fórmula, custos e demais comparações (MITCHELL-BOX, 2012).

No estudo de Abass-Dick (2015), um ensaio clínico randomizado realizado em Toronto, Canadá, casais foram randomizados para receber tratamento usual ou tratamento com intervenção para o aleitamento materno, em dois grupos iguais, ambos com $n = 107$. Ao final da intervenção, mais mães do grupo randomizado com intervenções educativas para o aleitamento ($n = 102$, 98,1%) estavam praticando o aleitamento materno em seis semanas comparado com o grupo controle ($n = 94$, 92,2%), embora sem demonstrar diferenças significativas ($P = 0,02$). Apesar de não haver diferenças significativas, para ambos os grupos, a amamentação aumentou ao longo do tempo a partir da linha de base de seis semanas após o parto, com maior aumento observado naqueles pais e mães que estavam no grupo intervenção. Assim, a descoberta no estudo pode sugerir potencial benéfico para pais de primeiros filhos, pois além disso, muitas vezes os pais não são direcionados e incluídos em programas de apoio à amamentação, por exemplo (ABASS-DICK, 2015).

Na Suécia, onde o aleitamento materno é considerado normalmente cultural e onde, com 6 meses de idade, cerca de 70% dos bebês são amamentados, uma cultura em prol da amamentação favorece o sucesso obtido na visível amamentação de duração prolongada. Num estudo de coorte de 2010, foi verificado que a licença-paternidade existente no país é benéfica, pois faz com que o pai se envolva de maior forma no cuidado da criança e, conseqüentemente, no processo de amamentação (FLACKING, 2010).

JUSTIFICATIVA

Considerando as baixas taxas de aleitamento materno em mães adolescentes, a influência da figura paterna no padrão de aleitamento materno e a diversidade de estudos heterogêneos acerca do tema, realizamos a seguinte pesquisa, a fim de contribuir para o entendimento sobre a influência paterna no padrão de aleitamento materno de mães adolescentes e, assim, desenvolver demais ações de intervenção que influenciem de maneira positiva na manutenção do aleitamento materno.

OBJETIVO

Avaliar a influência da presença paterna no padrão de aleitamento materno de mães adolescentes que receberam intervenção sobre aleitamento.

REFERÊNCIAS

- ABASS-DICK, J. et al. Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, Evanston, v. 135, n.1, p.1-9 , 2015.
- ABERASTURY, A.; SALAS, E. **A paternidade**. Porto Alegre, Artes médicas, 1984, 96 p.
- ACCIOLY, E.; SAUNDES, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica Guanabara, 2009; 649 p.
- ARORA, S. et al. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. **Pediatrics**, Evanston, v. 106, p.1-5, 2000.
- BARTICK, M.; REINHOLD, A. The burden of suboptimal breastfeeding in The United States: a pediatric cost analysis. **Pediatrics**, Evanston, vol. 125, p.1048-1056, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, DF, 2000, 68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerperio: Atenção qualificada e humanizada**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Brasília, DF, 2006, 162 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 set. 2013. Seção 1, p. 64.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, 2009, 112 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros: Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros**. Brasília, DF, 2010, 63 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009, 108 p.
- BROWN, K. H. et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. **Pediatrics**, Evanston, v. 83, p. 31-40, 1989.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.937-946, 2009.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: _____. **Aleitamento materno: manual prático**. Londrina: PML, 2006, p. 41-49.

CÉSAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested casecontrol study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.53-61, 1997.

CAUDURO, L. S.; MOTTA, M. G. C. Pai adolescente: percepções de cuidado com o bebê. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 11-15, 2007.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 1, p. 9-18, 2003.

EARLE, S. Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. **Midwifery**, Edinburgh, v. 16, p.323-330, 2000.

FLACKING, R.; DYKES, F.; EWALD, U. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: A population-based cohort study. **Scandinavian Journal of Public Health**, Oslo, v.0, p.1-7, 2010.

FRANCO, C. S. et al. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.8, n.3, p.291-297, 2008

FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.1, p.85-90, 2009.

FREITAS, W. M.; COELHO, E. A.; SILVA, A. T. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, p.137-145, 2007.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno aspectos gerais. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária embasadas em evidências**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, p. 219-31.

GOMES, A. J. S.; RESENDE, V. R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n.2, p. 119-125, 2004.

GURGEL, M. G. I. et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]**. Rio de Janeiro, vol. 12, n. 4, p.799-805, 2008.

HORTA, B. L. et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. **World Health Organization**, Switzerland, 57 p., 2007.

HUMPHEREYS, A. S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R.; Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. **Birth**, Boston, v. 25, p.169-174, 1998.

ICHISATO, S. M.; SHIMO, A. K. Revisiting early weaning through historical analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.10, p.578-585, 2002.

INOUE, M. et al. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. **International Breastfeeding Journal**, London, v.7, n.1, p.15, 2012.

JONES, G.; STEKETEE, R. W. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, London, vol. 362, p.65-71, 2003.

KANEKO, A. et al. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to support child-rearing with breast-feeding. **Journal of Epidemiology**, Tokyo, v.16, n.2, p.57-63, 2006.

KAUFMANN, C. C. et al. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n.2, p.157-165, 2012.

LYRA, J. **Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção [Dissertação]**. São Paulo (SP): Pontífica Universidade Católica, 1997, 182 p.

MACHADO, M. C. M. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.6, p.985-994, 2014.

MACIEL, A. P. P. et al. Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 3, p.311-317, 2013.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. São Paulo (SP): Saraiva, 11^a ed., 2000, 240 p.

MARQUES, E. S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 1391-1400, 2010.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. Which women breastfeed for 2 years or more? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n.1, p.67-73, 2012.

MITCHELL-BOX, K.; BRAUN, K. L. Fathers' Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory-Based Intervention. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 41, p.41-50, 2012.

MOTA, E.; GOMES, C. F. O papel do homem no aleitamento materno. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, p.22-27, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante e del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 em Washington, DC, EE, UU.** Organización Mundial de La Salud. Departamento de Salud Y Desarrollo del Niño e del Adolescente, 2009.

PAES-LEME, A. P. C. B. **Prática da amamentação de mães adolescentes analisada sob a influência da família. [Dissertação].** Salvador: Universidade Católica de Salvador, 2005.

PONTES, C. M. **Teoria e prática da amamentação das docentes universitárias de uma instituição pública em Recife-PE [Dissertação].** Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2001.

PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, p.357-364, 2008.

POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, p. 874-82, 1990.

RAMOS C. V.; ALMEIDA, J. A. Breast-feeding: the way it is experienced by women assisted at a pediatrics and maternity hospital in Teresina in the state of Piauí. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, p.315-321, 2003.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SENA, V. L. M. F.; CASTANHA, A. R. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 26, p.79-88, 2014.

SHARMA, M.; PETOSA, R. Impact of expectant fathers in breast-feeding decisions. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 97, p.1311-1313, 1997.

SILVA, P. P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n.3, p.306-313, 2012.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANT, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 294, p. 2601-10, 2005.

SUSIN, L. R.; GIUGLIANI, E. R. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 24, p.386-392, 2008.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF): **The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World. 1st edition.** New York, 2012.

VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, Copenhagen, v. 58, p. 833-43, 2003.

VICTORA, C. G. et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 7, p. 467-75, 1992.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, London, v. 2, p. 319-22, 1987

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P.; BARROS, A. A. F. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n.4, p.317-325 , 2003.

VIEIRA, T. O. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.14, p.1-9, 2014.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação.** São Paulo: CLR Brasileiro, 1999.

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, 2008; 627 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent health and development: progress report 2009: highlights [Internet].** Switzerland, 2009. Available from: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599368/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007.** Geneva, 2007.

ARTIGO ORIGINAL**ARTIGO CIENTÍFICO A SER SUBMETIDO À REVISTA DE NUTRIÇÃO****Father Influence in Breastfeeding Model****Influence on Breastfeeding****INFLUÊNCIA PATERNA NO PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EM ADOLESCENTES****Influência no aleitamento materno**

Gabriela Monteiro Grendene - Aluna do Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil.

Luciana Dias de Oliveira - Professora do Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil.

Faculdade de Medicina - Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2400. Departamento de Nutrição, 4º andar. Telefone: (51) 3308-5941.

Gabriela Grendene – Endereço: Rua Dr. Vargas Neto, 70/408. Bairro: Protásio Alves. Porto Alegre – RS, 91250-000. **Telefone:**(51) 3026-0983 / 9220-7788. **E-mail:** gabriela.grendene@gmail.com

RESUMO

As principais autoridades em saúde mundiais recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade da criança e após, até dois anos de idade, complementado com outros alimentos. O incentivo ao aleitamento materno se tornou prática constante nos serviços de atenção primária à saúde por promover alto valor nutricional, proteção imunológica e fortalecer o vínculo mãe-bebê. No núcleo familiar, o homem, enquanto pai e companheiro deve participar de forma integral dos cuidados com a criança, sendo um importante aliado no aleitamento materno. O presente estudo buscou avaliar a influência do pai no padrão de aleitamento materno. Foram incluídas no estudo 302 puérperas adolescentes, seus bebês e seus companheiros, comparando-se as taxas de

aleitamento materno exclusivo (AME) com a presença paterna. Para a análise utilizou-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates. Os resultados mostraram ausência de significância estatística pró ou contra o aleitamento materno para influência paterna nesta amostra. Novos estudos com intervenções direcionadas aos pais e utilizando metodologia qualitativa poderão apresentar dados mais esclarecedores sobre o tema que apesar dos estudos existentes ainda é controverso.

Palavras-chave: aleitamento materno, comportamento do adolescente, relações pai-filho

ABSTRACT

The leading authority on global health recommend exclusive breastfeeding (EBF) until six months of age of the child and after up to two years old, supplemented with other foods. The breastfeeding promotion has become standard practice in primary health care services by promoting high nutritional value, immune protection and strengthen the mother-infant bond. In the household, the man, as a father and companion must participate fully in the care of the child, being an important ally in breastfeeding. This study aimed to evaluate the influence of fathers in the breastfeeding pattern. The study included 302 adolescent mothers, their babies and their companions, compared to exclusive breastfeeding rates (EBF) with the paternal presence. For the analysis we used the chi-square test with Yates correction. The results showed no statistically significant pro or against breastfeeding for parental influence in this sample. New studies with targeted interventions to parents and using qualitative methodology may present more enlightening data on the topic that despite existing studies is still controversial.

Keywords: breastfeeding, adolescent behavior, father-child relations

INTRODUÇÃO

As principais autoridades em saúde mundiais recomendam a amamentação exclusiva desde o primeiro dia de vida até os seis meses de idade, devido aos bem documentados benefícios à saúde da criança e à prevenção de doenças para lactentes e puérperas¹. O aleitamento materno exclusivo ocorre quando a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos, preconizada pela Organização Mundial da Saúde². Apesar de evidências científicas, que provam a superioridade da amamentação em relação a outros tipos de alimentação dada à criança, e apesar de demais esforços nacionais e internacionais em prol da amamentação, as taxas brasileiras de aleitamento materno estão muito abaixo do recomendado, de acordo com o estabelecido pela OMS³.

Apesar de biologicamente determinada, a amamentação sofre fortes influências socioculturais²⁰, a saber, que na tentativa de incentivo à amamentação, são criadas campanhas com o slogan “amamentar é um ato de amor”, pois pela lógica descrita, a amamentação é uma tarefa de uso exclusivo da mulher, sendo a mãe a única responsável pelo sucesso do aleitamento materno. Esse tipo de abordagem pode ser prejudicial, uma vez que impõe de maneira exclusiva à mãe a responsabilidade que deveria ser dividida com seu companheiro, familiares e profissionais de saúde⁴.

Quanto à ajuda familiar, destacam-se os mais próximos: a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido. O apoio paterno é um importante aliado do aleitamento. O homem enquanto pai e companheiro deve participar de maneira integral do cuidado da saúde da mulher e da criança. Contudo, a amamentação ainda é, para alguns pais, uma ação centrada no corpo biológico, ou seja, à mulher, apoiando as mulheres não como pais auxiliares, mas como pais provedores do lar⁵.

Ao se pensar na puérpera adolescente, não se deve descartar o fato de que parte dos companheiros das mães adolescentes é adolescente também. Acredita-se que há uma espécie de recusa social em reconhecer a paternidade na adolescência⁶. A complexidade de tornar-se pai na adolescência, somada à instabilidade na relação com a parceira e às inseguranças próprias dessa fase dificultam ainda mais a adaptação a este novo papel, o da paternidade. Em geral a dependência econômica torna a ascensão à paternidade difícil, mas não impede que haja envolvimento emocional com o bebê⁷.

Considerando as baixas taxas de aleitamento materno em mães adolescentes, a influência da figura paterna no padrão de aleitamento materno e a diversidade de estudos heterogêneos acerca do tema estudado, realizamos a seguinte pesquisa, a fim de contribuir para o entendimento sobre a influência paterna no padrão de aleitamento materno de mães adolescentes e, assim, desenvolver demais ações de intervenção que influenciem de maneira positiva na manutenção do aleitamento materno.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal observacional envolvendo mães adolescentes e seus bebês atendidos na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O hospital em questão é credenciado como “Hospital Amigo da Criança”. A população assistida é, na sua maioria, de baixo nível socioeconômico, usuária do sistema público de saúde.

Foram incluídas no estudo 302 mães adolescentes e seus bebês.

As mães adolescentes foram incluídas no estudo no período de maio de 2006 a janeiro de 2008. Diariamente, na unidade de internação obstétrica, eram identificadas as mães adolescentes (menos que 20 anos), que preenchiam os seguintes critérios de

inclusão: residirem no município de Porto Alegre, terem bebês saudáveis e com peso de nascimento igual ou maior que 2.500g e terem iniciado a amamentação. As mães de gêmeos e as que, por problemas da mãe ou do bebê não puderam permanecer em alojamento conjunto, não foram incluídas no estudo.

A coleta de dados foi realizada em momentos distintos. Na maternidade, as mães adolescentes, após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, eram entrevistadas para obtenção de dados sociodemográficos e aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação. As informações sobre a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida eram obtidas mensalmente, por meio de entrevista telefônica com a mãe, ou em visitas domiciliares na impossibilidade de contato telefônico.

Considerou-se em amamentação exclusiva a criança que recebia leite materno como única fonte de nutrição e hidratação, sem nenhuma suplementação sólida ou líquida, incluindo água e chá¹.

Inicialmente, foram calculadas as frequências das variáveis para identificação da amostra a apresentação das características dos sujeitos e, após, foram comparadas as taxas de AME com a presença paterna utilizando-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESULTADOS

Das 302 mães adolescentes entrevistadas na pesquisa, 185 (61,3%) moravam com o pai da criança e 117 mães (38,7%) tiveram o acompanhamento dos pais no período de consultas do pré-natal.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, no 1º mês, 210 crianças (69,5%) estavam em AME ($p = 1,000$) e, no 4º mês, 72 crianças (23,8%, $P = 0,913$). Já no 6º mês de vida, 17 crianças (5,6%, $P = 0,285$) ainda estavam em aleitamento materno exclusivo. Ao se falar no uso do bico pelas crianças, 142 crianças (47%) já utilizavam bico no 1º mês de vida. Não houve associação do uso do bico com morar com o pai ($p = 1,000$).

A associação do AME com a presença do pai está expressa na tabela 1.

Tabela 1 – Associação do AME com a presença do pai

Tempo de aleitamento materno exclusivo	Mora com o pai	Não mora com o pai	P
	(n=185)	(n=117)	
	n (%)	n (%)	
≥ 1 mês	129 (69,7)	81 (69,2)	1,000
≥ 4º mês	45 (24,3)	27 (23,1)	0,913
≥ 6º mês	13 (7,0)	4 (3,4)	0,285

A associação do AME com a presença do pai no pré-natal está expressa na tabela 2.

Tabela 2 – Associação do AME com a presença do pai no pré-natal

Tempo de aleitamento materno exclusivo	Pai foi ao PN	Pai não foi ao PN	P
	(n=117)	(n=185)	
	n (%)	n (%)	
≥ 1 mês	85 (72,6)	125 (67,6)	0,420
≥ 4º mês	30 (25,6)	42 (22,7)	0,656
≥ 6º mês	10 (8,5)	7 (3,8)	0,135

DISCUSSÃO

Os cuidados de um bebê sem o apoio da família ou sem uma rede social estabelecida no círculo da criança pode ser uma transição esmagadora para os pais, principalmente para as primíparas. As demandas do cuidado de um bebê são grandes e a mulher tem de estar preparada para essa fase de mudanças fisiológicas marcantes⁸. Este fato reflete-se inclusive na alimentação do bebê, incluindo o apoio familiar como um fator importante na manutenção do AM.

Algumas evidências apontam que a mãe por ser adolescente apresenta taxas ainda mais baixas de AM e AME tornando-se de suma importância investigar fatores associados a este fato, para que os profissionais de saúde tenham subsídios para trabalhar com esta população em especial. Muitos estudos tem demonstrado a influência paterna positiva ou negativa, na manutenção do AM^{9,10,11,12}. No entanto, no presente estudo, observou-se que a figura do pai não teve influência significativa, tanto pró aleitamento materno quanto contra. Pode-se especular que tal dado se deva ao fato de a mãe adolescente muitas vezes contar com a ajuda mais próxima de sua mãe, que pode inclusive assumir os cuidados com o recém-nascido, neutralizando a participação paterna neste período da vida do bebê. Tal

dado torna-se preocupante, pois as nutrizes que não recebem auxílio do pai ou companheiro interrompem o AME de maneira precoce⁹, pois a associação entre o apoio do companheiro e melhores indicadores do aleitamento materno foi descrita em estudo¹³, onde a atitude favorável e o apoio do pai da criança favoreceram maior duração da amamentação.

Um estudo realizado em 2012 verificou que a menor escolaridade paterna se apresentou associada ao desmame nos dois meses em estudo. Muito provavelmente, os pais com maior escolaridade estejam mais bem informados sobre os benefícios da amamentação¹². Lacerda (2009) em pesquisa qualitativa sobre participação paterna no aleitamento materno verifica que a escolaridade paterna era maior que a materna, pois os pais possuíam ensino médio enquanto que as mães possuíam em sua maioria ensino fundamental e os bebês foram amamentados exclusivamente por 3,3 meses, tendo contribuído para o fato os casais onde o pai detinha maior escolaridade e renda, além de mães que não trabalhavam fora de casa¹⁹. Levando-se em consideração que os pais referidos no presente estudo sejam adolescentes como as mães, ainda estavam em idade escolar, o que denota menor escolaridade e menor conhecimento acerca de aleitamento materno.

Semelhante resultado encontrado em outro estudo¹⁴, o puerpério de adolescentes entrevistadas em pesquisa qualitativa tornou-se um momento difícil, especialmente pela falta de apoio para os cuidados com a criança, substancialmente porque as adolescentes não contavam com o apoio do pai da criança e/ou da própria família, muitas vezes. Segundo Vinha¹⁵, o puerpério é uma importante fase de adaptação onde a mulher necessita de apoio, ajuda e cuidados, face aos sentimentos de insegurança, medo, conflitos e ansiedades que vivencia, sobretudo se for adolescente. Quando o pai da criança está presente, cria-se um paradoxo, pois muitos pais desejam apoiar, mas, simultaneamente, sentem-se excluídos. Esse medo de transformação de núcleo familiar pode ter feito com que os pais não tivessem influência no presente estudo.

O presente estudo também revelou a pouca participação paterna no pré-natal, mostrando que o envolvimento nos cuidados do bebê devem ser estimulados precocemente com a participação dos pais nas consultas, promovendo maior envolvimento e maior aderência, por parte do pai, ao compromisso de cuidar do bebê. Em pesquisa realizada em 2013, a respeito do conhecimento de estudantes de ensino médio acerca de amamentação, verificou-se que o sexo feminino obtinha maior conhecimento sobre amamentação, sendo as maiores fontes de informação a família, os amigos e a escola¹⁸. Também foi observado que a amostra não soube distinguir mitos e tabus sobre amamentação¹⁸, assim reforçando a prerrogativa de incluir-se o pai da criança nos cuidados com o bebê, para se subsidiar o sujeito de conhecimento acerca da prática, empoderando a mãe e o pai da criança.

Em contrapartida, o estudo maior o qual faz parte este presente estudo, realizou intervenções práticas sobre aleitamento materno com as puérperas do estudo, não com os pais/companheiros, portanto, é sabido que os profissionais de saúde devem facilitar e até mesmo buscar ativamente a inclusão paterna no ciclo gravídico-puerperal. Marques et al¹⁶ mostra que programas de incentivo à amamentação devem inserir o pai nas atividades educativas e que os profissionais da saúde também devem esclarecer seus anseios e dúvidas, fazendo com que o pai se torne um incentivador e ponto de apoio para a nutriz. Portanto, o estabelecimento de vínculo no serviço de saúde, incluindo o trinômio mãe-pai-bebê se faz necessário, e não somente o binômio mãe-bebê.

Em estudo realizado em 2012, todos os pais concordaram que um programa de educação formal sobre aleitamento materno seria útil, pois assim entenderiam os benefícios para a saúde do bebê e da mãe, os prós e contras do leite materno e da fórmula, custos e comparações, pois, se mais informações estivessem disponíveis a eles, como por exemplo a forma com que os pais poderiam participar de todos os aspectos de cuidados com o bebê, o cuidado quanto ao aleitamento materno viria naturalmente¹⁷. Diante dessa perspectiva, pode-se inferir que ao incorporar-se a rede social de mães adolescentes nas ações de educação em saúde por parte da equipe de saúde da família, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estará se promovendo o estabelecimento do aleitamento materno.

CONCLUSÃO

Ainda existem muitas questões a serem mais aprofundadas a respeito de pais (gênero masculino) e amamentação. Embora sua figura tenha fundamental importância, a paternidade e masculinidade em nosso meio são temas pouco estudados. Dos poucos achados até então em nossa literatura, há ainda a heterogeneidade de estudos sobre o tema. Além disso, os profissionais da saúde devem considerar o trinômio mãe, pai e bebê e não somente o binômio mãe e bebê, levando em consideração a influência masculina no período da amamentação. Cabe então ao profissional da saúde incentivar o pai a participar efetivamente do período do aleitamento materno, fazendo-o ser mais do que um provedor de recursos financeiros no lar, mas um membro importante e influenciador da família e com papel central na influência à amamentação. Novos estudos que abordem prévias orientações sobre aleitamento materno desenvolvidas com o pai e a mãe da criança serão norteadores para futuras investigações acerca da influência paterna.

REFERÊNCIAS

1. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in The United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 2010; 125: 1048-1056. doi: 10.1542.
2. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante e del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 em Washington, DC, EE, UU. Organización Mundial de La Salud. Departamento de Salud Y Desarrollo del Niño e del Adolescente, 2009.
3. Brasil. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros: Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros. Brasília, Ministério da Saúde; 2010, [acesso em 2015 mai 23]. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf>>.
4. Ichisato SM, Shimo AK. Revisiting early weaning through historical analysis. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002 julho-agosto; 10(4):578-85.
5. Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2008, vol.84, n.4, pp. 357-364. ISSN 1678-4782.
6. Lyra J. Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção [mestrado]. São Paulo: Pontífica Universidade Católica, 1997.
7. Cauduro LS, Motta MGC. Pai adolescente: percepções de cuidado com o bebê. *Rev HCPA*, 2007;27(2):10-5
8. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm* 2007 Out/Dez; 12(4):416-27.
9. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública* 2014;48(6):985-994 DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005340

10. Martins EJ, Giugliani ER. Which women breastfeed for 2 years or more?. *J. Pediatr. (Rio J.)*[online]. 2012; 88(1): 67-73. ISSN 0021-7557.
11. Silva PP, Silveira RB, Mascarenhas MLW, Silve MB, Kaufmann CC, Albemaz EP. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(3):306-13.
12. Kaufmann CC, Albemaz EP, Silveira RB, Silva MB, Mascarenhas MLW. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(2):157-65.
13. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. *Inte Breastfeed J*, 2012: 7(1): 15.doi: 10.1186/1746-4358-7-15.
14. Ramos CV, Almeida JA. Breast-feeding: the way it is experienced by women assisted at a pediatrics and maternity hospital in Teresina in the state of Piauí. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2003;3(3): 315-321. ISSN 1806-3829.
15. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Brasileiro, 1999.
16. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'ana LFR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1391-1400, 2010.
17. Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers' Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory-Based Intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov-Dez;41(6):E41-50. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01399.
18. Cesar EC, Barros ES, Alves JN. Conhecimento de estudantes do ensino médio sobre amamentação. *Rev Tema*, jan/dez 2013;14(20-21): 1-14.
19. Lacerda ACT. Paternidade adolescente no contexto do processo da amamentação [mestrado]. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

20. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Jor Ped, 2004; 80:5 (S119-S125).

NORMAS REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Categoria dos artigos

Pesquisas envolvendo seres vivos

Registros de Ensaio Clínicos

Procedimentos editoriais

Conflito de interesse

Preparo do manuscrito

Lista de checagem

Documentos

Escopo e política

A Revista de Nutrição é um periódico especializado que publica artigos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Com periodicidade bimestral, está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da Revista de Nutrição, se os artigos forem considerados inadequados ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias.

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 5 mil palavras).

Especial: artigos a convite sobre temas atuais (limite máximo de 6 mil palavras).

Revisão (a convite): síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos,

permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 6 mil palavras). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, cujo mote seja subsidiar o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema (limite máximo de 4 mil palavras).

Nota Científica: dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 4 mil palavras).

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas (limite máximo de 5 mil palavras).

Seção Temática (a convite): seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total).

Categoria e a área temática do artigo: Os autores devem indicar a categoria do artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde coletiva.

Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

Registros de Ensaio Clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os autores devem indicar três possíveis revisores para o manuscrito. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

Procedimentos editoriais

Autoria

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Processo de julgamento dos manuscritos

Todos os outros manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Recomenda-se fortemente que o(s) autor(es) busque(m) assessoria lingüística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos....", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Originais identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a nutrição.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada, podendo um deles ser escolhido a partir da indicação dos autores. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

Todo processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda e última versão.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os pareceres são analisados pelos editores associados, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Conflito de interesse

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo do manuscrito

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows).

É fundamental que o escopo do artigo não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo.

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada via <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de rosto deve conter

a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do...", "considerações acerca de..." "estudo exploratório...";

b) short title com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;

c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.

d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.

e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;

f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo.

Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução: deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 400 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

Discussão: deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com mais de seis autores

Oliveira JS, Lira PIC, Veras ICL, Maia SR, Lemos MCC, Andrade SLL, et al. Estado nutricional e insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo

índice de desenvolvimento humano. Rev Nutr. 2009; 22(4): 453-66. doi: 10.1590/S1415-52732009000400002.

Artigo com um autor

Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(3):851-60. doi: 10.1590/S1413-81232009000300020.

Artigo em suporte eletrônico

Sichieri R, Moura EC. Análise multinível das variações no índice de massa corporal entre adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso 2009 dez 18]; 43(Suppl.2):90-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900012&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-89102009000900012.

Livro

Alberts B, Lewis J, Raff MC. Biologia molecular da célula. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Livro em suporte eletrônico

Brasil. Alimentação saudável para pessoa idosa: um manual para o profissional da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2010 jan 13]. Disponível em: <http://200.18.252.57/services/e-books/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf>.

Capítulos de livros

Aciolly E. Banco de leite. In: Aciolly E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Unidade 4.

Capítulo de livro em suporte eletrônico

Emergency contraceptive pills (ECPs). In: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 4th ed. Geneva: WHO; 2009 [cited 2010 Jan 14]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf>.

Dissertações e teses

Duran ACFL. Qualidade da dieta de adultos vivendo com HIV/AIDS e seus fatores associados [mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Texto em formato eletrônico

Sociedade Brasileira de Nutrição Parental e Enteral [Internet]. Assuntos de interesse do farmacêutico atuante na terapia nutricional. 2008/2009 [acesso 2010 jan 14]. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/ctdpg.php?pg=13&ct=A>>.

Programa de computador

Software de avaliação nutricional. DietWin Professional [programa de computador]. Versão 2008. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados; 2008.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Lista de checagem

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras fonte Arial, corpo 11 e entrelinhas 1,5 e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).
- Indicação da categoria e área temática do artigo.
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa.
- Incluir título do manuscrito, em português e em inglês.
- Incluir título abreviado (short title), com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos submetidos na categoria de originais e narrativos para manuscritos submetidos nas demais categorias, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, e se todas estão citadas no texto.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Cópia do parecer do Comitê de Ética em pesquisa.

Documentos

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais, nos quais constarão:

- Título do manuscrito:
- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).
- Autor responsável pelas negociações:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autoras devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

- "Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo";

- "Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Nutrição, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista de Nutrição passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data __ / __ / __

Justificativa do artigo

Destaco que a principal contribuição do estudo para a área em que se insere é a seguinte: _____

(Escreva um parágrafo justificando porque a revista deve publicar o seu artigo, destacando a sua relevância científica, a sua contribuição para as discussões na área em que se insere, o(s) ponto(s) que caracteriza(m) a sua originalidade e o conseqüente potencial de ser citado)

Dada a competência na área do estudo, indico o nome dos seguintes pesquisadores (três) que podem atuar como revisores do manuscrito. Declaro igualmente não haver qualquer conflito de interesses para esta indicação.