
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**EFICÁCIA DE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO
MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL DIRECIONADA
A MÃES ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS NAS TAXAS DE
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E NA ÉPOCA DE INTRODUÇÃO DE
OUTROS ALIMENTOS**

LUCIANA DIAS DE OLIVEIRA

TESE DE DOUTORADO

Porto Alegre, Brasil
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**EFICÁCIA DE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO
MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL DIRECIONADA
A MÃES ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS NAS TAXAS DE
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E NA ÉPOCA DE INTRODUÇÃO DE
OUTROS ALIMENTOS**

LUCIANA DIAS DE OLIVEIRA

Orientadora: Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil
2010

O48e Oliveira, Luciana Dias de

Eficácia de uma estratégia de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável direcionada a mães adolescentes e avós maternas nas taxas de aleitamento materno exclusivo e na época de introdução dos alimentos complementares / Luciana Dias de Oliveira ; orient. Elsa Regina Justo Giugliani. – 2010.

297 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Aleitamento materno 2. Promoção da saúde 3. Nutrição do lactente 4. Alimentação mista 5. Relações familiares I. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Título.

NLM: WS 125

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

ESTA TESE FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:
10 / 09 / 2010

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Dra. Sonia Isoyama Venâncio
Instituto de Saúde / Secretaria de Estado de São Paulo

Dr. Danilo Blank
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Paulo José Cauduro Maróstica
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho ao meu filho João Vitor, que chegou durante o desenvolvimento da pesquisa, apresentou-me ao “amor de mãe” e me deu a oportunidade de vivenciar o caminho do aleitamento materno. Caminho este, no qual aprendemos juntos, crescemos juntos e descobrimos juntos o quão importante é o ato de amamentar para uma mãe e o de mamar para um filho.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani, um modelo de profissional e, acima de tudo, um modelo de mulher. Obrigada pela exigência, pela coerência e pela ética. Seus ensinamentos e sua presença constante (apesar da distância geográfica), me fizeram crescer e me estimulam e seguir pelos “caminhos da pesquisa”.

À Lilian Córdova do Espírito Santo, uma amiga muito especial, pelo estímulo e pela ajuda no que fosse preciso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, e em especial à Rosane Blanguer, pelo carinho, estímulo e disponibilidade em ajudar.

Às colegas do grupo de pesquisa Lilia Refosco, Cléa Carvalho e Olga Bica, pelo empenho e dedicação.

Ao colega e amigo Leandro, pelo companheirismo, compreensão e colaboração durante a pesquisa.

Aos auxiliares de pesquisa, pelo trabalho de coleta e digitação dos dados.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial a Vânia Hirakata, pelos inúmeros encontros para consultoria estatística.

À Ceres Oliveira, pela competência e bom humor ao conduzir nossos “momentos estatísticos”.

À professora Clarice Bohn Knies, pela correção ortográfica e pelos ensinamentos de português.

Às professoras do curso de Nutrição da PUCRS, minhas colegas e grandes amigas, pelo apoio, compreensão e incentivo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que financiou a pesquisa.

Às mães e avós que abriram as portas das suas casas e nos receberam, tornando possível a realização desta pesquisa.

À minha mãe, Lecy, pelo orgulho e apoio irrestrito e por acreditar que tudo é possível quando há empenho e dedicação.

E, finalmente, ao Vitor, meu marido, companheiro de todas as horas, um agradecimento especial pela compreensão, paciência e apoio.

O nascimento do pensamento é igual ao nascimento de uma criança: tudo começa com um ato de amor. Uma semente há de ser depositada no ventre vazio. E a semente do pensamento é o sonho. Por isso os educadores, antes de serem especialistas em ferramentas do saber, deveriam ser especialistas em amor: intérpretes de sonhos.

Rubem Alves

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em alimentação infantil dirigidas a mães adolescentes e avós maternas nas taxas de aleitamento materno exclusivo e na época de introdução dos alimentos complementares ao longo dos primeiros seis meses de vida das crianças.

Método: Foi conduzido um ensaio clínico randomizado envolvendo 323 mães adolescentes, seus recém-nascidos e as avós maternas das crianças, alocadas para quatro grupos distintos, segundo a coabitação ou não da adolescente com a mãe e a sua exposição à intervenção. Esta constituiu-se de cinco sessões de aconselhamento em amamentação - na maternidade, e aos 7, 15, 30 e 60 dias e uma sessão abordando também a alimentação complementar, aos 120 dias. As informações sobre as práticas alimentares das crianças foram coletadas mensalmente nos primeiros seis meses de idade por telefone. O impacto da intervenção foi medido comparando-se as curvas de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo (AME) e as da época de introdução de outros leites e alimentos complementares nos diferentes grupos. Foram comparadas as medianas do AME e da época de introdução de outros leites (dados coletados em dias) entre os diferentes grupos. Como a coabitação com a avó materna não teve impacto significativo na época de introdução dos alimentos complementares e de outros leites, para fins de análise desses aspectos as mães adolescentes foram agrupadas apenas de acordo com a exposição ou não à intervenção.

Resultados: A intervenção teve impacto significativo na manutenção do AME, tanto para o grupo em que apenas a mãe recebeu a intervenção (RDI 0,52; IC 95% 0,36-0,76), quanto para o grupo em que as avós foram incluídas (RDI 0,64; IC 95% 0,46-0,90). A duração mediana de AME foi de 36 dias (\pm DP 7,38; IC 95% 21,52-50,47) entre as adolescentes sem coabitação e sem intervenção; 103 dias (\pm DP 10,48; IC 95% 82,44-123,55) entre as adolescentes sem coabitação, mas com intervenção; 43 dias (\pm DP 6,68; IC 95% 29,89-56,10) entre as adolescentes com coabitação, mas sem intervenção e 89 dias (\pm DP 16,43; IC 95% 56,78-121,21) entre as adolescentes com coabitação e com intervenção. A intervenção aumentou em 67 dias a duração do AME no grupo de adolescentes que não coabitavam com suas mães e em 46 dias quando havia coabitação. Com relação à introdução de outros leites e alimentos complementares, as curvas de sobrevivência mostram que a intervenção conseguiu postergar a época de introdução desses alimentos. A mediana da época de introdução de outros leites foi de 95 dias (IC 95% 78,7-111,3) no grupo controle e de 153 dias (IC 95% 114,6-191,4) no grupo intervenção; com relação à alimentação complementar (AC) aos quatro meses, 41% (IC 95% 32,8-49,2) das crianças do grupo controle já recebiam alimentos complementares, prevalência que diminuiu para 22,8% (IC 95% 15,9-29,7) com a intervenção. No entanto, aos seis meses, as prevalências de crianças recebendo alimentos complementares foram semelhantes nos dois grupos: 88,4% (IC 95% 82,9-93,9) para o grupo controle e 87,1% (IC 95% 81,4-92,8) para o grupo intervenção.

Conclusões: Múltiplas sessões de aconselhamento em alimentação infantil nos primeiros quatro meses de vida das crianças dirigidas a mães adolescentes, incluindo ou não as avós maternas das crianças, mostraram ser uma estratégia eficaz para aumentar a duração do AME e postergar a introdução de outros alimentos na dieta das crianças.

Descritores: ensaio clínico; aleitamento materno; saúde do adolescente; relações familiares.

ABSTRACT

Objective: To assess the impact of counseling sessions on child feeding directed to adolescent mothers and maternal grandmothers on exclusive breastfeeding rates and at the time of introduction of complementary foods throughout the children's first six months of life.

Methods: A randomized clinical trial was performed with 323 adolescent mothers, their newborns and mothers divided in four groups, according to the adolescent mother's cohabitation with her mother or not and her exposition to the intervention. The intervention consisted of five breastfeeding counseling sessions occurring in the maternity hospital at 7, 15, 30 and 60 days after birth, plus one session addressing also complementary feeding after 120 days. Information about the babies' feeding practices in their first six months was collected monthly by telephone. The impact of the intervention was assessed through the comparison of exclusive breastfeeding survival curves and those related to the time of introduction of other milks and complementary foods in the different groups. Medians related to exclusive breastfeeding and the time of introduction of other milks (data collected in days) in the different groups were also compared. Once cohabitation with the maternal grandmother had no significant impact at the time of introduction of complementary foods and other milks, adolescent mothers were grouped according to exposition or not to the intervention for the analysis of these aspects.

Results: The intervention had a significant impact on exclusive breastfeeding maintenance both for the group in which only the mother received the intervention (HR = 0.52; CI 95% = 0.36-0.76) and for the group in which the grandmothers were included (HR = 0.64; CI 95% = 0.46-0.90). Exclusive breastfeeding average duration was 36 days (\pm SD 7.38; CI 95% 21.52-50.47) among adolescent mothers who did not live with their mothers and were not exposed to intervention; 103 days (\pm SD 10.48; CI 95% 82.44-123.55) among those who did not live with their mothers and were exposed to intervention; 43 days (\pm SD 6.68; CI 95% 29.89-56.10) among those who lived with their mothers, not exposed to intervention; and 89 days (\pm SD 16.43; CI 95% 56.78-121.21) among those who lived with their mothers, exposed to intervention. The intervention increased exclusive breastfeeding in 67 days for the group without cohabitation and 46 days for the group with cohabitation. The survival curve shows that the intervention was able to postpone the introduction of other milks and complementary foods. The median of the time of introduction of other milks was 95 days (CI 95% 78.7-111.3) in the control group and 153 days (CI 95% 114.6-191.4) in the intervention group. In relation to complementary feeding at four months of life, 41% (CI 95% 32.8-49.2) of the children in the control group already received complementary foods, and this prevalence decreased to 22.8% (CI 95% 15.9-29.7) after the intervention. However, at six months, the prevalence of children receiving complementary foods was similar in both groups: 88.4% (CI 95% 82.9-93.9) for the control group and 87.1% (CI 95% 81.4-92.8) for the intervention group.

Conclusions: Multiple counseling sessions in the first four months of life of the children directed to adolescent mothers and adolescent mothers including whether or not the maternal grandmothers of the children, proved to be an effective strategy to increase the duration of EBF and postpone the introduction of other foods in the diet of children.

Keywords: clinical trial; breastfeeding; adolescent's health, family relations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mãe adolescente, seu filho e sua mãe no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	35
Figura 2 - Álbum seriado destinado à mãe adolescente	42
Figura 3 - Álbum seriado destinado à avó materna.....	42
Figura 4 - Jéssica, a adolescente criada para ilustrar a cartilha sobre AME	43
Figura 5 - Foto tirada para ser entregue à mãe adolescente durante intervenção domiciliar.....	44
Figura 6 - Álbum seriado sobre alimentação complementar.....	45
Figura 7 - Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2005)	48

ARTIGO 1

Figura 1 – Fluxograma dos participantes do ensaio clínico desde o recrutamento até a avaliação aos seis meses de idade da criança	88
Figura 2 - Curva de Kaplan-Meier do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida nos grupos de mães adolescentes sem a presença da avó materna, intervenção (A) e controle (B) e nos grupos com a presença da avó materna, intervenção (C) e controle (D)	89
Figura 3 – Curva de Kaplan-Meier do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida nos grupos controle (A e C) e intervenção (B e D), segundo a coabitação com a avó materna	90

ARTIGO 2

Figura 1 – Fluxograma dos participantes do ensaio clínico desde o recrutamento até a avaliação aos seis meses de idade da criança.....	108
Figura 2 – Curva de sobrevida: Probabilidade de introdução de outros leites entre os grupos controle e intervenção	109
Figura 3 – Curva de sobrevida: Probabilidade de introdução de alimentos complementares entre os grupos controle e intervenção	110

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Características das mães adolescentes, seus bebês e avós maternas por exposição à intervenção	91
---	----

ARTIGO 2

Tabela 1 – Características das mães adolescentes, seus bebês e avós maternas por exposição à intervenção	111
---	-----

Tabela 2 – Prevalência do consumo dos diversos alimentos aos quatro meses de vida nos grupos controle e intervenção	112
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	alimentos complementares
AM	aleitamento materno
AME	aleitamento materno exclusivo
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DP	desvio padrão
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HR	hazard ratio
<i>IBLCE</i>	<i>International Board of Lactation Consultant Examiners</i>
MS	Ministério da Saúde
<i>NCHS</i>	<i>National Center for Health Statistics</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	odds ratio
QI	coeficiente de inteligência
RDI	razão de densidade de incidência
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	12
1.2 A MÃE ADOLESCENTE E A AMAMENTAÇÃO	20
1.3 A INFLUÊNCIA DA AVÓ NA AMAMENTAÇÃO	23
1.4 INTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DO AM DIRECIONADAS A MÃES ADOLESCENTES E AVÓS	27
2 JUSTIFICATIVA	31
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 POPULAÇÃO E MÉTODO	34
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	34
4.2 LOCAL DO ESTUDO	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
4.3.1 Processo de amostragem	35
4.3.1.1 Cálculo do tamanho da amostra	35
4.3.1.2 Critérios de inclusão	36
4.3.1.3 Critérios de exclusão	36
4.3.1.4 Seleção da amostra	37
4.3.1.5 Alocação para os grupos	37
4.4 COLETA DE DADOS	38
4.4.1 Na maternidade	38
4.4.2 No domicílio	39
4.5 INTERVENÇÃO	39
4.6 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO	48
4.6.1 Desfechos	48
4.6.2 Exposição à intervenção	49
4.6.3 Outras Variáveis	49

4.7 ESTUDO PILOTO.....	51
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
4.9 EQUIPE DE TRABALHO	52
4.10 FINANCIAMENTO	53
4.11 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6 REFERÊNCIAS	57
7 ARTIGOS.....	69
7.1 ARTIGO 1	69
7.2 ARTIGO 2	92
8 APÊNDICES	113
APÊNDICE A - Questionário inicial para mães adolescentes (maternidade)	114
APÊNDICE B - Questionário inicial para avós maternas (maternidade)	117
APÊNDICE C - Questionário de seguimento aos 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias. ..	120
APÊNDICE D - Álbum seriado destinado à mãe adolescente	127
APÊNDICE E - Álbum seriado destinado à avó materna	178
APÊNDICE F - Cartilha ilustrada sobre aleitamento materno exclusivo	222
APÊNDICE G - Álbum seriado sobre alimentação complementar	231
APÊNDICE H - Cartilha ilustrada sobre alimentação complementar	256
APÊNDICE I - Termo de consentimento informado para mães adolescentes sem intervenção	265
APÊNDICE J - Termo de consentimento informado para mães adolescentes com intervenção	266
APÊNDICE K - Termo de consentimento informado para mães adolescentes e avós maternas sem intervenção	267
APÊNDICE L - Termo de consentimento informado para mães adolescentes e avós maternas com intervenção	268
9 ANEXO	269
ANEXO - Termo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética	270

1 INTRODUÇÃO

1.1 O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

A contribuição do aleitamento materno (AM) no crescimento e desenvolvimento infantil é inquestionável. A ciência tem, cada vez mais, apontado as evidências da superioridade da amamentação como fonte de nutrição da criança pequena e sua proteção contra doenças (ALMEIDA, 1999), além de sua capacidade de promover a saúde física e psíquica da mãe e de favorecer sua interação com o bebê (GIUGLIANI, 2004).

Apesar dessas evidências, a valorização do AM e, em especial, do aleitamento materno exclusivo é relativamente recente. Somente no final da década de 1980 começaram a aparecer relatos de que a suplementação precoce do leite materno com água, chás, sucos, outros leites ou alimentos semissólidos e sólidos pode trazer prejuízos à saúde da criança.

Considera-se em aleitamento materno exclusivo (AME) a criança que recebe somente leite humano direto da mãe, de ama-de-leite ou ordenhado, sem nenhum outro alimento líquido ou sólido, à exceção de medicamentos ou suplementos vitamínicos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009). Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam que o AME deve se estender até o sexto mês de vida, e o aleitamento materno complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2005).

O leite humano oferecido de maneira exclusiva fornece toda a água e os demais nutrientes essenciais que a criança precisa nos seis primeiros meses de vida (GIUGLIANI,

2004) e, em função da especificidade de seus macrocomponentes (proteínas, carboidratos e lipídios), é facilmente digerido e absorvido (GIUGLIANI, 2004; SACHDEV et al., 1991). Sabe-se ainda que o AME é capaz de promover um crescimento adequado (MARQUES et al., 2006; ONIS et al., 2009).

Até pouco tempo, as crianças alimentadas exclusivamente com leite materno aparentavam ter uma desaceleração no ganho de peso quando avaliadas segundo a curva do *National Center for Health Statistics (NCHS)*; acreditava-se que, nesses casos, a introdução dos alimentos complementares (AC) deveria ser iniciada antes dos seis meses de vida. Essa curva, no entanto, foi considerada inadequada, por ter sido construída com base em crianças alimentadas predominantemente com fórmulas lácteas. Recentemente, surgiu a recomendação de utilizarem-se as novas curvas de crescimento da OMS, construídas a partir de um estudo multicêntrico realizado com crianças saudáveis amamentadas exclusivamente ou predominantemente até 4-6 meses. Essas curvas, representativas de um padrão de crescimento normal sob condições ambientais adequadas, mostram ganho de peso rápido até os 4-6 meses e desaceleração a partir dessa idade (ONIS et al., 2009).

As evidências epidemiológicas apontam também para o efeito protetor do AME contra infecções gastrintestinais (BHANDARI et al., 2003; KRAMER; KAKUMA, 2004; DUIJTS; RAMADHANI; MOLL, 2009), infecções respiratórias (CÉSAR et al., 1999; CHANTRY et al., 2006), alergias, dentre as quais a asma (VAN ODJIK et al., 2003), doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e obesidade (HORTA et al., 2007), doença de Crohn e linfoma (KRAMER; KAKUMA, 2004). Os resultados de um estudo realizado por Dundaroz et al. (2003) sugerem que pode haver dano no DNA de linfócitos de crianças não amamentadas, o que pode estar

relacionado com malignidade na infância e ao longo da vida. Alguns autores ainda encontraram relação entre AME e redução do risco de morte súbita do lactente (FORD et al., 1993; ALM et al., 2002).

O efeito mais marcante do AME se dá sobre a mortalidade infantil (GIUGLIANI, 2004), inclusive em países desenvolvidos. Estudo realizado nos Estados Unidos concluiu que o aleitamento materno está associado com redução do risco de morte pós-natal, especialmente por doenças infectocontagiosas (OR 0,79; IC 95% 0,67-0,93) (CHEN; ROGAN, 2007).

Na América Latina, estima-se que 55% das mortes de crianças de 0 a 3 meses seriam evitáveis pela amamentação exclusiva ou parcial. Ou seja, se as crianças latino-americanas recebessem leite materno, em torno de 52.000 mortes por ano poderiam ser evitadas, em especial aquelas causadas por diarreia e doenças respiratórias (BETRÁN et al., 2001).

Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, Brasil, crianças menores de dois meses que não recebiam leite materno tinham uma chance 25 vezes maior de morrer por diarreia e 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas a crianças em aleitamento materno predominante (VICTORA et al., 1987). Essa proteção tende a diminuir se o bebê recebe qualquer outro alimento além do leite da mãe, inclusive chá, água ou suco (VICTORA et al., 1989). Outro estudo (VICTORA et al., 1999) constatou que o AM poderia reduzir em 66% as mortes por diarreia e em 50% as mortes por doenças respiratórias.

O efeito protetor do leite materno também é observado nos estudos sobre morbidade infantil, principalmente por infecções gastrointestinais e respiratórias. Uma revisão

sistemática realizada na Holanda (DUIJTS; RAMADHANI; MOLL, 2009) com o objetivo de investigar o efeito da duração e da exclusividade da amamentação nas doenças infecciosas em geral e especialmente nas infecções gastrintestinais e do trato respiratório, em países industrializados, constatou que quatro de cinco estudos observaram diminuição das doenças infecciosas em geral nas crianças amamentadas, seis de oito estudos sugeriram efeito protetor do AM contra infecções gastrintestinais, e treze de dezesseis estudos concluíram que o AM protege a criança pequena contra infecções do trato respiratório. Dos cinco estudos que combinaram duração e exclusividade do AM, todos mostraram efeito protetor contra infecções gastrintestinais e do trato respiratório.

No Reino Unido, pesquisa com o intuito de investigar as internações por diarreia e infecções respiratórias agudas baixas nos primeiros oito meses, em 15.890 crianças (QUIGLEY; KELLY; SACKER, 2007), constatou uma redução significativa no risco de internação por diarreia (OR ajustado 0,37; IC 95% 0,18-0,78) e infecção do trato respiratório (OR ajustado: 0,66; IC 95%: 0,47-0,92) nas crianças amamentadas exclusivamente por quatro a seis meses quando comparadas com as que não foram amamentadas, e que o aleitamento materno parcial teve um efeito protetor mais fraco, não significativo. Os autores estimaram que cada mês de AME pode evitar 53% das internações por diarreia e 27% das por infecções do trato respiratório.

Várias pesquisas mostram que a promoção do AME está associada à redução do risco de doença gastrintestinal (BHANDARI et al., 2003; KRAMER; KAKUMA, 2004; CREEK et al., 2010). Estudos realizados no Peru (BROWN et al., 1989) e nas Filipinas (POPKIN et al., 1990) mostram que a prevalência de diarreia dobrou em crianças menores de seis meses que recebiam água ou chás, quando comparadas a crianças em AME. Estudo

realizado por Victora et al., em 1992, constatou que crianças não amamentadas tiveram um risco 3,3 vezes maior de desidratar na vigência de diarreia, o que sugere que o AM tem influência não só no número como na gravidade de episódios de diarreia.

Da mesma maneira, estudos apontam o papel protetor do leite materno contra infecções respiratórias. Uma metanálise realizada por Bachrach et al. (2003) concluiu que bebês saudáveis alimentados com fórmula têm um risco três vezes maior de serem internados por doença respiratória que bebês alimentados exclusivamente com leite materno.

Em relação à internação hospitalar por pneumonia, crianças não amamentadas nos primeiros três meses tiveram 61 vezes mais chance de serem hospitalizadas que crianças em AME (CÉSAR et al., 1999). Estudo realizado em Nova Deli (TIEWSOH et al., 2009) para identificar os fatores que influenciam na morbidade e mortalidade por pneumonia em crianças constatou que a falta do AME esteve associada à necessidade de mudança de antibiótico e a um período mais longo de internação.

No Brasil, em estudo realizado por Albernaz et al. (2003) para investigar, dentre outros fatores, a relação entre AM e hospitalização por bronquiolite no período pós-neonatal, observou-se que crianças com tempo de AM inferior a um mês tiveram um risco sete vezes maior de serem hospitalizadas por bronquiolite aguda nos primeiros três meses de vida. Ainda no Brasil, um estudo prospectivo realizado para relacionar o estado nutricional e o AM com a evolução de lactentes com bronquiolite viral aguda, concluiu que a duração do AME foi inversamente relacionada ao tempo de uso de oxigênio e tempo de internação hospitalar (DORNELLES; PIVA; MARÓSTICA, 2007).

Também vem sendo cada vez mais documentada a associação entre AME e redução do risco de doenças crônicas. Medeiros et al. (2003) constataram que a introdução do leite de vaca na dieta da criança antes dos quatro meses aumenta a chance de aparecimento do diabetes tipo 1. Os resultados de um estudo com crianças suecas entre 5 e 9 anos de idade (SADAUSKAITÉ-KUEHNE et al., 2004) para determinar se a dieta interfere no aparecimento do diabetes tipo 1 corroboram os resultados de Medeiros et al. (2003), ao mostrarem que o AME por mais de cinco meses (OR 0,54; IC 95% 0,36-0,81) e o AM por mais de sete meses (OR 0,56; IC 95% 0,38-0,84), protegem contra o aparecimento da doença.

Uma série de revisões sistemáticas publicada por Horta et al. (2007) em um documento da OMS mostrou que indivíduos amamentados são também menos propensos a apresentar diabetes do tipo 2 (OR: 0,63; IC 95%: 0,45-0,89). Esse mesmo documento mostra ainda que a amamentação pode contribuir para pressão arterial sistólica (diferença média -1,19; IC 95% -1,70 a -0,69) e diastólica (diferença média -0,61; IC 95% -1,12 a -0,10) mais baixa, menor valor médio de colesterol total na idade adulta (diferença média -0,18; IC 95% -0,30 a -0,06 mmol / L) e menor propensão a sobrepeso e obesidade na idade adulta (OR 0,78; IC 95% 0,72-0,84).

Em pesquisa realizada na cidade de Recife, PE, Brasil (BALABAN et al., 2004), com 409 crianças, observou-se que o sobrepeso foi mais prevalente entre as crianças que receberam leite materno exclusivo por menos de quatro meses (22,5%) do que entre aquelas que o receberam por quatro meses ou mais (13,5%) (p=0,03). Da mesma forma, em um estudo transversal realizado com 566 crianças em São Paulo, SP (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009), os pesquisadores concluíram que AME por seis meses ou mais (OR 0,57;

IC 95% 0,38-0,86) e AM por mais de 24 meses (OR 0,13; IC 95% 0,05-0,37) foram fatores de proteção contra sobrepeso e obesidade na população estudada.

Além dos benefícios para a saúde física da criança, o AM parece estar associado a melhor desenvolvimento cognitivo, como sugerem duas metanálises (ANDERSON et al., 1999; HORTA et al., 2007). Ao avaliar vinte estudos realizados no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Alemanha, Nova Zelândia e Espanha (ANDERSON et al., 1999), pesquisadores concluíram que as crianças amamentadas tiveram um escore de desenvolvimento cognitivo 3,2 pontos mais alto quando comparadas às crianças que recebiam fórmula infantil ($p < 0,001$); esse incremento foi observado em idade precoce e se sustentou durante a infância e a adolescência. Da mesma forma, Horta et al. (2007) observaram melhor desempenho em testes de inteligência em crianças amamentadas quando comparadas às não amamentadas (diferença média: 4,9; IC 95%: 2,97-6,92). Esse efeito também foi observado no desempenho escolar no final da adolescência e no início da vida adulta.

Em contrapartida, estudo longitudinal realizado com 5.475 crianças e 3.161 mães mostra, após ajuste para uma série de fatores relevantes, inclusive o coeficiente de inteligência (QI) materno, que o aleitamento materno teve um efeito pequeno, não significativo (0,52 pontos; IC 95% 0,19-1,23) sobre o QI das crianças (DER; BATTY; DEARY, 2006).

Apesar de todas as evidências, e dos esforços do Ministério da Saúde e da sociedade civil organizada, as taxas de AM e AME no Brasil ainda estão abaixo da recomendação. A OMS recomenda amamentação por dois anos ou mais, sendo exclusiva nos seis primeiros meses (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009).

Um movimento mundial para resgatar o AM como método preferencial de nutrir a criança pequena teve início na década de 1970. No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi iniciado em 1981 e, desde então, surgiram inúmeras campanhas pró-amamentação nos mais diversos âmbitos. Como resultado, as taxas de AM vêm crescendo em todo o país. A duração mediana da amamentação no Brasil subiu de 2,5 meses em 1975 para 5,5 meses em 1989, e para 7 meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997). O aumento da prática foi maior, na área urbana, na região Centro-Sul e entre as mulheres de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade (VENANCIO; MONTEIRO, 1998). A I Pesquisa de Prevalência de AM realizada em outubro de 1999 nas capitais brasileiras, (exceto Rio de Janeiro) e no Distrito Federal, mostrou uma duração mediana da amamentação de 10 meses. Em Porto Alegre, no entanto, a duração mediana foi de 6,4 meses, inferior à mediana nacional (BRASIL, 2001). Essa pesquisa, quando reproduzida em 2008 (II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal) (BRASIL, 2009) mostrou incremento dos índices de duração mediana do AM, que passaram a ser, nacionalmente, de 11,2 meses, e de 9,9 meses em Porto Alegre.

Quanto ao AME, as taxas, embora tenham aumentado, são bem mais baixas que as do AM em geral. No Brasil, a duração mediana passou de 23 dias em 1999 para 54,1 dias em 2008; em Porto Alegre, foi de 29,5 dias em 1999 e de 51,8 dias em 2008 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009).

A duração da amamentação e da amamentação exclusiva varia nas diversas regiões do país. De acordo com a última pesquisa nacional (BRASIL, 2009), a Região Norte apresentou a maior duração mediana de AM (434,8 dias – 13,3 meses), seguida das regiões

Centro-Oeste (373,6 dias – 12,3 meses), Nordeste (346,8 dias – 11,4 meses), Sudeste (303,5 dias – 10,0 meses) e Sul (302,1 dias – 9,9 meses). Para o AME, observa-se que a Região Centro-Oeste apresentou a maior duração mediana (66,6 dias – 2,2 meses), seguida das regiões Norte (66,2 dias – 2,2 meses), Sul (59,3 dias – 2,0 meses); Sudeste (55,0 dias – 1,8 meses) e Nordeste (34,9 dias – 1,2 meses). Essa última região, que na pesquisa de 1999 detinha a segunda melhor posição do indicador duração do AME, passou para a última posição na pesquisa de 2008.

Para haver mais avanços nas taxas de AM e AME são necessárias estratégias que visem a diminuir os obstáculos à efetivação dessas práticas. As pesquisas têm mostrado, nos diferentes países, vários fatores associados ao abandono precoce do AME (DUONG; LEE; BINNS, 2005; DAMIÃO, 2008; PARIZOTO et al., 2009), dentre eles a pouca idade materna (VENÂNCIO et al., 2002; LANDE et al., 2003; DUBOIS; GIRARD, 2003; BUENO et al., 2003; VENÂNCIO; MONTEIRO, 2006; SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007).

1.2 A MÃE ADOLESCENTE E A AMAMENTAÇÃO

A adolescência, período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade, se caracteriza pela ocorrência de muitas transformações nos processos de maturação biopsicossocial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Mudanças progressivas vêm acontecendo na vida sexual dos adolescentes e, apesar de a gravidez na adolescência não ser um fato novo do ponto de vista histórico, ela vem sendo amplamente discutida (LEAL; WALL, 2005).

Embora o número de partos de mães adolescentes tenha caído, a maternidade nesse período da vida é frequente e requer atenção especial. Dados do MS (BRASIL, 2010) revelam que em 2007 nasceram cerca de três milhões de crianças no Brasil, das quais aproximadamente 28 mil foram filhas de mães entre 10 e 14 anos e 560 mil de mães entre 15 e 19 anos. Surge, assim, a preocupação com o período de amamentação dessas mães, processo que sofre influência de fatores socioeconômicos e culturais.

Estudos realizados no Canadá (DUBOIS; GIRARD, 2003), Havaí, Estados Unidos (CARMICHAEL et al., 2001) e Noruega (LANDE et al., 2003) sugerem que mães adolescentes são particularmente propensas à introdução precoce de outros alimentos em detrimento do AME. No Brasil, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de descrever a situação da amamentação e identificar fatores associados ao desmame em municípios do estado de São Paulo (VENÂNCIO et al., 2002), na qual foram estudadas 33.735 crianças. Observou-se que mulheres primíparas com menos de 20 anos têm 1,2 vezes mais chance de abandonar o AME antes de a criança completar 4 meses. Ainda no Brasil, Santo et al. (2007) identificaram como determinante para a interrupção do AME antes dos 6 meses, dentre outros fatores, o fato de a mãe ser adolescente (HR 1,48; IC 95% 1,01-2,17), e Chaves et al. (2007) observaram que um tempo mais curto de AM esteve associado com a idade materna inferior a 20 anos ($p=0,05$). No Rio de Janeiro, estudo realizado com 1.057 mães de crianças menores de 6 meses visando analisar a associação entre introdução de leite artificial e fatores demográficos e socioeconômicos constatou que, entre as mulheres com companheiro, as adolescentes mostraram chance 2,1 vezes maior (IC 95% 1,32-3,21) de introduzir leite artificial em comparação com as adultas. No entanto, entre as mulheres

sem companheiro, o fato de a mãe ser adolescente apareceu como um fator protetor contra a introdução de leite artificial (OR 0,24; IC 95% 0,10-0,58) (NIQUINI et al., 2009).

Países como Canadá (NELSON; SETHI, 2005) e Estados Unidos (FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007) também têm taxas mais baixas de amamentação e abandono precoce do AME entre mães adolescentes.

Apesar das dificuldades, as mães adolescentes reconhecem os benefícios da amamentação para a saúde dos bebês e para a formação do vínculo entre mãe e filho, mas fatores como dor nos mamilos e/ou na mama, leite insuficiente, constrangimento com a exposição pública, desconforto com o ato de amamentar, sensação de cansaço e de estar sobrecarregada e demanda de tempo com a escola e/ou trabalho se colocam como barreiras para a manutenção do AM nesse público (HANNON et al., 2000; BROWNELL et al., 2002; WAMBACH; COHEN, 2009). Em contrapartida, as mães dessa faixa etária que conseguem amamentar por mais tempo relatam importância significativa do apoio emocional e informativo da família, da escola e dos amigos (WAMBACH; COHEN, 2009).

Vários fatores biológicos, culturais e sociodemográficos podem interferir no padrão de amamentação (SANTO, 2006), dentre os quais encontra-se a influência das avós, que frequentemente participam de forma ativa nas decisões relacionadas à alimentação do neto (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005; KERR; BERTI; CHIRWA, 2007; KOHLHUBER, 2008).

1.3 A INFLUÊNCIA DA AVÓ NA AMAMENTAÇÃO

Em muitas culturas, as avós, especialmente as maternas, são muito presentes quando as filhas se tornam mães e participam de decisões importantes relativas aos cuidados com os bebês e sua alimentação.

Em um estudo qualitativo realizado no Brasil, no qual se buscou investigar o subsistema “avós maternas dos bebês – mães adolescentes”, averiguando-se, entre outros aspectos, as concepções sobre o exercício da maternidade adolescente e o papel das avós frente a essa situação, verificou-se que as avós maternas desempenhavam as funções de cuidar/apoiar, ensinar/orientar, avaliar/controlar, bem como o papel de mãe. Cabe salientar que 72% das avós haviam sido mães na adolescência, mostrando a influência da geração passada nas mães estudadas (SILVA; SALOMÃO, 2003).

Alguns estudos têm mostrado a influência positiva das avós no aleitamento materno. Em Lesoto, na África, avós se mostraram favoráveis a práticas mais adequadas de alimentação das crianças pequenas como a manutenção do AME, relatando que ofereceram, ocasionalmente, algum alimento, mas não deram água às crianças, por considerarem essa prática nociva, apesar de ela ser orientada, segundo elas, por profissionais da saúde. (ALMROTH; MOHALE; LATHAM, 2000). De acordo com Ludvigsson (2003), a atitude da avó em relação ao aleitamento materno, na Bolívia, é percebida como positiva por 90,8% das mães.

Sendo assim, verifica-se que as avós são importantes para o sucesso do AM, e seus conhecimentos, atitudes e experiências influenciam suas filhas e noras na decisão de iniciar e manter a amamentação (GRASSLEY; ESCHITI, 2008). Por outro lado, a literatura tem mostrado que as avós podem entrar em choque com as recomendações atuais relativas à alimentação da criança e influenciar negativamente a amamentação (BENTLEY, 1999; TARRANT; YOUNGER; SHERYDAN-PEREIRA; WHITE; KEARNEY, 2010).

Em Taiwan, CHEN et al. (2008) realizaram estudo descritivo para investigar comportamentos relativos à saúde em mães adolescentes. A amostra foi constituída por 37 mães adolescentes identificadas por enfermeiros que atuam em saúde pública; o instrumento de coleta dos dados foi um questionário estruturado com questões relativas à saúde. Os resultados revelaram que quase metade das mães vivia com seus pais biológicos e que dois terços recebiam apoio financeiro, principalmente da avó materna. Observou-se ainda que 44% das mães não amamentaram seus bebês e que quase 60% das crianças foram cuidadas pelas avós maternas. As mães que recebiam apoio financeiro dos pais mas tinham ensino médio, trabalhavam e eram casadas, tiveram um melhor desempenho com relação à amamentação.

Em um estudo realizado em Baltimore com mães adolescentes e avós maternas dos bebês, com o intuito de investigar os determinantes das práticas alimentares infantis nessa população, foram entrevistadas, em suas casas, mães adolescentes e avós maternas. As entrevistas foram direcionadas às práticas alimentares e às relações familiares, questionando sobre a paternidade e o cuidado infantil. Os autores concluíram que a introdução precoce de alimentos semissólidos e sólidos era uma questão cultural nessa população, tendo as avós um papel determinante na escolha dos alimentos para a criança e

do momento da introdução dos sólidos. Isso se devia à proximidade das avós com as filhas e netos, bem como à dependência que tinham as adolescentes de suas mães (BENTLEY, 1999).

Kerr et al., em pesquisa realizada em Malawi, África (2007), detectaram que 65% das crianças receberam alimentos no primeiro mês de vida e somente 4% chegaram até o sexto mês em AME. Esse fato foi associado à influência das avós na introdução de outros alimentos na dieta do bebê, tais como infusões preparadas com ervas e água fervida, que eram oferecidas em pequenas quantidades para manter a saúde das crianças, e mingaus, em resposta à percepção de fome das crianças. As infusões não foram associadas a um pior estado nutricional, mas observou-se um efeito negativo do mingau, por ser potencialmente contaminado e por ser servido em grandes quantidades quando a criança apresentava fome, substituindo o leite materno.

Outros estudos constataram a influência negativa das avós na duração do AM. Nawankwo e Brieger (2002), ao estudarem as práticas de amamentação de crianças de uma comunidade rural no sudeste da Nigéria, observaram que, já ao nascimento, 3,6% das crianças recebiam chá de ervas, sendo a avó a responsável pela indicação de seu uso em 50,8% dos casos. Chen et al. (2008), em Taiwan, em uma pesquisa para melhorar a compreensão dos fatores socioculturais que interferem nas decisões sobre a alimentação das crianças, observaram que a probabilidade de elas receberem alimentos complementares entre o primeiro e o segundo mês de vida se associava, entre outros fatores, à presença da avó como cuidadora.

No Brasil, alguns estudos têm revelado a influência das avós sobre a alimentação de seus netos. Em Natal, RN, a prevalência de AME foi significativamente menor em grupos

familiares que contavam com a presença da avó, quando comparados com aqueles em que essa situação não ocorria (ANDRADE; TADDEI, 2002). Um estudo de coorte realizado em Porto Alegre, RS, (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005) para avaliar a influência das avós nas práticas de amamentação investigou 601 duplas mãe-bebê por meio de entrevista na maternidade e no domicílio, no primeiro, segundo, quarto e sexto meses de vida do bebê ou até a interrupção da amamentação. Constatou-se que, independentemente das características maternas, as recomendações das avós para ofertar água ou chá (avó materna OR 2,22; IC 95% 1,50-3,30; avó paterna OR 1,83; IC 95% 1,24-2,71) ou outro leite que não o materno (avó materna OR 4,51; IC 95% 2,14-9,49; avó paterna OR 1,86; IC 95% 1,1-3,42) aumentam o risco de o bebê abandonar o AME até o final do primeiro mês de vida. Giugliani et al. (2008) realizaram, também em Porto Alegre, um estudo transversal aninhado em uma coorte contemporânea, contando com 220 pares mãe-bebê, com o objetivo de investigar os fatores associados à introdução de água/chás de ervas ou leite não materno durante o primeiro mês de vida e determinar o impacto dessa suplementação na duração do aleitamento materno. Os autores verificaram que a introdução de água e chás esteve associada à coabitação com a avó materna, com uma densidade de incidência (RDI) de 1,51 (IC 95% 1,10-2,10).

França et al. (2008), em pesquisa realizada em Porto Alegre, RS, com 211 pares mãe-bebê, com o objetivo de analisar a incidência e os determinantes do uso de mamadeira no primeiro mês de vida e possíveis efeitos dessa prática na técnica de amamentação, observaram que, aos 7 dias, 21,3% das crianças usavam mamadeira, índice que subiu para 46,9% aos 30 dias. A coabitação com a avó materna esteve associada ao uso dessa prática em ambos os momentos. Cabe ressaltar que o Fundo das Nações Unidas para a Infância

(UNICEF) e a OMS recomendam a não utilização de mamadeiras e chupetas, pois esses utensílios podem influenciar negativamente na duração do AM (BRASIL, 2005).

A constatação de que as mães adolescentes estão mais propensas a interromper o AME antes dos seis meses e de que as avós, especialmente as maternas, exercem influência sobre isso, reforça a importância de estratégias de incentivo ao aleitamento materno e educação sobre práticas alimentares direcionadas a esses segmentos da população. Estudos de intervenção para mães de quaisquer idades têm apresentado resultados positivos nas taxas de AM (SIKORSKI et al., 2002) e AME (SIKORSKI et al., 2002; KRONBORG et al., 2007).

1.4 INTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DO AM DIRECIONADAS A MÃES ADOLESCENTES E AVÓS

Estudos de intervenção têm sido realizados no mundo todo em diversas áreas da saúde, inclusive para incrementar as taxas de amamentação. Em revisão publicada pelo *Cochrane* destinada a investigar a eficácia de intervenções que promovem a amamentação, foram incluídos 34 ensaios clínicos controlados, randomizados ou quase-randomizados de 14 países (29.385 pares mãe-bebê). Todas as formas de apoio resultaram em aumento na duração tanto do aleitamento materno parcial (risco relativo para abandono precoce 0,91; IC 95% 0,86 -0,96) quanto do AME. (risco relativo para abandono precoce 0,81; IC 95% 0,7-0,89) (BRITTON et al., 2007).

Ensaio clínico randomizado realizado por Kramer et al. (2001) na Bielorrússia, com o objetivo de avaliar o efeito da promoção do AM sobre a sua duração e exclusividade, bem

como sobre doenças gastrintestinais, respiratórias e eczema atópico, merece destaque pelo número de participantes, um total de 17.046 pares mãe/bebê. No estudo, o aconselhamento aumentou em 7 e 13 vezes o AME aos 3 e 6 meses respectivamente, e aumentou a duração do AM, bem como diminuiu o risco de infecção do trato gastrointestinal e eczema atópico no primeiro ano de vida.

Na Dinamarca, Kronborg et al. (2007) realizaram ensaio clínico randomizado para avaliar o impacto de uma intervenção de apoio sobre a duração do AME.. Fizeram parte do estudo 52 profissionais de saúde capacitados com um curso de 18 horas sobre AM, os quais realizaram a intervenção com 781 mães do grupo experimental, e 57 profissionais de saúde não capacitados, que visitaram 816 mães do grupo controle. Foram realizadas de uma a três visitas durante as primeiras cinco semanas após o parto. As mães do grupo experimental receberam informações específicas relacionadas a fatores maternos e psicossociais; o grupo controle, sobre a prática habitual dos visitantes. Como resultado, observou-se que as mães do grupo experimental tiveram uma taxa de abandono do AME 14% menor que as do grupo controle (HR 0,86; IC 95% 0,75-0,99). O efeito foi o mesmo tanto para mães multíparas quanto para primíparas, os bebês do grupo experimental, além de serem amamentados com mais frequência, usaram menos chupeta e suas mães demonstraram mais confiança. Os pesquisadores concluíram que visitas domiciliares realizadas por pessoas capacitadas nas primeiras cinco semanas após o parto podem prolongar a duração do AME.

Publicações abordando intervenções de promoção do AM voltadas especificamente para mães adolescentes são escassas. Algumas pesquisas têm buscado identificar fatores importantes relacionados ao apoio para mães adolescentes. Em sua grande maioria, os estudos são qualitativos e utilizaram o método de grupo focal. Assim, foram identificadas

questões importantes a serem trabalhadas com esse público como suporte emocional, autoestima, apoio técnico, informação e formação de rede de apoio. Também ficou evidenciada a necessidade de a intervenção ser desenvolvida apropriadamente, levando em consideração as características da faixa etária, de ela ser centrada na paciente e ter suporte multidimensional (MORAN et al., 2006; FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007).

No Canadá, Meglio et al. (2010) conduziram um ensaio clínico randomizado para avaliar o efeito de uma intervenção na duração do aleitamento materno entre mães adolescentes. A pesquisa contou com 38 mães no grupo experimental e 40 no grupo controle. A intervenção foi realizada por telefone por cinco adolescentes que já haviam amamentado e sido capacitadas por intermédio de um programa desenvolvido pela *La Leche League* e adaptado para as adolescentes, constituído de dez sessões de duas horas. O suporte por telefone teve duração de 5-10 minutos e aconteceu semanalmente durante quatro semanas, quinzenalmente durante mais quatro semanas e, após, mensalmente, até a criança ser desmamada ou começar a receber outros alimentos. A coleta de dados foi realizada por um pesquisador assistente, cego à intervenção, também por telefone, mediante o preenchimento de um questionário padronizado. Os pesquisadores concluíram que a estratégia não teve efeito significativo na duração do AM (mediana de 75 dias *versus* 35 dias no grupo controle; $p=0,26$), mas, em contraste, a duração do AME foi maior no grupo que recebeu a intervenção (mediana de 35 dias *versus* 10 dias no grupo controle; $p=0,004$).

Quinlivan et al. (2003), na Austrália, após conduzir um ensaio clínico randomizado para verificar se visitas domiciliares a mães menores de 18 anos melhoram a duração da amamentação, os métodos de contracepção e o conhecimento sobre vacinação infantil,

concluíram que, com as visitas, houve melhora nos conhecimentos sobre contracepção, mas não no padrão de amamentação e conhecimentos sobre vacinação infantil.

Outros autores evidenciam ainda a importância de incluir a família nas redes de suporte para as mães adolescentes (MNGADI et al., 2003), especialmente a avó materna e seu parceiro (DYKES et al., 2003).

Mesmo que a participação das avós nas decisões sobre a alimentação dos netos seja reconhecida, são raros os estudos de intervenção direcionados especificamente para esse público.

O único estudo direcionado especificamente para avós de que temos conhecimento foi realizado no Senegal, onde Aubel et al. (2004) realizaram intervenção encorajando-as a promover práticas alimentares adequadas aos bebês (aleitamento materno e alimentação complementar) e cuidados com a gravidez, utilizando músicas, histórias e discussões sobre os temas em questão. Foram coletados dados quantitativos (técnica de pré-teste e pós-teste) e qualitativos para avaliar o efeito da intervenção. Após 12 meses do início do estudo, foi possível observar resultados positivos nas condutas com relação à alimentação infantil. Assim, triplicou recomendação das avós para que o AM seguisse por cinco meses ou mais (26% para 94%) e a de que o colostro poderia ser dado ao recém-nascido passou de 57% para 97%. Os índices de AM não foram investigados.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando as baixas taxas de AME entre mães adolescentes, a influência das avós maternas nas práticas alimentares de seus netos e a escassez de estudos de intervenção com mães adolescentes e avós maternas, realizamos a presente pesquisa, que pretende contribuir para a aquisição de novos conhecimentos que possam ser utilizados no planejamento de ações de promoção do AME entre esse público.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em alimentação infantil dirigidas a mães adolescentes e avós maternas nas taxas de aleitamento materno exclusivo e na época de introdução de outros alimentos ao longo dos primeiros seis meses de vida das crianças.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as medianas de aleitamento materno exclusivo em dias em quatro grupos de mães adolescentes: (1) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente; (3) coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à ambas.
 - Comparar as taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida dos bebês em quatro grupos de mães adolescentes: (1) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente; (3) coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à ambas.
-

- Comparar a época de introdução dos alimentos complementares em quatro grupos de mães adolescentes: (1) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente; (3) coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada a ambas.
 - Comparar a época de introdução de outros leites em quatro grupos de mães adolescentes: (1) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente; (3) coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada a ambas.
-

4 POPULAÇÃO E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para esta pesquisa, foi delineado um ensaio clínico randomizado, delineamento considerado “padrão de excelência para estudos científicos sobre o efeito do tratamento” (FLETCHER; FLETCHER, 2006, p.157).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital geral universitário credenciado como Hospital Amigo da Criança desde dezembro de 1997 e que realiza entre 3.000 e 4.000 partos por ano. O hospital atende principalmente população de menor nível socioeconômico, usuária do sistema público de saúde. O acompanhamento dos sujeitos foi realizado por telefone ou, quando necessário, no domicílio; as sessões de intervenção ocorreram no hospital e no domicílio das mães.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo foi constituída de adolescentes que deram à luz no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, seus bebês e mães quando estas compartilhavam a residência com a filha e o(a) neto(a) .



Figura 1 - Mãe adolescente, seu filho e sua mãe no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

4.3.1 Processo de amostragem

4.3.1.1 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram adotados os seguintes parâmetros: $\alpha = 5\%$; $\beta = 20\%$; proporção expostos/não expostos = 1:1; prevalência de AME no primeiro mês no grupo não exposto à intervenção = 56% (BRAUN et al, 2003); diferença na prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês entre o grupo exposto e o grupo não exposto à intervenção = 25 pontos percentuais. Assim, estimou-se um número mínimo de 48 sujeitos em cada grupo, aos quais foram acrescentados mais 50% para

compensar possíveis perdas e possibilitar a realização de análises multivariadas, totalizando 72 participantes em cada grupo.

4.3.1.2 Critérios de inclusão

Foram elegíveis para participar do estudo mães com até 19 anos de idade residentes no município de Porto Alegre, com recém-nascidos saudáveis em alojamento conjunto, não gemelares, com peso de nascimento igual ou maior que 2.500 g e que haviam iniciado a amamentação.

A coabitação com a sogra poderia ser um fator de confusão, razão pela qual não foram incluídas no estudo avós com essa condição.

4.3.1.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as duplas mãe-bebê que, por problemas da mãe ou do bebê, tiveram que ser separadas durante a sua permanência na maternidade.

4.3.1.4 Seleção da amostra

Diariamente, de 1º de maio de 2006 a 30 de janeiro de 2008 foram identificadas, a partir da planilha de ocorrências do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), as adolescentes que haviam tido bebês nas 24 horas anteriores e que preenchiam os critérios de inclusão do estudo.

4.3.1.5 Alocação para os grupos

Após a aquiescência da adolescente em participar do estudo e depois da entrevista inicial, esta era classificada como pertencente a um dos dois seguintes grupos iniciais: coabitando com a mãe e não coabitando com a mãe. Posteriormente, foi realizado sorteio para sua alocação em grupo controle ou intervenção, em blocos de dois, ou seja, se uma mãe era sorteada para o grupo intervenção, a próxima mãe elegível necessariamente era incluída no grupo controle. Para o sorteio, utilizaram-se duas esferas de mesma textura e dimensões com os dizeres “sim” e “não”, que eram retiradas de um invólucro de coloração escura, impedindo a distinção visual ou tátil.

Assim, as adolescentes foram distribuídas em quatro grupos distintos: (1) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à adolescente; (3) coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à ambas.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em sete momentos distintos: na maternidade e no final de cada um dos primeiros seis meses de vida dos bebês. Na maternidade, a coleta foi realizada por quatro pesquisadores (uma nutricionista, um pediatra e duas enfermeiras), dos quais três eram vinculados ao hospital onde ocorreu a pesquisa. Nos outros seis momentos de coleta, os dados foram obtidos por telefone ou no domicílio das mães por auxiliares de pesquisa (quatro nutricionistas, uma estudante de nutrição, três enfermeiras e uma estudante de enfermagem) contratados especialmente para o projeto.

A seguir, são detalhados os procedimentos de coleta de dados nos momentos citados.

4.4.1 Na maternidade

Após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, as mães e as avós eram entrevistadas em separado utilizando-se um questionário estruturado para as mães (Apêndice A) e outro para as avós (Apêndice B), elaborados especialmente para a pesquisa, para coleta de informações sociodemográficas sobre a família e experiências com amamentação de ambas e sobre o parto e acompanhamento pré-natal (somente da puérpera).

4.4.2 No domicílio

No seguimento, foram coletados, por telefone e, quando não era possível contato telefônico, por meio de visitas domiciliares, dados relativos à alimentação da criança, utilizando-se um questionário estruturado elaborado especialmente para a pesquisa (Apêndice C), contendo inquérito de frequência alimentar. Os entrevistadores eram cegos quanto ao grupo a que pertenciam mães e avós.

Para checar a qualidade das informações, foram sorteadas 5% das mães a cada mês, as quais foram submetidas, pela pesquisadora coordenadora de campo, a uma segunda entrevista, contendo algumas perguntas-chave do questionário de seguimento.

4.5 INTERVENÇÃO

O conteúdo da intervenção, tanto para as mães quanto para as avós, foi elaborado após conversas com 20 puérperas adolescentes e as avós maternas das crianças. Elas foram ouvidas quanto aos seus conhecimentos, práticas, crenças, mitos, fantasias, dificuldades e expectativas relacionadas à alimentação da criança pequena. Com isso, foram elaborados os instrumentos de coleta de dados (para as mães e para as avós) e o conteúdo mínimo da intervenção, os quais foram testados em estudo piloto com 10 mães adolescentes e avós. Após o piloto, foram feitos ajustes e adaptações, até se chegar à versão final.

As intervenções foram conduzidas por um dos seguintes profissionais: duas enfermeiras, uma nutricionista e um médico, todos com ampla experiência em aleitamento

materno, sendo três deles consultores em lactação certificados pelo *International Board Lactation Consultant Examiners (IBLCE)*.

A primeira sessão de aconselhamento foi feita na maternidade, individualmente com as mães e as avós, após a entrevista inicial, em ambiente de privacidade, livre de interrupções e com duração aproximada de trinta minutos. Utilizaram-se os princípios do aconselhamento em amamentação, que orientam o profissional a assumir postura empática para auxiliar a mulher a tomar decisões com confiança e a se sentir apoiada (OMS; UNICEF, 1997).

Procurou-se escolher o momento mais adequado para a atividade, sendo importante que mãe e bebê estivessem tranquilos e a mãe disponível para interagir com o profissional que conduzia a intervenção. No início da atividade, o profissional se apresentava esclarecendo que conversariam sobre amamentação, sem vincular a atividade à pesquisa, sempre se dirigindo à mãe e ao bebê pelo nome.

A mãe permanecia sentada confortavelmente, com as costas e os braços apoiados. O bebê era colocado em berço ao lado da mãe ou permanecia no seu colo. O profissional sentava-se em frente ou ao lado da mãe, sem barreiras físicas entre eles. Se a mãe se mostrava disposta, ela era encorajada a amamentar durante a sessão, para que a técnica pudesse ser observada e orientações fossem dadas a partir dessa observação.

Na maternidade, mãe e profissional dialogavam sobre vários aspectos da amamentação, tais como: importância e duração do aleitamento materno, frequência e duração das mamadas, fatores que interferem na produção de leite, técnica de amamentação, prevenção de traumas mamilares e ingurgitamento mamário, consequências

do uso de chupeta, da mamadeira e da introdução precoce de outros alimentos, choro e comunicação do bebê, entre outros.

Apesar de obrigatoriamente a sessão abordar alguns tópicos básicos, o diálogo era informal e também contemplava questões que não constavam no roteiro, de acordo com as peculiaridades e vivências de cada mãe/bebê.

A intervenção para as avós na maternidade seguia os mesmos princípios e conteúdo da intervenção com as mães, todavia continha conteúdos adicionais que levaram em consideração o papel exercido pelas avós.

Foram utilizados, como material de apoio, dois álbuns seriados (figura 2 e 3) um para a mãe adolescente (Apêndice D) e outro para a avó (Apêndice E), e uma cartilha ilustrada (Apêndice F), materiais especialmente confeccionados para a pesquisa, com mensagens básicas. Para a cartilha ilustrada sobre AM, foi criada, por uma artista plástica, uma mãe adolescente, batizada pelo grupo de pesquisa de “Jéssica”, com seu filho nos braços (figura 4).



Figura 2 – Álbum seriado direcionada à mãe adolescente



Figura 3 – Álbum seriado destinado à avó materna



Figura 4 - Jéssica, a adolescente criada para ilustrar a cartilha sobre AM

No final da sessão, a mãe recebia a cartilha ilustrada que, além das mensagens básicas, continha espaços para colar fotos suas, do bebê e/ou da família, tiradas e apresentadas a ela pelo profissional que aplicava a intervenção.



Figura 5 – Foto tirada para ser entregue à mãe adolescente durante intervenção domiciliar

Durante o acompanhamento, quando as crianças completavam 7, 15, 30, 60 e 120 dias, as mães e as avós recebiam sessões conjuntas de reforço de aconselhamento em amamentação nos seus domicílios, dadas pelo mesmo profissional que havia conduzido a intervenção na maternidade. Nessas sessões, discutiam-se as dificuldades na amamentação enfrentadas pelas mães e seu manejo, bem como eram abordados novamente, para reforçar, alguns aspectos básicos já discutidos anteriormente no aconselhamento na maternidade. Aos 120 dias, a sessão tratava também a alimentação complementar, com o apoio de um álbum seriado (Apêndice G) e de uma cartilha ilustrada com mensagens básicas sobre a intervenção, ambos especialmente criados para o estudo com base nas diretrizes do Guia de Alimentação Para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (BRASIL, 2005).



Figura 6 – Álbum seriado sobre alimentação complementar

- **Aleitamento materno exclusivo:** as mães receberam informações sobre a importância do AME nos primeiros seis meses de vida dos bebês e a recomendação de alimentar o bebê com leite do peito da mãe sem nenhum outro tipo de alimento, nem água, nem chás, abrindo-se exceção apenas para remédios ou gotas de vitaminas e minerais.
- **Frequência e duração das mamadas:** as mães foram orientadas a amamentar a criança em livre demanda, ou seja, toda vez que a criança demonstrasse fome, e

informadas de que a duração de cada mamada pode variar, dependendo da fome da criança e do tempo que ela leva para retirar o leite da mama.

- **Produção do leite:** a produção de leite foi abordada explicando à mãe a sua relação com a sucção do bebê, a pega correta e a frequência das mamadas.
- **Posicionamento e pega:** foram abordados aspectos da técnica de amamentação, como posições adequadas que a mãe pode adotar ao amamentar, para facilitar a exposição da mama e manter o bebê bem posicionado, e características de uma pega adequada, com a boca do bebê bem aberta abocanhando o mamilo e boa parte da aréola.
- **Trauma mamilar:** as mães receberam informações sobre a prevenção de problemas como fissuras, bolhas, marcas e/ou equimoses e ingurgitamento mamário, decorrentes de má técnica, bem como orientações sobre como realizar a ordenha manual.
- **Uso de chupeta e mamadeira:** as mães foram esclarecidas sobre os riscos da utilização de chupetas e mamadeiras, que podem ser veículos de contaminação, provocar má-formação orofacial e levar ao desmame precoce.

Além dos tópicos descritos, era discutida com as avós a importância do apoio à mãe no período de amamentação, como fazê-la acreditar que é capaz de amamentar, incentivá-

la, ajudá-la com os afazeres domésticos (cuidar da roupa, preparar as refeições, receber as visitas), ajudá-la com o bebê quando necessário (colo, fraldas, banho), de forma que a mãe possa ficar mais tranquila para amamentar e cuidar do bebê.

- **Início da alimentação complementar:** no aconselhamento, no final do quarto mês as mães e as avós, quando coabitavam, eram orientadas a introduzir os alimentos complementares a partir dos seis meses, conforme os Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2005) (Figura 7).
-

PASSO 1	Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
PASSO 2	A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
PASSO 3	A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.
PASSO 4	A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
PASSO 5	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.
PASSO 6	Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
PASSO 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
PASSO 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
PASSO 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
PASSO 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Figura 7 – Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2005).

4.6 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

4.6.1 Desfechos

- Duração do AME.
- Probabilidade de estar em AME nos primeiros seis meses de vida. Foi considerada em AME a criança que recebia somente leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, inclusive água e/ou chá, de acordo com a

definição da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009).

- Época de introdução dos alimentos complementares e outros leites.

4.6.2 Exposição à intervenção

4.6.3 Outras Variáveis

- Idade materna, em anos completos: dado informado pela mãe.
 - Cor da mãe: dado informado pela mãe e categorizado em branca e não branca.
 - Escolaridade materna, em anos completos: dado informado pela mãe e categorizado em ≥ 8 anos e < 8 anos.
 - Tabagismo materno durante a gestação: dado informado pela mãe e categorizado em sim (quando a mãe fumou durante a gestação) e não (quando a mãe não fumou durante a gestação).
 - Coabitação com companheiro: dado informado pela mãe e categorizado em sim (quando a mãe morava com companheiro) e não (quando a mãe não morava com companheiro).
 - Número de consultas pré-natais: dado informado pela mãe e categorizado em < 7 consultas ou ≥ 7 consultas.
-

-
- Orientação, individual ou em grupo, sobre AM no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
 - Ordem de nascimento do bebê: dado informado pela mãe e categorizado em primeiro filho e segundo filho ou mais.
 - Tipo de parto: dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em vaginal e cesariana.
 - Sexo do bebê: dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em masculino e feminino.
 - Peso de nascimento do bebê: dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e expresso em média aritmética \pm DP.
 - Tempo de amamentação dos filhos anteriores (média aritmética do tempo de amamentação de todos os filhos anteriores), segundo dados informados pela mãe: categorizado em <6 meses e ≥ 6 meses.
 - Idade da avó, em anos completos: dado informado pela avó e apresentado como média \pm DP.
 - Número de filhos nascidos vivos da avó: dado informado pela avó e apresentado como média \pm DP.
 - Trabalho da avó fora do domicílio: dado informado pela avó e categorizado em sim (quando ela trabalhava fora de casa) ou não.
 - Avó mora com o companheiro: dado informado pela avó e categorizado em sim (quando ela morava com companheiro) ou não.
-

- Escolaridade da avó (em anos completos): dado informado pela avó e categorizado em ≥ 8 anos e < 8 anos.
- Tempo de amamentação da filha adolescente, em meses: dado informado pela avó e apresentado como média \pm DP.

4.7 ESTUDO PILOTO

Após a aprovação do projeto de pesquisa, foi realizado um estudo piloto com dez mães adolescentes e as avós maternas dos bebês, para testar a logística do estudo e os instrumentos de coleta dos dados na maternidade, tendo sido efetuados os ajustes que se fizeram necessários.

O instrumento utilizado para coletar os dados no domicílio foi testado previamente em dez entrevistas feitas por telefone, pelas auxiliares de pesquisa.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todas as mães e avós participantes foram informadas a respeito do estudo. Após concordarem em participar, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices H, I, J e K). Foi garantido o anonimato das participantes e a utilização dos dados somente para fins de pesquisa. Esta foi classificada como de risco mínimo de acordo com a Resolução 196/96 e as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos, em que os riscos mínimos são caracterizados como sendo aqueles não maiores nem mais prováveis do que os ligados ao exame médico ou psicológico de rotina.

As adolescentes e as avós dos grupos controles receberam as orientações e o atendimento de rotina do HCPA.

Nas visitas domiciliares, quando era detectado algum problema de saúde da mãe e/ou do bebê, estas recebiam orientação para procurar atendimento no serviço de saúde utilizado pela família.

As fotos apresentadas neste trabalho foram obtidas durante a pesquisa, tendo sido dado consentimento por escrito pelas mães para sua utilização.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA, conforme consta na Resolução do Projeto nº 02-389 (ANEXO) e registrado no *ClinicalTrials.gov* sob o número NCT00910377.

4.9 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe envolvida nas várias fases da pesquisa foi composta por:

- Orientadora: responsável pela orientação e supervisão de todas as etapas da pesquisa.
 - Três alunos de pós-graduação: uma aluna de doutorado responsável pela coordenação de campo, que realizou o acompanhamento e a supervisão da coleta de dados; dois alunos de mestrado responsáveis pela realização de uma parte das sessões de intervenção.
-

- Duas pesquisadoras contratadas: responsáveis pela realização de uma parte das sessões de intervenção.
- Oito auxiliares de pesquisa contratados: responsáveis pela coleta dos dados no seguimento.
- Duas estatísticas que participaram do processo de análise dos dados.

4.10 FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

4.11 ANÁLISE DOS DADOS

Os programas epidemiológico e estatístico escolhidos pertencem ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O EPI-INFO versão 3.5.1 foi utilizado para o cálculo amostral; o Programa Microsoft Excel foi utilizado para armazenamento dos dados, tendo havido dupla digitação e realização de validação para assegurar a melhor qualidade dos dados; o SPSS versão 16.0 foi utilizado para a análise dos dados.

As análises se basearam no princípio da “intenção de tratar”. Inicialmente, foram comparadas as características dos sujeitos dos grupos controle e intervenção utilizando-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates. O impacto da intervenção foi medido

comparando-se as medianas do AME e da época de introdução de outros leites e as curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier do AME, da época de introdução de outros leites e dos alimentos complementares para os diferentes grupos. Para testar as diferenças entre as curvas foi realizado o teste de log-rank. Para quantificar o impacto da intervenção no abandono do AME nos primeiros seis meses usou-se a regressão de Cox, por meio da densidade de incidência (*hazard-ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Como a coabitação com a avó materna não teve impacto significativo na época de introdução dos alimentos complementares e de outros leites, para fins de análise desses aspectos as mães adolescentes foram agrupadas apenas de acordo com a exposição ou não à intervenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As recomendações de aleitamento materno até os dois anos ou mais e da exclusividade dessa prática até os seis meses de vida têm sido incorporadas nas políticas públicas de saúde do Brasil há mais de uma década. No entanto, as taxas de amamentação em nosso país ainda são muito baixas, o que acarreta no aumento de doenças, internações e consultas médicas que poderiam ser evitadas se as crianças fossem amamentadas com mais frequência.

Um fator importante a destacar sobre as baixas frequências de AM, especialmente o exclusivo, é a maternidade na adolescência. Nesse contexto, essas práticas, com elevada incidência, estão relacionadas a uma situação peculiar, que é a presença das avós, especialmente a materna, que influenciam as práticas alimentares dos bebês/netos. Daí resultou a motivação para a realização deste estudo, que veio complementar achados de uma linha de pesquisas iniciadas em Porto Alegre que trouxeram a suspeita de que as avós pudessem influenciar negativamente na duração da amamentação.

Com a realização do estudo concluímos que a intervenção utilizada poderia ser viabilizada na prática diária no Brasil, uma vez que quase a totalidade dos partos no País são hospitalares e visitas domiciliares fazem parte da rotina dos agentes comunitários de saúde e da Estratégia de Saúde da Família, por intermédio das quais equipes multiprofissionais acompanham as famílias de uma determinada área geográfica, atuando com ações de promoção e manutenção da saúde na comunidade. Existem também algumas organizações não governamentais, como a Pastoral da Criança, presente no Brasil e em

diversos outros países do mundo, cuja atuação se dá por voluntários da própria comunidade que acompanham as famílias e comunidades assistidas, com o objetivo de estimular a busca de uma melhor qualidade de vida, incluindo a promoção do aleitamento materno.

Em um país com uma grande extensão territorial como o Brasil, milhares de crianças poderiam ser beneficiadas, caso a estratégia, após ter a sua eficiência testada, fosse incorporada nos programas de promoção da saúde infantil.

Sendo assim, o próximo passo seria a realização de estudos de efetividade que testem esta estratégia em populações distintas e em condições factíveis.

6 REFERÊNCIAS

1. Albernaz EP, Menezes AMB, César JA, Victora CG, Barros FC, Halpern R. Fatores de risco associados a hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neoatal. *Rev Saude Publica*. 2003; 37:485-93.
 2. Alm B, Wennergren G, Norvenius SG, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breastfeeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch Dis Child*. 2002; 86:400-2.
 3. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
 4. Almroth S, Mohale M, Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. *Acta Paediatr*. 2000; 89: 1408-13.
 5. Anderson JW, Johnstone BM, Remley. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70:525-35.
 6. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos, culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2002; 20:8-18.
 7. Aubel J, Touré I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Soc Sci Med*. 2004; 59: 954-9.
-

8. Balaban G, Silva GAP, Dias MLCM, Dias MCM, Fortaleza GTM, Morotó FMM, et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2004; 4:263-8.
 9. Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157:237-43.
 10. Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. *Soc Sci Med.* 1999; 49:1085-100.
 11. Betrán AP, Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ.* 2001; 160:217-23.
 12. Bhandari N, Kabir AKMI, Salam MA. Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2008; 4:5-23.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas vitais. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 19 maio 2010.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
-

-
17. Brasil. OPS. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
 18. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Publ Health*. 2003; 93:1277-9.
 19. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3.
 20. Brownell K, Hutton L, Hartman J, Dabrow Sharon. Barriers to breastfeeding among African American adolescent mothers. *Clin Pediatr*. 2002; 41:669-73.
 21. Brown KH, Black RE, Lopez R, Creed K. Infant-feeding practices and their relationship with diarrhea and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*. 1989;83:31-40.
 22. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saude Publica*. 2003; 19:1453:60.
 23. Carmichael SL, Prince CB, Burr R, Nakamoto F, Vogt RL. Breast-feeding practices among WIC participants in Hawaii. *J Am Diet Assoc*. 2001; 101:57-62.
 24. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J*. 1999; 318:1316-20.
-

-
25. Chantry CJ, Howars CR, Euinger P. Full breastfeeding and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics*. 2006; 117:425-32.
 26. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83:241-6.
 27. Chen A, Rogan J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*. 2007; 113:435-9.
 28. Chen LH, Liu CK, Merrett C, Chuo YH, Wan KS. Initiation of breastfeeding lessons from Taiwan. *Pediatr Nurs*. 2008; 8: 34-6.
 29. Creek TL, Kim A, Lu L, Bowen A, Masunge J, Arvelo W et al. Hospitalization and mortality among primarily nonbreastfed children during a large outbreak of diarrhea and malnutrition in Botswana, 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 53:14-9.
 30. Damião JJ. Influência da escolaridade e trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11:442-52.
 31. Der G, Batty GD, Deary IJ. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospectivestudy, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38978.699583.55 (published 4 October 2006)
 32. Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs - an exploratory study. *J Hum Lact*. 2003; 19: 391-401.
 33. Dornelles CTL, Piva JP, Maróstica PJC. Nutritional status, breastfeeding, and evolution of infants with acute viral bronchiolitis. *J Health Popul Nutr*. 2007; 25: 336-43.
-

-
34. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (LSCDQ 1998-2002). *Can J Public Health*. 2003a; 94:300-5.
 35. Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2009; 5: 199-210.
 36. Dundaroz R, Ulucan H, Aydin HI, Gungor T, Baltaci V, Denli M, et al. Analysis of DNA damage using the comet assay in infants fed cow's milk. *Biol Neonate*. 2003; 84:135-41.
 37. Duong DV, Lee AH, Binns CW. Determinants of breast-feeding within the first 6 months post-partum in rural Vietnam. *J Paediatr Child Health*. 2005; 41; 338-43.
 38. Feldman-Winter L, Shaikh U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. *J Hum Lact*. 2007; 23:362-7.
 39. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED; 2006. p. 157.
 40. Ford RPK, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright AS, Stewart SA, Becroft DMO, et al. Breastfeeding and risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol*. 1993; 22:885-90.
 41. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008; 42: 607-14.
-

-
42. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, editores. 3 ed. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.219-31.
 43. Giugliani ER, Espirito Santo LC, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev.* 2008; 84: 305-10.
 44. Giugliani ER, Issler RM, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatr.* 1992;81:484-7.
 45. Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth.* 2008; 35: 329-35.
 46. Hannon PR, Willis SK, Bishop-Townsend V, Martinez IM, Scrimshaw SC. African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *Adolesc Health.* 2000; 26:399-407.
 47. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long term effects of breastfeeding. systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
 48. Kerr RB, Berti PR, Chirwa M. Breastfeeding and mixed feeding practices in Malawi: timing, reasons, decision makers, and child health consequences. *Food Nutr Bull.* 2007; 28:90-9.
 49. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr.* 2008; 99:1127-32.
-

-
50. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.* 2004; 554: 63-77.
 51. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285:413-20.
 52. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster randomized communit based trial. *Acta Paediatr.* 2007; 96:1064-70.
 53. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Tygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr.* 2003; 92:152-61.
 54. Leal AC, Wall ML. Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. *Cogitare Enferm.* 2005; 10:44-52.
 55. Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolívia. *BMC Pediatr.* 2003; 22: 3-5.
 56. Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. *Rev Chil Pediatr.* 2006; 77: 529-30.
 57. Medeiros JS, Rivera MAA, Benigna MJC, Cardoso MAA, Costa MJC. Estudo caso-controlado sobre exposição precoce ao leite de vaca e ocorrência de diabetes mellitus tipo 1 em Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2003;3:271-80.
-

-
58. Meglio GD, McDermott MP, Klein JD. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeed Med.* 2010;5:41-7.
 59. Mngadi PT, Zwane IT, Ahlberg BM, Ransjö-Arvidson AB. Family and community support to adolescent mothers in Swaziland. *J Adv Nurs.* 2003; 43: 137-44.
 60. Moran VH, Dykes F, Burt S, Shuck C. Breastfeeding support for adolescent mothers: similarities and differences in the approach of midwives and qualified breastfeeding supporters. *Int Breastfeed J.* 2006; 1:23 doi: 10.1186/1746-4358-1-23.
 61. Nawankwo BO, Brieger WR. Exclusive breastfeeding is undermined by use of other liquids in rural southwestern Nigeria. *J Trop Pediatr.* 2002; 48: 109-12.
 62. Nelson A, Sethi S. The breastfeeding experiences of canadian teenage mothers. *JOGNN.* 2005; 34: 615-42.
 63. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Leal MC. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, município do Rio de Janeiro, 2007. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12: 446-57.
 64. Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF. Les standards de croissance de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Arch Pediatr.* 2009; 16: 47-53.
 65. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento. São Paulo: OMS/UNICEF; 1997.
 66. Organización Mundial de La Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante e del niño pequeno: 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.

67. Parizoto JM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85:201-8.
 68. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990; 86:874-82.
 69. Quigley MA, Kelly JI, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom millennium cohort study. *Pediatrics*. 2007; 119: 837-42.
 70. Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003; 361: 893-900.
 71. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet*. 1991; 337:929-33.
 72. Sadauskaité-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev*. 2004; 20: 150-7.
 73. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for de first 6 months. *Birth*. 2007; 34:212-9.
 74. Santo LC. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida na
-

- duração da amamentação. [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
75. Sepka GC, Gasparelo L, Silva ABF, Mascarenhas TT. Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando essa prática. *Cogitare Enferm.* 2007; 12:313-22.
76. Sikorski J, Renfrew M J, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.
77. Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8:135-45.
78. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saude Publica.* 2009; 43:60-9.
79. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: BENFAM; 1997. p.125-38.
80. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saude Publica.* 2005; 39:141-7.
81. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. Factors associated with weaning practices in term infants: a prospective observational study in Ireland. *Br J Nutr.* 2010; doi: 10.107/S0007114510002412.
-

-
82. Tiewsoh K, Lodha R, Pandey RM, Broor S, Kalaivani M, Kabra SK. Factors determining the outcome of children hospitalized with severe pneumonia. *BMC Pediatrics*. 2009; 9:15. doi:10.1186/1471-2431-9-15
83. van Odjik J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Deber GU, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003; 58: 833-43.
84. Venâncio SI, Escuder MML, Kitiko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002; 36:313-8.
85. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1:40-9.
86. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9:40-6.
87. Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhea in Brazil. *BullWorld Health Organ*. 1992; 70:309-20.
88. Victora CG, Kirkwood BR, Asworth A, Black RE, Rogers S, Sazawal S, et al. Potential interventions for the prevention of pneumonia in developing countries: improving nutrition. *Am J Clin Nutr*. 1999;70:309-20.
-

-
89. Victora CG, Smith PH, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987; 2:319-22.
 90. Victora CG, Smith PH, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Infant feeding and death due to diarrhea: a case-control study. *Am J Epidemiol*. 1989; 129:1032-41.
 91. Wambach KA, Cohen SM. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *J Pediatr Nurs*. 2009; 24:244-54.
 92. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Mothers racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescents. *Pediatrics*. 1998; 101:E11.
 93. World Health Organization. Young people's health: a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and "Health for All by the Year 2000". Geneva: World Health Organization; 1986.
-

7 ARTIGOS

7.1 ARTIGO 1

Aumento expressivo da duração do aleitamento materno exclusivo: um ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós

Resumo

Objetivo: Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação para mães adolescentes e avós maternas na duração do aleitamento materno exclusivo (AME).

Métodos: Ensaio clínico randomizado em que 323 mães adolescentes, seus recém-nascidos e mães foram alocadas em quatro grupos: (1) adolescente não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) adolescente não coabitando com a mãe, com intervenção; (3) adolescente coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) adolescente coabitando com a mãe, com intervenção direcionada a ambas. A intervenção consistiu de cinco sessões de aconselhamento em amamentação - na maternidade, aos 7, 15, 30 e 60 dias - e de uma sessão abordando também alimentação complementar, aos 120 dias. As informações sobre as práticas alimentares das crianças nos primeiros seis meses de idade foram coletadas mensalmente por telefone. O impacto da intervenção foi avaliado por meio da regressão de Cox e comparação das medianas e as curvas de sobrevida do aleitamento materno exclusivo dos diferentes grupos.

Resultados: A intervenção teve impacto significativo tanto para o grupo em que apenas a mãe recebeu a intervenção (RDI=0,52; IC95%=0,36-0,76), quanto para o grupo em que as avós foram incluídas (RDI=0,64; IC95%=0,46-0,90). Em comparação com os controles respectivos, houve aumento de 67 dias na duração do AME no grupo de adolescentes que não coabitava com as mães (103 dias *versus* 36 dias) e de 46 dias quando havia coabitação (89 dias *versus* 43 dias).

Conclusões: Múltiplas sessões de aconselhamento em amamentação nos primeiros quatro meses de vida das crianças dirigidas a mães adolescentes e avós maternas, quando estas coabitavam, se mostraram uma estratégia eficaz para aumentar a duração do AME.

Descritores: Ensaio clínico; aleitamento materno; saúde do adolescente; relações familiares

Keywords: Clinical trial; breast feeding; adolescent health; family relations

INTRODUÇÃO

A contribuição do aleitamento materno exclusivo (AME) na diminuição da morbimortalidade infantil já está bem documentada. A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, protege contra infecções gastrointestinais^{2,3,4}, infecções respiratórias^{5,6}, alergias⁷ e doenças crônicas não transmissíveis⁸. Apesar desses benefícios, as taxas de AME ainda são muito baixas. No Brasil, embora tenha aumentado nas últimas décadas, a prevalência de AME em menores de seis meses é de 41%, com uma duração mediana de 54 dias⁹.

Pesquisas em diferentes países têm identificado vários fatores associados ao abandono precoce do AME^{10,11}, entre os quais a pouca idade materna¹²⁻¹⁷. No Brasil, constatou-se que mães adolescentes correm um risco 1,5 vezes maior de abandonar o AME antes dos seis meses de idade do bebê, quando comparadas com mulheres adultas¹⁷. Baixa condição socioeconômica¹⁸⁻²², dificuldades com a amamentação, como dor²³, trauma mamilar e mastite^{18,19}, presença de companheiro¹⁹ e influência negativa de familiares^{18,19,22,24} são alguns dos fatores associados ao abandono precoce do AME em mães de pouca idade.

Entre as pessoas que exercem influência sobre a mãe adolescente está a sua mãe (a avó materna da criança), a qual frequentemente participa de forma ativa nas decisões relacionadas à alimentação do neto. Sua experiência e opinião pessoal sobre aleitamento materno (AM) podem favorecer ou dificultar essa prática²⁵. No Brasil, há pelo menos três estudos indicando que a duração do AME pode ser menor por influência da avó da criança, sobretudo da avó materna²⁶⁻²⁸.

A constatação de que as mães adolescentes são mais vulneráveis a interromper o AME antes dos seis meses e de que as avós podem exercer influência negativa sobre essa prática reforça a importância de estratégias de promoção, proteção e apoio ao AME direcionadas a esse segmento da população.

Assim, o presente estudo foi conduzido com o objetivo de avaliar a eficácia de múltiplos aconselhamentos em aleitamento materno com mães adolescentes e avós maternas na prevenção do abandono precoce do AME.

MÉTODO

Foi realizado um ensaio clínico randomizado envolvendo mães adolescentes, seus bebês e mães (avós maternas), quando residiam na mesma casa, atendidos na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este é um hospital geral universitário credenciado como “Hospital Amigo da Criança” que realiza entre 3.000 e 4.000 partos por ano. A população assistida pelo hospital é, na sua maioria, de baixo nível socioeconômico, usuária do sistema público de saúde.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram adotados os seguintes parâmetros: $\alpha = 5\%$; $\beta = 20\%$; proporção expostos/não expostos = 1:1; prevalência de AME no primeiro mês no grupo não exposto à intervenção = 56%²⁹; diferença na prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês entre o grupo exposto e o grupo não exposto à intervenção = 25 pontos percentuais. Assim, estimou-se um número mínimo de 48 sujeitos em cada grupo, aos quais foram acrescentados mais 50% para compensar possíveis perdas e

possibilitar a realização de análises multivariadas, totalizando 72 participantes em cada grupo.

Foi realizado, inicialmente, um estudo piloto com 20 mães para testar os instrumentos de coleta de dados. Para que a intervenção atendesse aos interesses das mães e das avós, antes do início do estudo foram realizados encontros com mães adolescentes e avós maternas, os quais serviram para orientar o conteúdo e a abordagem da intervenção.

As mães adolescentes foram recrutadas no período de maio de 2006 a janeiro de 2008. Diariamente, incluindo os finais de semana, na unidade de internação obstétrica eram identificadas as mães adolescentes (menos que 20 anos), residentes ou não com suas mães, 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, bem como as adolescentes que moravam com as avós paternas dos bebês.

Uma vez identificadas, as mães eram classificadas em dois grupos: as que coabitavam e as que não coabitavam com suas mães (avós maternas da criança). A seguir, por sorteio, elas eram alocadas nos grupos controle (que não recebiam a intervenção) ou nos grupos intervenção. Nestes, quando mãe e avó coabitavam, ambas eram submetidas à intervenção; quando não coabitavam, somente a mãe recebia a intervenção. A inclusão deste último grupo objetivava avaliar o quanto do impacto da intervenção poderia ser atribuído apenas à adolescente. As mães do grupo controle receberam atendimento padrão do hospital.

A coleta de dados foi realizada em momentos distintos. Na maternidade, as mães adolescentes e as avós maternas, após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, eram entrevistadas separadamente, para obtenção de dados sociodemográficos e aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação. Foram utilizados questionários distintos para as mães e para as avós. 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. Os entrevistadores eram cegos quanto ao grupo ao qual pertenciam as mães. Para checar a qualidade das informações, foram sorteadas 5% das mães a cada mês, as quais foram submetidas, pela pesquisadora coordenadora de campo, a uma segunda entrevista contendo algumas perguntas-chave do questionário de seguimento.

As sessões de intervenção ocorreram na maternidade e no domicílio das mães. No hospital, próximo ao momento da alta hospitalar, ocorreram sessões de aconselhamento em amamentação segundo os princípios da OMS³⁰, conduzidas por um membro da equipe formada por duas enfermeiras, uma nutricionista e um pediatra, todos com ampla experiência em aleitamento materno, três dos quais consultores em lactação pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)*. Essas intervenções eram individuais e realizadas separadamente para a mãe e para a avó. Nos domicílios, o aconselhamento era simultâneo.

Nas sessões de aconselhamento, o profissional, a mãe e as avós dialogavam informalmente sobre vários aspectos relacionados à amamentação - a importância e a duração do aleitamento materno; fatores que interferem na produção de leite; a técnica de

amamentação; consequências do uso de chupeta; choro e comunicação do bebê -, bem como eram esclarecidas dúvidas específicas de cada mãe e avó. As mães eram encorajadas a amamentar durante a intervenção, sempre que possível, aproveitando-se a oportunidade para observar a mamada e orientar quanto ao posicionamento e pega.

Como material de apoio, foram utilizados álbuns seriados especialmente elaborados para a pesquisa (um preparado para a mãe adolescente e outro para a avó) contendo informações sobre amamentação, prevenção e manejo dos problemas mais comuns. Uma cartilha com conteúdo semelhante ao do álbum seriado era distribuída ao final do aconselhamento da maternidade. Nela, havia espaço para adicionar fotos do bebê, que eram obtidas pelos profissionais durante as visitas domiciliares.

Nos domicílios, as mães e as avós, quando coabitavam, recebiam sessões conjuntas de aconselhamento de reforço quando as crianças completavam 7, 15, 30, 60 e 120 dias de vida. Nessas sessões, discutiam-se as dificuldades enfrentadas pelas mães e seu manejo, bem como se reforçavam as mensagens repassadas no aconselhamento na maternidade. Aos 120 dias, a intervenção abordava também a alimentação complementar, de acordo com as diretrizes do Guia de Alimentação Para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos³¹.

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.

O banco de dados foi elaborado, com dupla digitação, no programa Excel 2003; depois de concluído, empregou-se técnica de validação para minimizar possíveis erros de digitação. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS, versão 16.0.

As análises se basearam no princípio da “intenção de tratar”. Inicialmente, foram comparadas as características dos sujeitos dos grupos controle e intervenção utilizando-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates. Foram calculadas as medianas da duração do AME e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, em dias e construídas curvas de sobrevida de Kaplan-Meier do AME nos primeiros seis meses para os diferentes grupos. Para testar a diferença entre as curvas foi utilizado o teste de log-rank. Para quantificar o impacto da intervenção no abandono do AME nos primeiros seis meses usou-se a regressão de Cox, por meio da densidade de incidência (*hazard-ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

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, e registrada no *ClinicalTrials.gov* sob o número NCT00910377.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma de participação dos indivíduos envolvidos no ensaio clínico desde o recrutamento até a última avaliação do desfecho, quando a criança completava seis meses de vida. Das 342 mães adolescentes elegíveis para o estudo, 19 (5,5%) não foram incluídas por recusa em participar. Após a randomização, houve 66 perdas ao longo do estudo (intervenção: n=31/163 – 19,0%; controles: 35/160 - 21,9%).

A Tabela 1 mostra que houve equilíbrio na distribuição das características de base entre os componentes dos grupos controle e intervenção.

O cálculo das medianas indicou um aumento na duração do AME nos dois grupos de intervenção em relação aos grupos sem intervenção. O aumento foi de 67 dias no grupo em que somente as adolescentes receberam a intervenção (103 dias; IC95%= 82,4-123,5 com intervenção *versus* 36 dias; IC95%= 21,5-50,5 sem intervenção) e de 46 dias no grupo em que as avós também foram incluídas na intervenção (89 dias; IC95%= 56,8-121,2 com intervenção *versus* 43 dias; IC95%= 29,9-56,1 sem intervenção). Considerando apenas os grupos controle e intervenção, sem levar em consideração a coabitação com a avó materna, as medianas foram, respectivamente, 41 dias (IC95%= 30,5-51,5) e 99 dias (IC95%= 83,4-114,6).

A Figura 2 apresenta as curvas de sobrevida do AME nos primeiros seis meses de vida das crianças dos grupos controle e intervenção, com e sem a inclusão da avó materna na intervenção. Em ambas as situações, as probabilidades de estar em AME mostraram-se significativamente maiores nos grupos que receberam a intervenção. A regressão de Cox estimou que a intervenção, quando aplicada apenas às mães adolescentes, reduziu em 48% o abandono do AME nos primeiros seis meses (razão de densidade de incidência RDI=0,52; IC95%=0,36-0,76) e, quando incluía as avós maternas, em 36% (RDI=0,64; IC95%=0,46-0,90).

A influência da presença das avós nas prevalências de AME nos primeiros seis meses pode ser observada por meio das curvas de sobrevida apresentadas na Figura 3. Embora as frequências de AME em vários pontos da curva tenham sido maiores quando a avó não coabitava com a mãe no grupo que recebeu a intervenção, não houve diferença estatística dessas frequências, independentemente do fato de a avó residir ou não no mesmo domicílio.

DISCUSSÃO

É inegável a tendência crescente das taxas de AME no Brasil. Em 1986, apenas 3,6% das crianças entre 0-4 meses eram amamentadas de forma exclusiva⁴⁰; em 2008, esse índice subiu para 51,2%⁹. No entanto, a duração mediana dessa prática no Brasil ainda é muito baixa, não atingindo dois meses. O último inquérito nacional (2008) mostrou claramente que, nos locais onde as prevalências de AME eram mais altas há 10 anos, os avanços foram mais discretos, havendo inclusive alguns retrocessos⁹. Esse cenário evidencia que, para atingir patamares mais elevados de AME, é necessário investir em novas estratégias de incentivo à amamentação, sobretudo nos grupos mais propensos a abandonar essa prática. O último inquérito nacional confirmou que as mães adolescentes constituem grupo de risco para abandono precoce do AME. A prevalência de AME em menores de seis meses é de 44,4% para os filhos de mães entre 20 e 35 anos e de 35,8% para os filhos de mães adolescentes⁹.

O presente ensaio clínico randomizado mostrou ser possível, com aconselhamento sistemático dirigido às mães adolescentes, iniciado na maternidade e mantido nos primeiros quatro meses, aumentar em mais de dois meses a duração do AME e reduzir em 48% o abandono dessa prática antes dos seis meses entre mães adolescentes. Esse resultado é bastante significativo, pois, com o aumento da duração do AME de 36 dias para 103 dias, a proteção da criança contra doenças e mortes aumenta substancialmente, como mostram alguns estudos. Um deles, realizado no Reino Unido, estimou que cada mês de AME pode evitar 53% das internações por diarreia e 27% das internações por doença do trato

respiratório⁴¹. No Brasil, foi demonstrado que a chance de internação hospitalar por pneumonia nos primeiros três meses foi 61 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas a crianças em AME⁵. Ressalta-se, ainda, que o aumento da duração mediana do AME atribuído à intervenção foi duas vezes maior que o aumento observado na última década no Brasil (67 dias *versus* 30 dias)⁹.

São escassos os estudos que testaram estratégias de promoção do AME direcionadas a mães adolescentes. No Canadá, telefonemas de incentivo ao aleitamento materno feito por mães adolescentes com vivência em aleitamento materno se mostraram eficazes no aumento da duração do AME nessa população³⁴, o que fortalece a conclusão de que mães adolescentes são suscetíveis a mudanças relacionadas a práticas mais saudáveis de alimentação de seus filhos.

A decisão de incluir na intervenção as avós maternas que coabitavam com as mães adolescentes se deu em razão dos achados de pesquisas prévias do grupo dos autores deste trabalho^{27,28}, que indicam que as avós, sobretudo as maternas, podem influenciar negativamente na duração do AME. Os resultados deste estudo, no entanto, não confirmaram essa suspeita, uma vez que não houve diferenças nas prevalências de AME entre as mães que coabitavam e as que não coabitavam com suas mães, tanto para os grupos controle como para os grupos intervenção. Diferenças metodológicas podem explicar essa aparente discordância. Os estudos anteriores se restringiam à avaliação do abandono do AME no primeiro mês de vida, e as amostras eram constituídas por mulheres de todas as idades. No entanto, é importante mencionar que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, o impacto da intervenção quando a mãe coabitava com a avó foi inferior ao mostrado pelo grupo que não coabitava com a avó (RDI 0,52 *versus* 0,76).

Curiosamente, no grupo que sofreu intervenção, as prevalências de AME em vários pontos da curva foram superiores quando a avó não estava presente, sugerindo uma modesta influência negativa das avós nas taxas de AME entre mães adolescentes. É possível que a mãe adolescente, quando não mora com sua mãe, tenha mais autonomia e siga mais facilmente as orientações, nesse caso, do profissional de saúde, sobre a alimentação do bebê. Por outro lado, é inegável que a avó tem participação importante nos cuidados com o bebê e no desenvolvimento do papel de mãe na adolescente³⁶. O impacto da intervenção em mães adolescentes coabitando com suas mães, sem a participação destas, não pôde ser avaliado, haja vista não ter sido constituído um grupo em que apenas as mães adolescentes, mesmo coabitando com suas mães, recebessem a intervenção. Na população estudada, o espaço físico das casas era limitado, dificultando a intervenção individual. Além disso, excluir as avós seria uma atitude artificial e descortês.

Este estudo tem o mérito de, possivelmente, ser o primeiro a avaliar o impacto de ações educativas na duração do AME, por meio de um ensaio clínico randomizado, em uma população considerada de risco para o abandono precoce dessa prática, qual seja a de mães adolescentes coabitando com as avós maternas das crianças. No entanto, é necessário cautela na generalização dos resultados, por tratar-se de um estudo de eficácia e por ter sido realizado em uma única população. É prudente a confirmação desses achados em populações distintas e em condições mais próximas da realidade de cada local (estudos de efetividade). No Brasil, por exemplo, essa estratégia pode ser testada nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Nessa estratégia, que tem uma cobertura de 51% da população brasileira, equipes multiprofissionais acompanham as famílias de uma determinada área

geográfica, atuando com ações de promoção e manutenção da saúde na comunidade, inclusive nos domicílios.

No Brasil, em 2007, nasceram 2.891.328 crianças, das quais 21,1% (610.372) foram filhas de mães adolescentes⁴². Extrapolando os dados encontrados na presente pesquisa, em que 50% das mães adolescentes abandonaram o AME antes de 41 dias de vida da criança, pode-se inferir que a intervenção testada neste estudo, caso tenha a sua efetividade confirmada, tem o potencial de postergar o abandono do AME para além do terceiro mês em milhares de crianças por ano, resultando em muitas vidas salvas, em muitas internações evitadas e em incalculáveis ganhos na qualidade de vida e de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of breastfeeding. Fifty-Fourth World Health Assembly; 2001.
 2. Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern Child Nutr* 2009; 5: 199-210.
 3. Bhandari N, Bahl R, Mazundar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrheal illness and growth: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361:1418-23.
 4. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.* 2004; 554: 63-77.
 5. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J.* 1999; 318:1316-20.
 6. Chantry CJ, Howars CR, Euinger P. Full breastfeeding and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics.* 2006; 117:425-32.
 7. van Odjik J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Deber GU, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. *Allergy.* 2003; 58: 833-43.
-

-
8. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
 9. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86: 317-24.
 10. Duong DV, Lee AH, Binns CW. Determinants of breast-feeding within the first 6 months post-partum in rural Vietnam. *J Paediatr Child Health*. 2005; 41; 338-43.
 11. Parizoto JM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr*. 2009; 85:201-8.
 12. Venâncio SI, Escuder MML, Kitiko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002; 36:313-8.
 13. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Tygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr*. 2003; 92:152-61.
 14. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (LSCDQ 1998-2002). *Can J Public Health*. 2003; 94:300-5.
 15. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Risks associated with the weaning process in children born in a university hospital: a
-

-
- prospective cohort in the first year of life, São Paulo, 1998-1999. *Cad Saude Publica*. 2003; 9:1453-60.
16. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9:40-6.
17. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007; 34:212-9.
18. Sepka GC, Gasparelo L, Silva ABF, Mascarenhas TT. Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando essa prática. *Cogitare Enferm*. 2007; 12:313-22.
19. Frota DAL, Marcopito LF. Breastfeeding among teenage and adult mothers in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004;38:85-92.
20. Park YK, Meier, ER, Song W. Characteristics of teenage mothers and predictors of breastfeeding initiation in the Michigan WIC program in 1995. *J Hum Lact*. 2003;19:50-6.
21. Misra R, James DCS. Breastfeeding practices among adolescent and adult mothers in the Missouri WIC population. *J Am Diet Assoc*. 2000; 9:1071-3.
22. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Mothers racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent. *Pediatrics*. 1998; 101:E11.
23. Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs – an exploratory study. *J Hum Lact*. 2003; 19:391-401.
-

-
24. Ineichen B, Pierce M, Lawrenson R. Teenage mothers as breastfeeders: attitudes and behaviour. *J Adolesc.* 1997; 20:505-9.
 25. Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breastfeeding in low-income women. *Am J Dis Child.* 1990; 144: 471-4.
 26. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2002, 20:8-18.
 27. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica.* 2005, 39:141-7.
 28. Giugliani ERJ, Santo LCE, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev.* 2008, 84:305-10.
 29. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM.. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. *Am J Publ Health.* 2003;93:11-3.
 30. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 32. Carmichael SL, Prince CB, Burr R, Nakamoto F, Vogt RL. Breast-feeding practices among WIC participants in Hawaii. *J Am Diet Assoc.* 2001; 101:57-62.
-

-
33. Spear HJ. Breastfeeding behaviors and experiences of adolescent mothers. *Am J Matern Child Nurs.* 2006, 31:106-13.
 34. Meglio GD, McDermott MP, Klein JD. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeed Med.* 2010;5:41-7.
 35. Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. *Pediatrics.* 2001,107:1-8.
 36. Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estud Psicol.* 2003, 8: 135-45.
 37. Aubel J, Touré I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Soc Sci Med.* 2004, 59: 954-9.
 38. Portal da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em: 18 fev 2010.
 39. Pastoral da Criança. Como fazemos. Visitas domiciliares. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br acesso em: 18 fev 2010.
 40. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. *Cadernos de Políticas Sociais*, UNICEF, Série Documentos para Discussão, 1. Brasília: UNICEF; 1997.
 41. Quigley MA, Kelly JI, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom millennium cohort study. *Pediatrics.* 2007; 119: 837-42.
-

42. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas vitais. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 19 maio

2010.

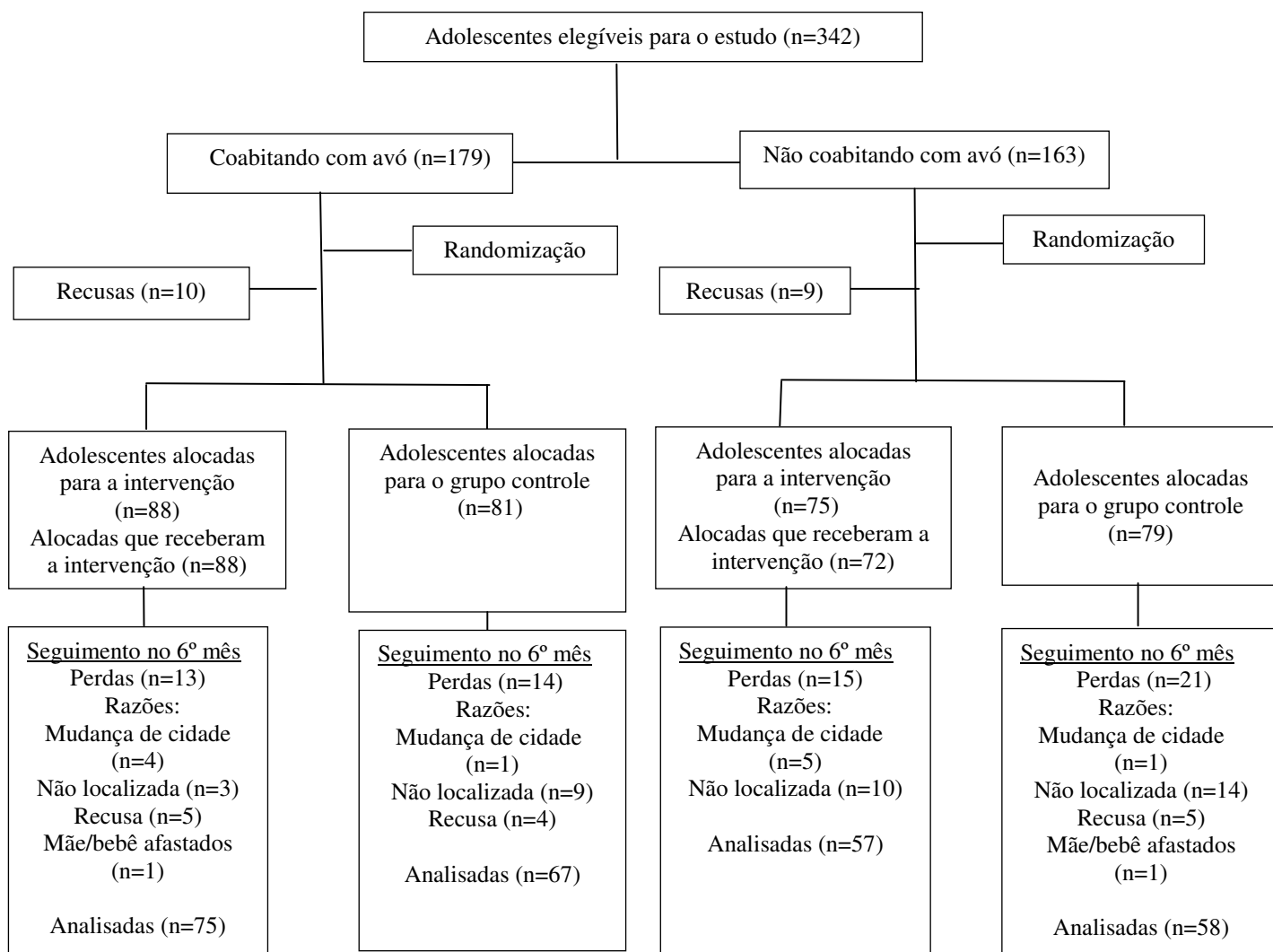


Figura 1 – Fluxograma dos participantes do ensaio clínico desde o recrutamento até a avaliação aos seis meses de idade da criança

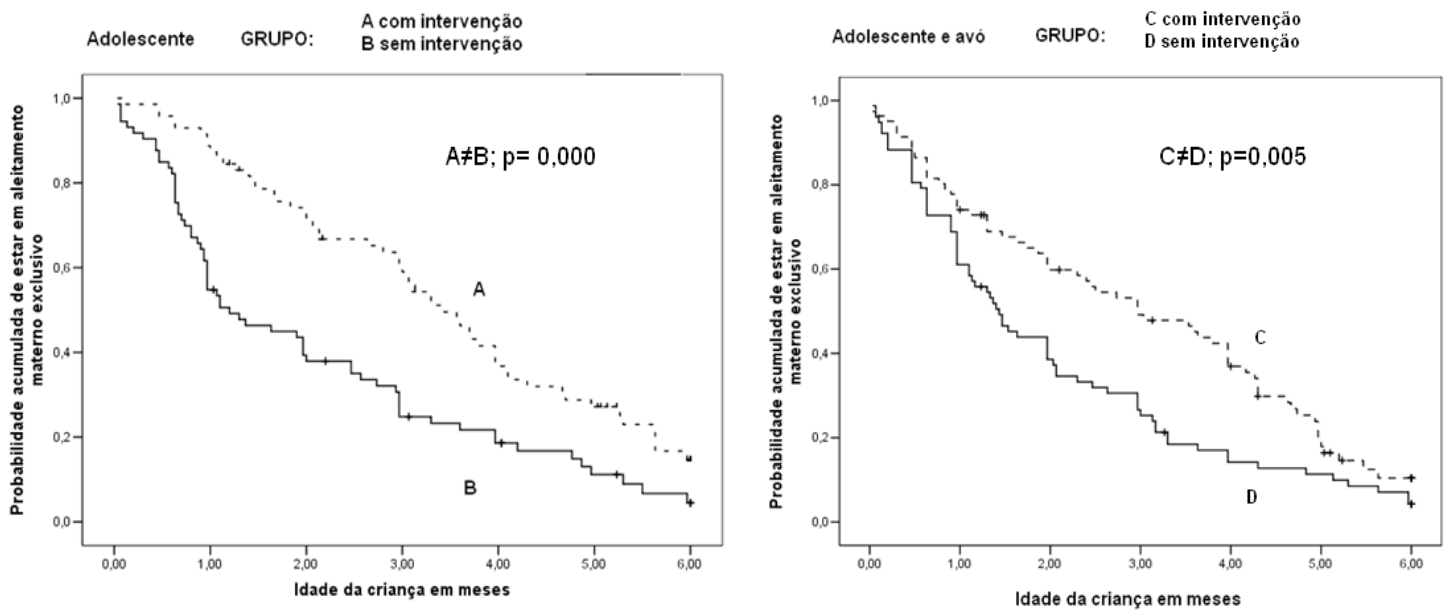


Figura 2 - Curva de Kaplan-Meier do AME nos primeiros seis meses de vida nos grupos de mães adolescentes sem a presença da avó materna, intervenção (A) e controle (B) e nos grupos com a presença da avó materna, intervenção (C) e controle (D)

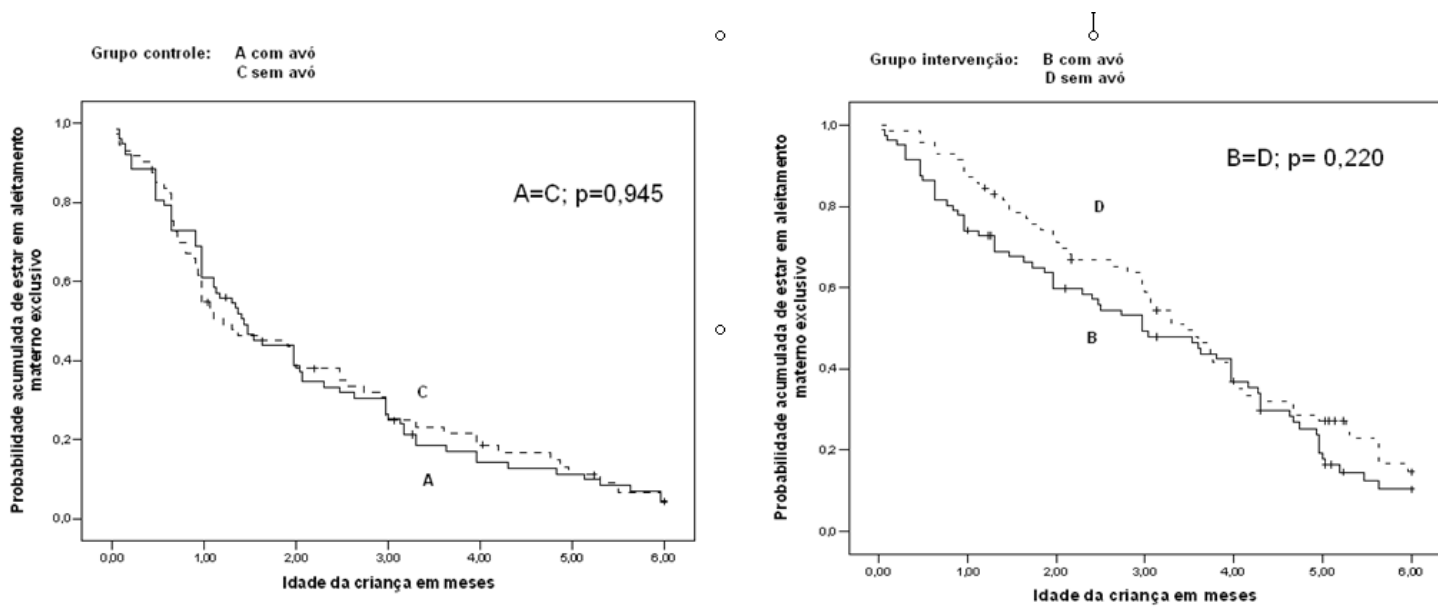


Figura 3 – Curva de Kaplan-Meier do AME nos primeiros seis meses de vida nos grupos controle (A e C) e intervenção (B e D), segundo a coabitação com a avó materna

Tabela 1 – Características das mães adolescentes, seus bebês e avós maternas por exposição à intervenção*

Características das adolescentes e bebês	Intervenção (n=163)	Controle (n=160)
Idade materna: média ± DP (anos)	17,4 (1,5)	17,5 (1,4)
Cor da pele materna: branca: n (%)	104 (63,8)	99 (61,9)
Escolaridade materna ≥ 8 anos: n (%)	44 (27,0)	37 (23,1)
Tabagismo materno na gestação: n (%)	48 (29,4)	56 (35,0)
Mãe mora com companheiro: n (%)	102 (62,6)	100 (62,5)
≥7 consultas pré-natais: n (%)	106 (65,0)	97 (60,6)
Primiparidade: n (%)	141 (86,5)	135 (84,4)
Parto vaginal: n (%)	120 (73,6)	121 (75,6)
Sexo do bebê: masculino: n (%)	76 (46,6)	88 (55,0)
Peso de nascimento do bebê: média ± DP (g)	3280,5 (406,9)	3205,9 (398,0)
Relato de orientações sobre aleitamento materno nas consultas pré-natais: n (%)	61 (37,4)	64 (40,0)
Amamentação de filhos anteriores por ≥ 6 meses**: n (%)	13 /22 (59,0)	11/25 (44,0)

Características das avós maternas	Intervenção (n=88)	Controle (n=81)
Idade da avó: média ± DP (anos)	43,9 (7,4)	45,1 (8,4)
Número de filhos nascidos vivos: média ± DP	3,8 (1,9)	4,1 (2,1)
Avó trabalha fora: n (%)	51 (63,7)	56 (63,6)
Avó mora com companheiro: n (%)	53 (60,2)	47 (58,8)
Escolaridade da avó ≥ 8 anos: n (%)	21 (24,1)	13 (16,5)
Tempo de amamentação da filha adolescente: média ± DP (meses)	17,7 (18,7)	12,9 (16,5)

* p>0.05 para todas as variáveis

** Excluídas as primíparas (intervenção: n =22; controle: n=25)

7.2 ARTIGO 2



Aconselhamento para mães adolescentes e avós maternas aumenta a duração do aleitamento materno exclusivo: um ensaio clínico randomizado

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação e alimentação complementar em prevenir a introdução de leites industrializados e alimentos complementares nos primeiros seis meses de vida.

Métodos: Ensaio clínico randomizado envolvendo 323 mães adolescentes e seus recém-nascidos, e 169 avós maternas das crianças. Parte dos sujeitos (163 mães e 88 avós) recebeu a intervenção, que consistiu de cinco sessões de aconselhamento em amamentação - na maternidade, aos 7, 15, 30 e 60 dias - e de uma sessão abordando também a alimentação complementar, aos 120 dias. As informações sobre as práticas alimentares das crianças nos primeiros seis meses de idade foram coletadas mensalmente por entrevista telefônica com as mães. O impacto da intervenção foi avaliado comparando-se as curvas de sobrevida da época de introdução dos leites industrializados e dos alimentos complementares nos grupos controle e intervenção. Foram calculadas as medianas da introdução de leite nos dois grupos para comparação.

Resultados: As curvas de sobrevida mostram que a intervenção conseguiu postergar a época de introdução dos leites industrializados e dos alimentos complementares. Aos quatro meses, recebiam alimentos complementares 41% (IC 95% 32,8-49,2) das crianças do grupo controle e apenas 22,8% (IC 95% 15,9-29,7) das crianças do grupo intervenção. O aconselhamento também postergou a introdução de leites industrializados, que ocorreu aos 95 dias (IC 95% 78,7-111,3) no grupo controle e aos 153 dias (IC 95% 114,6-191,4) no grupo intervenção.

Conclusões: Múltiplas sessões de aconselhamento nos primeiros quatro meses de vida das crianças dirigidas a mães adolescentes e avós maternas, quando estas coabitavam, mostraram ser uma estratégia eficaz para prevenir a introdução de leites industrializados e de alimentos complementares nos primeiros seis meses de vida..

Descritores: Ensaio clínico; alimentação complementar; saúde do adolescente; relações familiares

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, iniciada em tempo oportuno, são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento da criança, com repercussão na saúde do indivíduo por toda a vida. A Organização Mundial de Saúde recomenda que a amamentação seja exclusiva até os seis meses e que a partir dessa idade seja introduzida a alimentação complementar¹. Em geral, a introdução precoce de qualquer alimento diferente do leite materno é desnecessária e aumenta o risco de doenças, especialmente infecções gastrintestinais e respiratórias². Apesar disso, a introdução precoce desses alimentos na dieta da criança é comum³. Pesquisa recente de âmbito nacional sobre alimentação da criança no primeiro ano de vida mostrou que cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses recebia comida salgada e/ou frutas, e praticamente metade recebia outros leites entre quatro e seis meses de vida, com 18 % recebendo esse alimento já no primeiro mês de vida⁴.

A introdução precoce de outros leites e de alimentos complementares está associada a fatores como baixa renda familiar, baixa escolaridade materna, trabalho materno, primiparidade^{5,6} e pouca idade materna^{5,7}. Estudos sugerem que mães adolescentes são particularmente susceptíveis à introdução precoce desses alimentos na dieta de seus filhos e que as avós, sobretudo as maternas, teriam influência nesse comportamento⁸⁻¹⁰.

Assim, estratégias de promoção do aleitamento materno e de uma alimentação complementar saudável iniciada em tempo oportuno direcionadas a mães adolescentes e avós deveriam fazer parte do elenco de ações que visam à saúde integral da criança. Todavia, são escassos os estudos que avaliam o impacto de intervenções direcionadas a

esse grupo populacional específico. Visando a contribuir para diminuir essa lacuna do conhecimento, este estudo teve por objetivo avaliar a eficácia de múltiplas sessões de aconselhamento em alimentação infantil nos primeiros quatro meses direcionadas a mães adolescentes e avós maternas sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida. Este artigo descreve o impacto da intervenção na época de introdução de outros leites e dos alimentos complementares.

MÉTODO

Para atingir o objetivo do estudo, foi delineado um ensaio clínico randomizado envolvendo mães adolescentes, seus bebês e suas mães (avós maternas), quando residiam na mesma casa, que foram acompanhadas por seis meses a partir do nascimento da criança.

As mães adolescentes foram recrutadas no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de maio de 2006 a janeiro de 2008. Este é um hospital geral universitário da rede pública de saúde, onde se realizam anualmente de 3.000 a 4.000 partos. É um hospital Amigo da Criança, que atende população de menor nível socioeconômico.

Diariamente, incluindo os finais de semana, na unidade de internação obstétrica eram identificadas as mães adolescentes (<20 anos) que residiam ou não com suas mães e que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: serem residentes no município de Porto Alegre, terem recém-nascidos saudáveis, 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, bem como as mães adolescentes que moravam com as avós paternas dos bebês.

Uma vez identificadas, as mães eram classificadas em dois grupos: as que coabitavam com suas mães (avós maternas da criança) e as que não coabitavam. A seguir, por sorteio, em blocos de dois, elas eram alocadas para os grupos controle (que não recebia a intervenção) ou intervenção. As mães adolescentes e as avós eram submetidas à intervenção quando residiam na mesma casa. Quando a adolescente não coabitava com a mãe, somente ela recebia a intervenção. O objetivo de incluir na amostra essas mães foi o de avaliar o quanto do impacto da intervenção poderia ser atribuído apenas à adolescente.

A coleta de dados foi realizada na maternidade e no domicílio das mães. Na maternidade, as mães adolescentes e as avós maternas, após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, eram entrevistadas, em separado, com o intuito de se obterem informações sobre características sociodemográficas e alguns aspectos relacionados ao pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação. Foram utilizados questionários diferentes para as mães e para as avós. As informações sobre a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida eram obtidas mensalmente, por meio de entrevista com a mãe, por telefone ou em visitas domiciliares na impossibilidade de contatos telefônicos. Os entrevistadores eram cegos quanto ao grupo ao qual pertenciam as mães. Com o intuito de checar a qualidade das informações, mensalmente 5% das mães, selecionadas por sorteio, eram submetidas, pela pesquisadora coordenadora de campo, a uma segunda entrevista contendo algumas perguntas-chave do questionário de seguimento.

As sessões de intervenção ocorreram na maternidade e no domicílio das mães. No hospital, próximo ao momento da alta hospitalar, e no domicílio aos 7, 15, 30, 60 e 120 dias após o parto ocorreram sessões de aconselhamento em amamentação segundo os princípios da OMS¹¹. Elas eram conduzidas por um membro da equipe formada por duas enfermeiras, uma nutricionista e um pediatra, todos com ampla experiência em aleitamento materno (três dos quais consultores em lactação pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)*). A sessão de aconselhamento aos 120 dias enfatizava a alimentação complementar, de acordo com as diretrizes do Guia de Alimentação para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos¹². As mães, juntamente com as avós quando havia coabitação, receberam orientações sobre a época adequada de introdução dos alimentos complementares (aos seis meses), sobre os alimentos a serem oferecidos ou evitados e sobre a forma de oferecê-los: introdução de novos alimentos de forma lenta e gradual e, com consistência adequada para a idade, uso dos alimentos habituais da família mas preparados especialmente para a criança, com ênfase na escolha de alimentos variados e coloridos. Como material de apoio nas sessões de aconselhamento, foram utilizados álbuns seriados que ilustravam os vários aspectos abordados sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Ao término das sessões, foram distribuídas às famílias cartilhas com os conteúdos abordados nas sessões. Esses materiais foram especialmente elaborados para a pesquisa.

Foi considerado alimento complementar todo alimento sólido, semissólido consumido pelo lactente, segundo definição proposta pela Organização Mundial da Saúde¹²

Este estudo foi parte de uma pesquisa maior e estimou como amostra 72 participantes em cada grupo.

Foi realizado, inicialmente, um estudo-piloto com 20 mães para testar a metodologia e os instrumentos de coleta de dados. Para que a intervenção atendesse os interesses das mães e das avós, antes do início do estudo foram realizados encontros com mães adolescentes e avós maternas abordando o tema da intervenção.

O banco de dados foi duplamente digitado no programa Excel 2003 e, depois de concluído, empregou-se técnica de validação para minimizar possíveis erros de digitação. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS, versão 16.0.

Como a coabitação com a avó materna não teve impacto significativo sobre a época de introdução de outros leites e sobre a época de introdução dos alimentos complementares, para fins de análise as mães adolescentes foram agrupadas de acordo com a exposição ou não à intervenção, independentemente de coabitarem ou não com suas mães. Para a análise dos dados considerou-se a intenção de tratar. No primeiro momento, foram comparadas as características dos indivíduos dos grupos controle e intervenção utilizando-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates. Para comparar as épocas de introdução de outros leites e de alimentos complementares nos grupos, foram construídas curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. O teste de log-rank foi utilizado para testar a diferença entre as curvas. A época de introdução de outros leites foi expressa em dias, tendo sido calculada a mediana.

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, e registrada no *ClinicalTrials.gov* sob o número NCT00910377.

RESULTADOS

Das 342 mães adolescentes elegíveis para o estudo, 19 (5,5%) não foram incluídas por recusa em participar. Após a randomização, houve 66 perdas ao longo do estudo (intervenção: n=31/163 – 19,0%; controles: 35/160 - 21,9%). A Figura 1 apresenta o diagrama do ensaio clínico, desde o recrutamento das mães adolescentes até a avaliação do desfecho quando a criança completava seis meses.

A Tabela 1 mostra que houve equilíbrio na distribuição das características dos grupos controle e intervenção.

A mediana da época de introdução de outros leites foi de 95 dias (IC 95% 78,7-111,3) no grupo controle e de 153 dias (IC 95% 114,6-191,4) no grupo que recebeu a intervenção. A curva de sobrevida mostrada na Figura 2 confirma que a intervenção conseguiu postergar a introdução de outros leites na alimentação da criança. A probabilidade de a criança estar recebendo outro leite se manteve menor ao longo dos seis meses de acompanhamento no grupo que recebeu intervenção.

A intervenção também teve impacto positivo em reduzir a introdução precoce dos alimentos complementares, como mostra a curva de sobrevida do início do consumo desses alimentos (Figura 3). Aos quatro meses, 41% (IC 95% 32,8-49,2) das crianças do grupo controle já recebiam alimentos complementares. Essa prevalência diminuiu para 22,8% (IC 95% 15,9-29,7) no grupo intervenção. No entanto, aos seis meses, as prevalências de crianças recebendo alimentos complementares foram semelhantes nos dois grupos: 88,4% (IC 95% 82,9-93,9) para o grupo controle e 87,1% (IC 95% 81,4-92,8) para o grupo intervenção. A Tabela 2 detalha os tipos de alimentos consumidos pelas crianças aos quatro meses. Um maior número de crianças do grupo controle, em comparação ao grupo experimental, recebeu leites industrializados, frutas e papas salgadas já aos quatro meses.

DISCUSSÃO

A baixa adesão à recomendação de amamentação exclusiva até os seis meses de idade e introdução dos alimentos complementares em torno dessa idade, apesar dessas práticas serem benéficas para a saúde da criança e dos esforços empreendidos para reverter essa situação, exige a busca de novas estratégias, sobretudo voltadas aos grupos mais susceptíveis a esse comportamento, como o de mães adolescentes. Este estudo mostrou ser possível postergar a introdução de outros leites e dos alimentos complementares nesse grupo populacional específico, por meio de aconselhamento iniciado na maternidade e mantido no domicílio até os quatro meses de vida da criança. Esses achados vieram corroborar os resultados de dois outros estudos que também testaram estratégias direcionadas a mães adolescentes. O primeiro, conduzido em Baltimore, USA¹⁴, mostrou que intervenção domiciliar sobre alimentação infantil utilizando práticas educativas baseadas em valores culturais postergou a introdução dos alimentos complementares. A intervenção direcionada a mães adolescentes negras e avós maternas das crianças, estimulou as mães a interpretar as reações do bebê e recomendou o uso de estratégia de negociação entre a mãe e a avó. As crianças do grupo intervenção tiveram quatro vezes mais chance de receber alimentos complementares na época adequada quando comparadas com as crianças do grupo controle. O outro estudo revelou que mães adolescentes canadenses que receberam, por telefone, suporte de outras mães adolescentes com experiência positiva em amamentação, amamentaram exclusivamente por mais tempo (mediana de 35 dias no grupo experimental *versus* 10 dias no grupo controle; $p = 0,004$)¹⁵.

Com relação à introdução de outros leites, a estratégia testada adiou em quase dois meses a introdução desse alimento, que ocorreu aos cinco meses em vez de três meses. Esse resultado é bastante significativo, visto que os efeitos do consumo de leites industrializados são mais prejudiciais quanto mais cedo são introduzidos na alimentação da criança. O efeito da introdução precoce de outros leites na dieta da criança pequena se dá na mortalidade e na morbidade^{16, 17}. Há evidências de que o uso de outros leites antes dos quatro meses está associado com maior mortalidade¹⁶, incidência de otite média¹⁸ asma¹⁸, dermatite atópica^{18,19}, hospitalizações por doenças respiratórias¹⁷, diabetes tipo 1^{18,20} e diabetes tipo 2¹⁸. Estima-se que 30% dos casos de diabetes tipo 1 poderiam ser evitados se 90% das crianças não recebessem leite de vaca antes dos três meses²¹. Além disso, a introdução precoce de leite de vaca provoca micro-hemorragias intestinais^{22,23}, afetando as reservas de ferro. Estima-se que para cada mês de uso de leite de vaca há queda de 0,2 g/dL nos níveis de hemoglobina²⁴. Adicionalmente, a introdução precoce de outros leites afeta negativamente a duração da amamentação²⁵.

A intervenção também foi bem sucedida em prevenir a introdução de alimentos complementares antes dos quatro meses. Esse efeito certamente beneficia a criança, uma vez que já foi demonstrada associação entre consumo precoce desses alimentos e obesidade na infância e vida adulta e doenças alérgicas^{26,27}.

A partir dos quatro meses, a intervenção vai perdendo o seu efeito, e aos seis meses, já não houve diferença entre os grupos quanto ao consumo dos alimentos complementares. Esse achado aponta para a necessidade de se ampliar o período da intervenção para além dos quatro primeiros meses de vida.

A intervenção também foi direcionada às avós maternas da criança que coabitavam com a dupla mãe-bebê, haja vista essa condição ter se mostrado um fator de risco para a introdução precoce de outros leites²⁵ e de alimentos complementares²⁸. Contrariando os achados anteriores, neste estudo a coabitação com a avó materna não interferiu na época de introdução de outros leites e de alimentos complementares. É possível que essa diferença se deva, pelo menos em parte, ao fato de que os outros estudos incluíram mães de todas as faixas etárias e não apenas adolescentes.

Não foi possível avaliar se o impacto da intervenção direcionada às mães adolescentes residindo com as avós seria o mesmo caso as avós não fossem incluídas na intervenção, uma vez que não houve intervenção direcionada apenas às adolescentes quando elas residiam com suas mães. Não seria razoável solicitar que as avós, quando presentes nos domicílios, não participassem da intervenção, especialmente na população estudada, em que muitas vezes as moradias não têm espaços que garantam privacidade. Uma importante contribuição deste estudo que merece ser destacada foi demonstrar que mães adolescentes são receptivas em adotar práticas mais saudáveis de alimentação de seus filhos quando orientadas e encorajadas a isso. No entanto, é possível que, por questões culturais, esses achados não se apliquem a outros locais. Além disso, este é um estudo de eficácia. Por isso, são necessários estudos em distintas populações que avaliem o impacto desta intervenção na prática (estudos de efetividade).

A intervenção testada é factível, sobretudo em muitos locais em que visitas domiciliares fazem parte das ações estratégicas de produção de saúde. No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários e a Estratégia Saúde da Família²⁹ acompanham famílias nos seus domicílios, em áreas geográficas específicas. Outras organizações não

governamentais, como a Pastoral da Criança³⁰, que está presente em mais de 40 mil comunidades brasileiras, também atuam na comunidade, com voluntários dando orientações sobre vários aspectos relativos à saúde da criança, sobretudo a alimentação infantil.

Em um país populoso como o Brasil, onde nascem anualmente cerca de 600.000 bebês filhos de mães adolescentes³¹, milhares de crianças poderiam ser beneficiadas, adoecendo e morrendo menos, se essas mães fossem orientadas e encorajadas a adotar práticas mais saudáveis de alimentação de seus filhos. Sessões sistemáticas de aconselhamento em alimentação infantil iniciadas na maternidade e mantidas nos domicílios, após testada a sua efetividade, podem dar uma contribuição importante neste sentido, sobretudo se adotadas como política pública de promoção da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

1. 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 y del Adolescente. 2009.
 2. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.* 2004; 554: 63-77.
 3. Caetano MC, Ortiz TT, da Silva SG, de Souza FI, Sarni RO. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr (Rio J).* 2010; 86:196-201.
 4. Brasil, Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília – DF, 2009. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.html
 5. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J).* 2007; 83: 53-8.
 6. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introduction of complementary foods and its relation with demographic and socioeconomic variables during the first year of life of children born in a University Hospital in the city of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6: 29-38.
-

-
7. Carruth BR, Nevling W, Skinner J. Developmental and food profiles of infants born to adolescent and adult mothers. *J Adolesc Health*. 1997; 20:434-41.
 8. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (LSCDQ 1998-2002). *Can J Public Health*. 2003; 94:300-5.
 9. Carmichael SL, Prince CB, Burr R, Nakamoto F, Vogt RL. Breast-feeding practices among WIC participants in Hawaii. *J Am Diet Assoc*. 2001; 101:57-62.
 10. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Tygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr*. 2003; 92:152-61.
 11. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em:
http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.htm
 13. Braun ML, Giugliani ERJ, Bastos ME, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, et al. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. *Am J Publ Health*. 2003;93:11-3.
 14. Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. *Pediatrics*. 2001; 107: 1-8.
-

-
15. Meglio GD, McDermott MP, Klein JD. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeed Med.* 2010;5:41-7.
 16. Victora CG, Smith PH, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet.* 1987; 2:319-22.
 17. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J.* 1999; 318:1316-20.
 18. McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Birth.* 2010; 37:50-8.
 19. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW and the Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics.* 2008; 121: 183-91.
 20. Knip M, Virtanen SM, Akerblom HK. Infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91: 1506s-13s.
 21. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. a critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care.* 1994;17:13-9.
 22. Ziegler EE, Fomon SJ, Nelson SE, Rebouche CJ, Edwards BB, Rogers RR, et al. Cow milk feeding in infancy: further observations on blood loss from the gastrointestinal tract. *J Pediatr.* 1990;116:11-8.
-

-
23. Jiang T, Jeter JM, Nelson SE, Ziegler EE. Intestinal blood loss during cow milk feeding in older infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:673-8.
 24. Male C, Persson LA, Freeman V, Guerra A, van't Hof MA, Haschke F and the Euro-Growth Iron Study Group. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 european areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). *Acta Paediatr.* 2001; 90: 492-8.
 25. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for de first 6 months. *Birth.* 2007; 34:212-9.
 26. Wu TC, Chen PH. Health consequences of nutrition in childhood and early infancy. *Pediatr Neonatol.* 2009; 50: 135-42.
 27. Wilson AC, Forsyth JS, Greene AS, Irvine L, Hau C, Howie P. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ.* 1998; 316: 21-5.
 28. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. Factors associated with weaning practices in term infants: a prospective observational study in Ireland. *Br J Nutr.* 2010; doi: 10.107/S0007114510002412.
 29. Portal da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em: 18 fev 2010.
 30. Pastoral da Criança. Como fazemos. Visitas domiciliares. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br acesso em: 18 fev 2010.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas vitais. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 19 maio 2010.
-

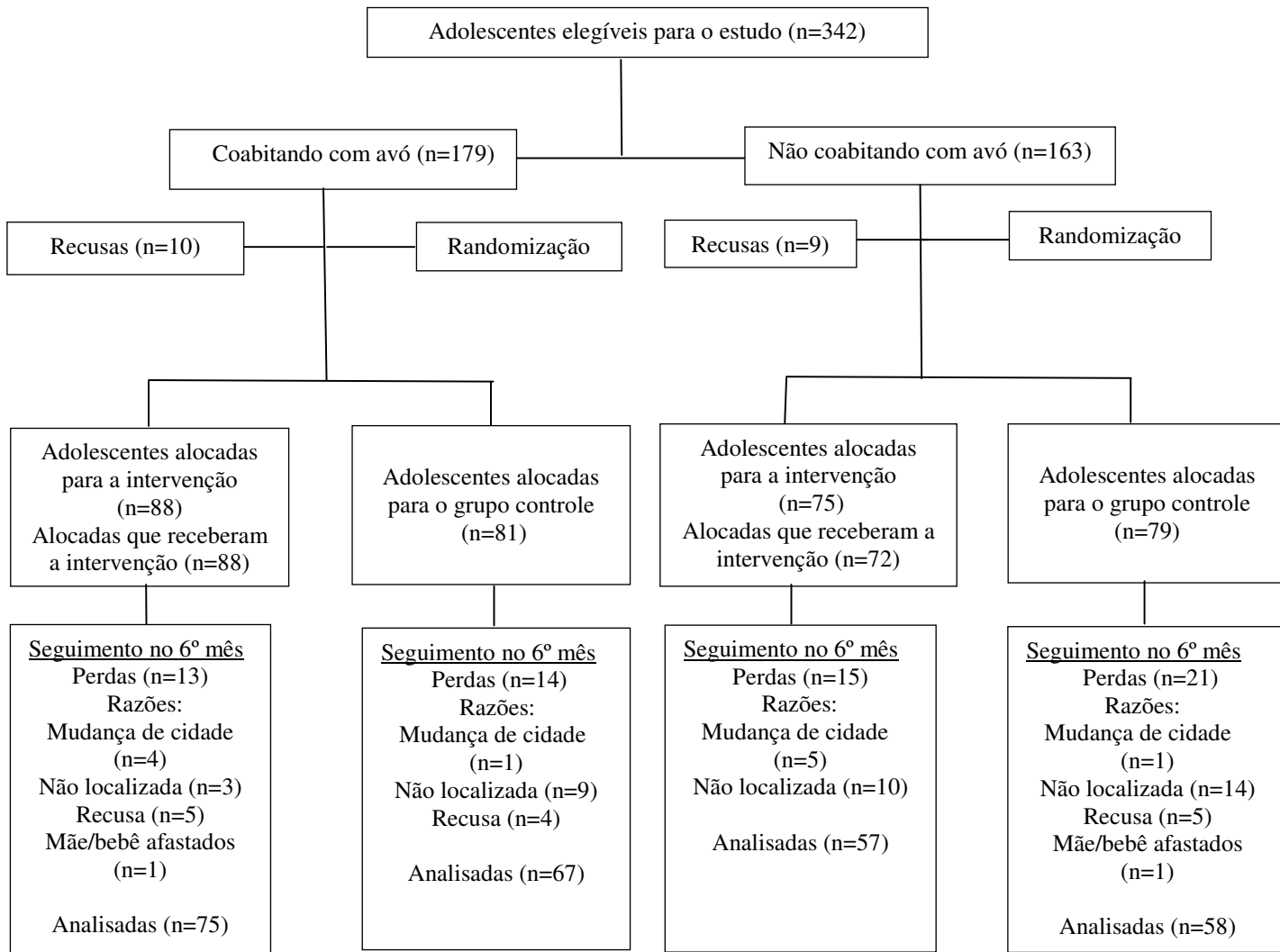


Figura 1 – Fluxograma dos participantes do ensaio clínico desde o recrutamento até a avaliação aos seis meses de idade da criança

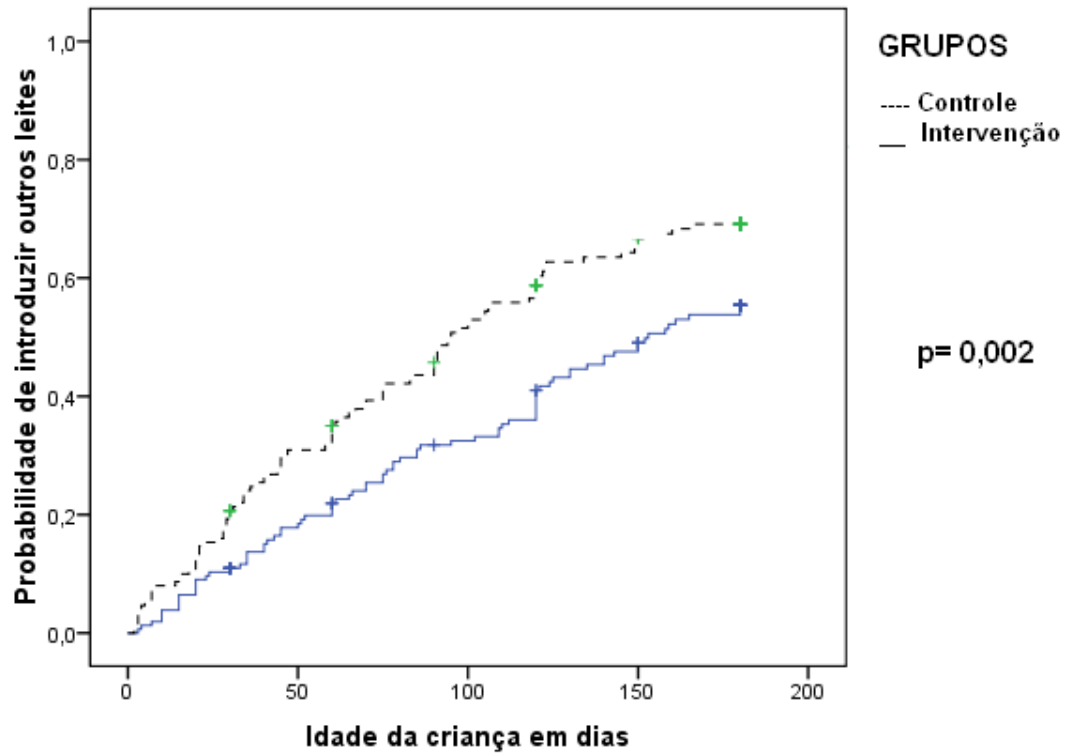


Figura 2 – Curva de sobrevivência: Probabilidade de introdução de outros leites entre os grupos controle e intervenção.

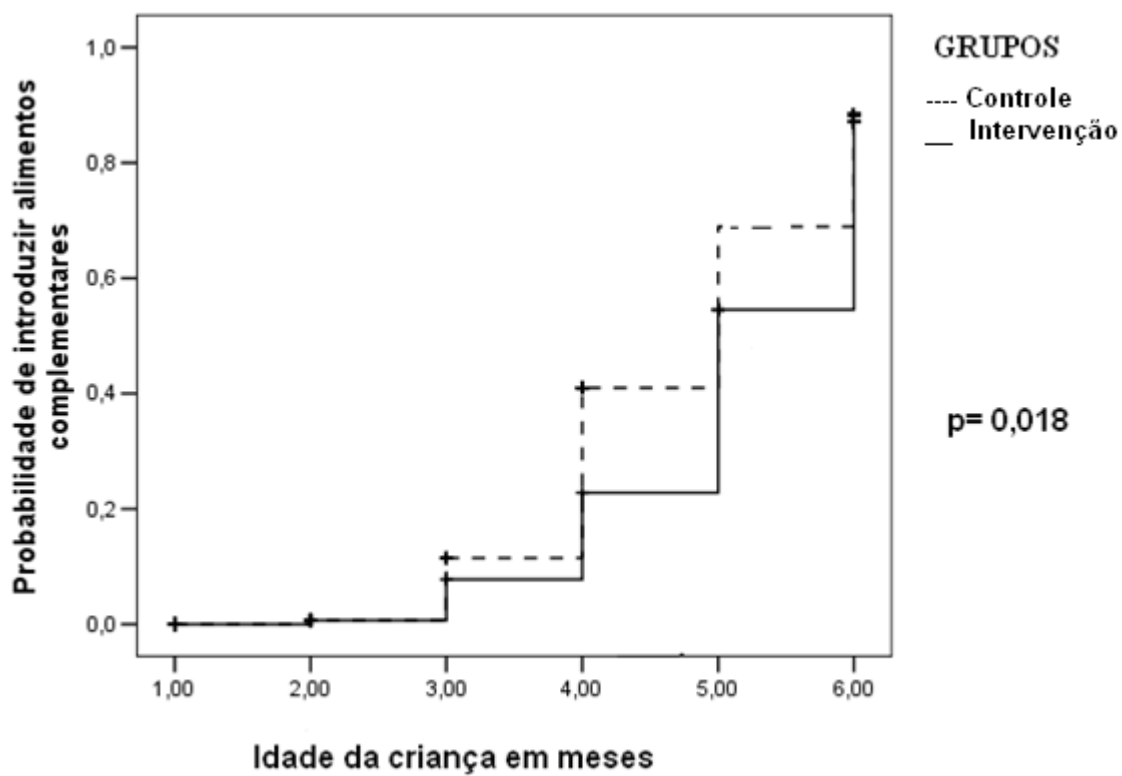


Figura 3 – Curva de sobrevivência: Probabilidade de introdução de alimentos complementares entre os grupos controle e intervenção

Tabela 1 – Características das mães adolescentes, seus bebês e avós maternas por exposição à intervenção*

Características das adolescentes e bebês	Intervenção (n=163)	Controle (n=160)
Idade materna: média ± DP (anos)	17,4 (1,5)	17,5 (1,4)
Cor da pele materna: branca: n (%)	104 (63,8)	99 (61,9)
Escolaridade materna ≥ 8 anos: n (%)	44 (27,0)	37 (23,1)
Tabagismo materno na gestação: n (%)	48 (29,4)	56 (35,0)
Mãe mora com companheiro: n (%)	102 (62,6)	100 (62,5)
≥7 consultas pré-natais: n (%)	106 (65,0)	97 (60,6)
Primiparidade: n (%)	141 (86,5)	135 (84,4)
Parto vaginal: n (%)	120 (73,6)	121 (75,6)
Sexo do bebê: masculino: n (%)	76 (46,6)	88 (55,0)
Peso de nascimento do bebê: média ± DP (g)	3280,5 (406,9)	3205,9 (398,0)
Relato de orientações sobre aleitamento materno nas consultas pré-natais: n (%)	61 (37,4)	64 (40,0)
Amamentação de filhos anteriores por ≥ 6 meses**: n (%)	13 /22 (59,0)	11/25 (44,0)
Características das avós maternas	Intervenção (n=88)	Controle (n=81)
Idade da avó: média ± DP (anos)	43,9 (7,4)	45,1 (8,4)
Número de filhos nascidos vivos: média ± DP	3,8 (1,9)	4,1 (2,1)
Avó trabalha fora: n (%)	51 (63,7)	56 (63,6)
Avó mora com companheiro: n (%)	53 (60,2)	47 (58,8)
Escolaridade da avó ≥ 8 anos: n (%)	21 (24,1)	13 (16,5)
Tempo de amamentação da filha adolescente: média ± DP (meses)	17,7 (18,7)	12,9 (16,5)

* p>0.05 para todas as variáveis

** Excluídas as primíparas (intervenção: n =22; controle: n=25)

Tabela 2 – Prevalência do consumo dos diversos alimentos aos quatro meses de vida nos grupos controle e intervenção

	s/ intervenção (n=123) n(%)	c/ intervenção (n=132) n(%)	P
Outros leites	70 (56,9)	45 (34,1)	<0,001
Fruta	40 (32,5)	25 (18,9)	0,021
Papa salgada*	32 (26,0)	20 (15,2)	0,049
Outros**	28 (22,8)	17 (12,9)	0,057

*Considerou-se papa salgada um ou mais dos itens, tubérculos, vegetais, cereais, carnes, leguminosas, ovos

**Considerou-se outros salgadinho, bolacha recheada e iogurte

8 APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário inicial para mães adolescentes (maternidade)

Número:

Nome da mãe:		
Leito:	Registro:	
Nome do bebê:		
End. Rua:	Nº:	Apto:
Bairro:	Fones:	
Fone para contato:	Nome e fone da avó:	
Ponto de referência:	Parada de ônibus:	
Pretende mudar de endereço? (sim) (não)	Quando?	
Qual o novo endereço?		
Melhor horário para a visita domiciliar (mãe e avó em casa):		
Dia da semana:	Horário:	Qualquer horário()
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
<p>Grupo: (1) adolescente SEM avó SEM intervenção; (2) adolescente SEM avó COM intervenção; (3) adolescente COM avó SEM intervenção; (4) adolescente COM avó COM intervenção</p> <p>01. Data de nascimento do bebê: ___/___/___</p> <p>02. Tipo de parto: (1) parto vaginal (2) cesárea</p> <p>3 Sexo do bebê: (1) masculino (2) feminino</p> <p>04. Peso de nascimento do bebê: _____ g</p> <p>05. Cor da mãe: (1) branca (2) mista (3) preta (4) outras</p> <p>06. Idade da mãe: _____ anos</p> <p>07. Idade do pai do bebê: ___anos (77) não sabe</p> <p>08. Você tem companheiro ou namorado? (1) sim (2) não</p> <p>09. Ele é o pai do seu bebê? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>10. Você mora com ele? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>11. Há quanto tempo você estava com o pai do seu bebê quando engravidou? _____(meses) (anos)</p> <p>(000) <1 mês (555) não estava com ele (777) não sabe</p> <p>12. Renda familiar: R\$ _____ (77) não sabe/não informou</p> <p>13. Número de pessoas que vivem com esta renda: _____</p> <p>14. Renda per capita: Salários mínimos: _____(88) NSA</p> <p>15. Quantos anos completos de estudo você tem? _____</p> <p>16. Você estudava quando engravidou? (1) sim (2) não</p> <p>17. Se estudava, continuou com os estudos durante a gravidez?</p> <p>(1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>18. Se parou, pretende voltar a estudar? (1) sim (2) não (8)NSA</p> <p>19. Você trabalhava fora quando engravidou? (1) sim (2) não</p> <p>20. Se sim, continuou o trabalho durante a gravidez?</p> <p>(1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>21. Se parou, pretende voltar a trabalhar? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>22. Você fumou na gravidez? (1) sim (2) não</p> <p>23. Se sim, quantos cigarros por dia?</p> <p>(1) até 5 cigarros por dia (2) 6 a 10 cigarros por dia</p> <p>(3) 11 a 20 cigarros por dia (4) mais de 20 cigarros por dia</p> <p>(8) NSA</p> <p>24. Se você fumava, parou durante a gravidez?</p> <p>(1) sim (2) não (8) NSA</p>		<p>GRUPOM <input type="checkbox"/></p> <p>DNBBM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>PARTOM <input type="checkbox"/></p> <p>SEXOBM <input type="checkbox"/></p> <p>PESOBM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>CORM <input type="checkbox"/></p> <p>IDADEM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>IDADEPM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>COMP <input type="checkbox"/></p> <p>PAIBM <input type="checkbox"/></p> <p>MORPAIM <input type="checkbox"/></p> <p>QTEMPM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>RENDEM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>PESSOAM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>REDPCM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ESTUDM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>EGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>CONTESM <input type="checkbox"/></p> <p>PRETESM <input type="checkbox"/></p> <p>TRBGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>CONTRBM <input type="checkbox"/></p> <p>PRETRBM <input type="checkbox"/></p> <p>FUMGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>NCIGARM <input type="checkbox"/></p> <p>PARFUM <input type="checkbox"/></p>

<p>25. Se parou durante a gravidez, com quantos meses você estava? _____meses (88) NSA</p> <p>26. Você tem mãe viva? (1) sim, biológica (2) sim, não biológica (3) não</p> <p>27. Você mora com ela? (1) sim, na mesma casa (2) sim, no mesmo terreno (3) não (8) NSA</p> <p>28. Se você não mora com ela, com que frequência vocês se encontram? (1) diariamente (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 1 vez por semana (4) 1 vez a cada 15 dias (5) 1 vez por mês (6) menos de 1 vez por mês (7) não tem contato (8) NSA</p> <p>29. Você mora com sua mãe desde quando? (1) sempre morou (2) desde antes de engravidar (3) depois que soube da gravidez (4) vai morar a partir do nascimento do bebê (8) NSA</p> <p>30. Você tem sogra viva? (1) sim (2) não</p> <p>31. Quantas vezes a sua sogra visita você? (1) diariamente (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 1 vez por semana (4) 1 vez a cada 15 dias (5) 1 vez por mês (6) Menos de uma vez por mês (7) não tem contato (8) NSA</p> <p>32. Você recebe ajuda financeira dos avós do bebê? (1) sim, maternos (2) sim, paternos (3) ambos (4) não</p>	<p>MESFUM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MAEVIVM <input type="checkbox"/></p> <p>MORAM <input type="checkbox"/></p> <p>VEMAEM <input type="checkbox"/></p> <p>QDMORM <input type="checkbox"/></p> <p>SOGRVIM <input type="checkbox"/></p> <p>VESOGRM <input type="checkbox"/></p> <p>AJDAVM <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p><u>DADOS DO PRÉ-NATAL</u></p>	
<p>33. A sua gravidez foi planejada? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>34. Você pensou alguma vez em abortar nessa gravidez? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>35. A gravidez foi aceita pelo pai do bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>36. Você fez pré-natal? (1) sim (2) não</p> <p>37. Se sim, número de consultas do pré-natal: _____ (88) NSA</p> <p>38. Durante seu pré-natal você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA</p> <p>39. Você participou de algum grupo ou curso no pré-natal? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>40. A sua mãe participou com você de alguma consulta, grupo ou curso no pré-natal? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>41. O seu companheiro participou com você de alguma consulta, grupo ou curso no pré-natal? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>42. A sua sogra participou com você de alguma consulta, grupo ou curso no pré-natal? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>43. Alguma outra pessoa participou com você de alguma consulta grupo ou curso no pré-natal? (1) sim / Quem? _____ (2) não (8) NSA</p> <p>44. A sua mãe acompanhou você no trabalho de parto? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>45. A sua mãe assistiu o nascimento do bebê? (1) sim (2) não</p>	<p>GRVPLAM <input type="checkbox"/></p> <p>ABORTM <input type="checkbox"/></p> <p>GRVPAIM <input type="checkbox"/></p> <p>PRENATM <input type="checkbox"/></p> <p>CONPNAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ORIAM <input type="checkbox"/></p> <p>CURSOM <input type="checkbox"/></p> <p>MAEPNM <input type="checkbox"/></p> <p>COPPNM <input type="checkbox"/></p> <p>SOGRAPM <input type="checkbox"/></p> <p>PESPNM <input type="checkbox"/></p> <p>QUEPNM _____</p> <p>MAEPARM <input type="checkbox"/></p> <p>MAENASM <input type="checkbox"/></p>

DADOS ALEITAMENTO MATERNO	
46. Você mamou no seio? (1) sim (2) não (3) não sabe	MAMOUM <input type="checkbox"/>
47. Se sim, por quanto tempo em meses você mamou no seio? _____ meses (88) NSA (77) não sabe	TEMPM <input type="checkbox"/>
48. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVM <input type="checkbox"/>
49. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? <i>começar pelo filho mais velho</i> A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ (88) NSA (00) > 1 mês	TEMPAM <input type="checkbox"/>
50. Você pretende amamentar este bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe	PRETAM <input type="checkbox"/>
51. Se você pretende amamentar, por quanto tempo? _____ meses (444) enquanto ele quiser (555) enquanto tiver leite (888) NSA	TMPRTAM <input type="checkbox"/>
52. Você pretende dar água para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe	AGUAM <input type="checkbox"/>
53. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA	INICAGM <input type="checkbox"/>
54. Você pretende dar chá para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe	CHAM <input type="checkbox"/>
55. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA	INICCHM <input type="checkbox"/>
56. Você pretende dar suco para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe	SUCOM <input type="checkbox"/>
57. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA	INICSUCM <input type="checkbox"/>
58. Você pretende dar outro leite para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe	LEITEM <input type="checkbox"/>
59. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA	INICLTM <input type="checkbox"/>
60. Você pretende dar outros alimentos (papa salgada, papa de frutas...) para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe	PAPAM <input type="checkbox"/>
61. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA	INICPAPM <input type="checkbox"/>
62. Você se preocupa pensando que a amamentação pode mudar a estética (aparência) das mamas? (1) sim (2) não (3) não sabe	APMAMAS <input type="checkbox"/>
63. Se sim, que mudança pode ocorrer? _____	QMUDM _____

USO DE BICO/ MAMADEIRA	
64. Você tem bico em casa? (1) sim (2) não (3) não sabe	BICOM <input type="checkbox"/>
65. Você pretende dar bico para o bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe	PRTBICM <input type="checkbox"/>
66. Você vê algum problema em dar bico para o bebê enquanto ele estiver mamando no peito? (1) sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe	PRBICM <input type="checkbox"/>
67. Você tem mamadeira em casa? (1) sim (2) não	QPRBM _____
68. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto o bebê estiver mamando no peito? (1) sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe	MAMADM <input type="checkbox"/>
	PRBMADM <input type="checkbox"/>
	QPRBMDM _____

Data da entrevista:

Entrevistador

Entrevistadores:

- 1) Cléa
- 2) Leandro
- 3) Lília
- 4) Olga

APÊNDICE B – Questionário inicial para avós maternas (maternidade)

Número:

Nome da Avó:	
Nome da mãe:	Leito: Registro:
Nome do bebê:	
End. Rua:	Nº: Apto:
Bairro:	Fones:
Fone para contato:	Fone da mãe:
Ponto de referência:	Parada de ônibus:
Pretende mudar de endereço? (sim) (não)	Quando?
Qual o novo endereço?	
Melhor horário para a visita domiciliar (mãe e avó em casa):	
Dia da semana:	Horário: Qualquer horário()

<p>DADOS DA AVÓ Grupo: (3) adolescente COM avó SEM intervenção; (4) adolescente COM avó COM intervenção</p> <p>01. Idade da avó: _____ anos</p> <p>02. Situação marital: (1) mora com companheiro (2) não mora c/ companheiro (3) s/ companheiro</p> <p>03. O seu companheiro é o pai de sua filha? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>04. Renda familiar: R\$ _____ (77) Não sabe</p> <p>05. Número de pessoas que vivem com esta renda: _____</p> <p>06. Renda per capita: R\$ _____ sal. mínimos (88) NSA</p> <p>07. Quantos anos completos de estudo a senhora tem? _____</p> <p>08. A senhora trabalha fora? (1) sim, ___ dias na semana (2) sim, turno integral (3) sim, meio turno (4) sim, noite (5) não</p> <p>09. Quantos filhos nascidos vivos a senhora teve? _____</p> <p>10. Por quanto tempo seus filhos mamaram no peito (meses)? Começar pelo filho mais velho: A _____ B _____ C _____ D _____ E _____</p> <p>11. A senhora amamentou a mãe deste bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe/ lembra</p> <p>12. Se sim, quanto tempo (meses)? _____ (888) NSA (777) não sabe/ não lembra A senhora teve algum desses problemas na amamentação?</p> <p>13. Rachadura/figo (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>14. Mama empedrada (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>15. Infecção na mama/mastite (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>16. Leite fraco (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>17. Pouco leite/não tinha leite (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>18. Outro. (1) sim (2) não (8)NSA Especificar _____</p> <p>19. Como foi a sua experiência com a amamentação da sua filha? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (8) NSA A senhora costumava dar para sua filha:</p> <p>20. Água antes dos 6 meses de vida? (1) sim (2) não (3) não sabe</p>	<p>GRUPOV <input type="checkbox"/></p> <p>IDADEV <input type="checkbox"/></p> <p>COMPV <input type="checkbox"/></p> <p>PAIV <input type="checkbox"/></p> <p>RENDV <input type="checkbox"/></p> <p>PESSV <input type="checkbox"/></p> <p>PCV <input type="checkbox"/></p> <p>ESTUDV <input type="checkbox"/></p> <p>TRABV <input type="checkbox"/></p> <p>DIASV _____</p> <p>FILHVIV <input type="checkbox"/></p> <p>AMV <input type="checkbox"/></p> <p>AMMV <input type="checkbox"/></p> <p>TPAMV <input type="checkbox"/></p> <p>FISSUV <input type="checkbox"/></p> <p>INGURV <input type="checkbox"/></p> <p>MASTTV <input type="checkbox"/></p> <p>LTFRCV <input type="checkbox"/></p> <p>PCLTV <input type="checkbox"/></p> <p>OTPRBV <input type="checkbox"/></p> <p>PROBV _____</p> <p>AMFILHV <input type="checkbox"/></p> <p>AGUAV <input type="checkbox"/></p> <p>INAGV <input type="checkbox"/></p>
---	---

21. Se sim, quando iniciou? _____ dias (888) NSA (777) não sabe/ não lembra	CHAV <input type="checkbox"/>
22. Chá antes dos 6 meses de vida? (1) sim (2) não (3) não sabe	INCHV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Se sim, quando iniciou? _____ dias (888) NSA (777) não sabe/ não lembra	SUCOV <input type="checkbox"/>
24. Suco antes dos 6 meses de vida? (1) sim (2) não (3) não sabe	INSUCV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Se sim, quando iniciou? _____ dias (888) NSA (777) não sabe/ não lembra	LEITEV <input type="checkbox"/>
26. Outro leite antes dos 6 meses de vida? (1) sim (2) não (3) não sabe	INLETV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Se sim, quando iniciou? _____ dias (888) NSA (777) não sabe/ não lembra	PAPAV <input type="checkbox"/>
28. Outros alimentos (papa salgada, papa de frutas...) antes dos 6 meses de vida? (1) sim (2) não (3) não sabe	INPAPAV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29. Se sim, quando iniciou? _____ dias (888) NSA (777) não sabe/ não lembra	

<u>OPINIÃO DA AVÓ SOBRE A GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO</u>	
30. Com relação à gravidez de sua filha a senhora: (1) aceitou assim que soube (2) aceitou ao longo da gravidez (3) ainda é difícil aceitar (4) não sabe	GRAVV <input type="checkbox"/>
31. Na sua opinião como será a amamentação da sua filha? (1) tranqüila (2) com dificuldades (3) não irá amamentar	AMFLHAV <input type="checkbox"/>
32. Por quanto tempo a senhora acha que sua filha deveria amamentar? _____ meses (444) enquanto o bebê quiser (555) enquanto a mãe tiver leite (777) não sabe	TPAMFV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. A senhora acha que seu neto(a) precisa receber água enquanto estiver mamando só no peito? (1) sim (2) não (3) não sabe	NETAGV <input type="checkbox"/>
34. Se sim, a partir de que idade? _____ dias (888) NSA (777) não sabe (666) não especificou	IDAGNTV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. A senhora acha que seu neto(a) precisa receber chá enquanto estiver mamando só no peito? (1) sim (2) não (3) não sabe	NETCHV <input type="checkbox"/>
36. Se sim a partir de que idade? _____ dias (888) NSA (777) não sabe (666) não especificou	IDCHNTV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NETSUCV <input type="checkbox"/>
37. A senhora acha que seu neto(a) precisa receber suco enquanto estiver mamando só no peito? (1) sim (2) não (3) não sabe	IDNTSUV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. Se sim, a partir de que idade? _____ dias (888) NSA (777) não sabe (666) não especificou	NETLTV <input type="checkbox"/>
39. A senhora acha que seu neto(a) precisa receber outro leite enquanto estiver mamando só no peito? (1) sim (2) não (3) não sabe	IDLTNTV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Se sim, a partir de que idade? _____ dias (888) NSA (777) não sabe (666) não especificou	NETPPV <input type="checkbox"/>
41. A senhora acha que seu neto(a) precisa receber outros alimentos (papa de frutas, papa salgada...) enquanto estiver mamando só no peito? (1) sim (2) não (3) não sabe	IDNTPPV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. Se sim, a partir de que idade? _____ dias (888) NSA (777) não sabe (666) não especificou	

USO DE BICO/ MAMADEIRA	
43. A senhora acha bom que o seu neto(a) chupe bico? (1) sim (2) não (3) não sabe	NTBICV <input type="checkbox"/>
44. Se sim, por que? (1) acalmar (2) dormir (3) é costume/bonito (4) não sabe (5) outros (8) NSA	PQBCV <input type="checkbox"/>
45. A senhora vê algum problema em o bebê chupar bico? (1) sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe	PRBCV <input type="checkbox"/> QPRBV _____
46. Sua filha chupou bico? (1) sim (2) não Se sua filha chupou bico:	BICFLHV <input type="checkbox"/>
47. Quando começou? _____ dias (777) não sabe	IBICOV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48. Quando parou? _____ meses (777) não sabe	PBICOV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49. A senhora vê algum problema em seu neto receber mamadeira enquanto estiver mamando no peito? (1) sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe	PRBMAV <input type="checkbox"/> QPRMV _____
Data da entrevista: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entrevistador <input type="checkbox"/>

Entrevistadores:

- 1) Cléa
- 2) Leandro
- 3) Lilia
- 4) Olga



APÊNDICE C – Questionário de seguimento aos 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias.

Número:

Grupo:

Nome da mãe:	Leito:	
Nome do bebê:		
End. Rua:	Nº:	Apto:
Bairro:	Fones:	
Fones para contato:	Nome e fone da avó:	
Nome e fone do pai:		
Ponto de referência:		
Pretende mudar de endereço: (sim) (não)	Quando?	
Qual o novo endereço:		
Qual o melhor dia e horário para ligar?		

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA:

01. Idade do bebê em dias: _____	IDBB1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02. O seu bebê mama no peito? (1) sim (2) não	BBMA1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03. Se sim, quantas vezes ao dia? _____ (00) não (88) NSA	QTVZ1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04. Se sim, tem horários certos para mamar? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA O seu bebê recebe:	HORAM1 <input type="checkbox"/>
05. Água _____ vezes/ dia (00) não	AGUA1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. Motivo da introdução: _____	
07. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDAG1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08. Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde (2) a avó materna (6) outros/ especificar _____ (3) a avó paterna (8) NSA (4) o companheiro	RECAG1 <input type="checkbox"/>
09. Chá _____ vezes/ dia (00) não (99) menos de 1x/dia	CHA1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Motivo da introdução: _____	
11. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDCH1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde (2) a avó materna (6) outros/ especificar _____ (3) a avó paterna (8) NSA (4) o companheiro	RECCH1 <input type="checkbox"/>
13. Suco de frutas _____ vezes/ dia (00) não Tipo de suco utilizado:	SUCO1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Natural (1) sim (2) não (8) NSA	TSUCO1 <input type="checkbox"/>
15. Concentrado – garrafa ou polpa (1) sim (2) não (8) NSA	
16. Diluído – caixinha (1) sim (2) não (8) NSA	
17. Artificial – pó/ xarope (1) sim (2) não (8) NSA	
18. Motivo da introdução: _____	
19. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDSC1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde (2) a avó materna (6) outros/ especificar _____ (3) a avó paterna (8) NSA	RECSC1 <input type="checkbox"/>

<p>(4) o companheiro</p> <p>21. Leite _____ vezes/ dia (00) não</p> <p>22. Motivo da introdução: _____</p> <p>23. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA</p> <p>24. Alguém recomendou?</p> <p>(1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde</p> <p>(2) a avó materna (6) outros/ especificar _____</p> <p>(3) a avó paterna (8) NSA</p> <p>(4) o companheiro</p> <p>Tipo de leite utilizado:</p> <p>25. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Bebelac, Aptamil... (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>26. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê... (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>27. Leite de caixinha (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>28. Leite de saquinho (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>29. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN HA, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk... (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>30. Outro leite/ especificar _____</p> <p>31. O leite é engrossado _____ vezes/ dia (88) NSA</p> <p>32. Se sim, qual é o produto utilizado para engrossar o leite?</p> <p>(1) aveia (5) Farinha Láctea</p> <p>(2) amido de milho (Maizena) (6) outro/ especificar _____</p> <p>(3) farinha de arroz (Arrozina) (8) NSA</p> <p>(4) Mucilon</p> <p>33. Motivo da introdução: _____</p> <p>34. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA</p> <p>35. Alguém recomendou?</p> <p>(1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde</p> <p>(2) a avó materna (6) outros/ especificar _____</p> <p>(3) a avó paterna (8) NSA</p> <p>(4) o companheiro</p> <p>36. Quem, na maioria das vezes dá o leite para o bebê?</p> <p>(1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (5) Outros/ especificar _____ (8) NSA</p> <p>37. Seu bebê usa mamadeira? (1) sim (2) não</p> <p>38. Seu bebê come outros alimentos? (1) sim (2) não</p>	<p>LEITE1 <input type="checkbox"/></p> <p>QDLT1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>RECLT1 <input type="checkbox"/></p> <p>LEITES1 <input type="checkbox"/></p> <p>LEITEI1 <input type="checkbox"/></p> <p>LEITEC1 <input type="checkbox"/></p> <p>LETES1 <input type="checkbox"/></p> <p>LEITEE1 <input type="checkbox"/></p> <p>LTENG1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>FARIN1 <input type="checkbox"/></p> <p>QDLTG1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>RECLG1 <input type="checkbox"/></p> <p>MAMAD1 <input type="checkbox"/></p> <p>OALIM1 <input type="checkbox"/></p>
--	---

FREQÜÊNCIA ALIMENTAR – alimentos complementares

<p>39. Tubérculos (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)</p> <p>(aipim, batata-doce, batata-inglesa, cará...)</p> <p>+que 5x sema na</p> <p>menos de 1x/sema na</p> <p>NSA</p> <p>Quais?</p>	<p>TUBER1 <input type="checkbox"/></p>
<p>40. Verduras (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)</p> <p>(folhas, tomate, moranga, cenoura, espinafre, beterraba brócolis...)</p> <p>+que 5x sema na</p> <p>menos de 1x/sema na</p> <p>NSA</p> <p>Quais?</p>	<p>VERD1 <input type="checkbox"/></p>

41. Frutas Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/sema na	(8) NSA	FRUTA1 <input type="checkbox"/>
42. Cereais (arroz, massas, pães, biscoitos e farinhas) Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/sema na	(8) NSA	CEREA1 <input type="checkbox"/>
43. Leguminosas (feijões, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava) Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/sema na	(8) NSA	LEGI <input type="checkbox"/>
44. Carnes (gado, frango, porco, peixe, fígado, moela...) Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/sema na	(8) NSA	CARNE1 <input type="checkbox"/>
45. Ovos Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/sema na	(8) NSA	OVO1 <input type="checkbox"/>
46. Deriv. do leite (iogurtes, queijos, coalhada...) Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/sema na	(8) NSA	DLEITE1 <input type="checkbox"/>

47. Seu bebê tem horários certos para se alimentar? (1) sim (2) não (8) NSA										HORAC1 <input type="checkbox"/>
48. Se a criança recusa alguma refeição (almoço, janta, lanche...) você:										RECUSA1 <input type="checkbox"/>
(1) oferece a mesma comida mais tarde										
(2) espera o horário da próxima refeição										
(3) substitui por leite materno				(8) NSA						
(4) substitui por mamadeira										
(5) substitui por outro alimento/ especificar _____										RECSUB _____
Como você oferece os alimentos para o bebê?										
49. Liquidificados	(1) sim			(2) não			(8) NSA			LIQUI1 <input type="checkbox"/>
51. Passados na peneira	(1) sim			(2) não			(8) NSA			PENER1 <input type="checkbox"/>
52. Raspados	(1) sim			(2) não			(8) NSA			RASP1 <input type="checkbox"/>
53. Amassados com o garfo	(1) sim			(2) não			(8) NSA			AMASS1 <input type="checkbox"/>
54. Picados em pequenos pedaços	(1) sim			(2) não			(8) NSA			PIC1 <input type="checkbox"/>
55. Consistência da família	(1) sim			(2) não			(8) NSA			COFAM1 <input type="checkbox"/>

FREQÜÊNCIA ALIMENTAR – alimentos que devem ser evitados

56. Açúcar (no suco, no leite, no chá...)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	AÇUC1 <input type="checkbox"/>
57. Refrigerante	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	REFRI1 <input type="checkbox"/>
58. Enlatados	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	ENLAT1 <input type="checkbox"/>
59. Embutidos (salame, mortadela...)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	EMB1 <input type="checkbox"/>
58. Salgadinhos (Fandangos, Milhopã, Cheetos.)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	SALG1 <input type="checkbox"/>
60. Balas/ doces (chocolate, pirulito, sorvete...)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	DOCE1 <input type="checkbox"/>
61. Bolacha recheada	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	BOLCH1 <input type="checkbox"/>
62. Café	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CAFE1 <input type="checkbox"/>
63. Chá preto	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CHAP1 <input type="checkbox"/>
64. Frituras	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	FRIT1 <input type="checkbox"/>

65. A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é: (1) igual a da família (3) maior que a da família (2) menor que a da família (8) NSA	SAL1 <input type="checkbox"/>
66. Quem alimenta o bebê na maioria das vezes? (1) mãe (5) funcionária da creche (2) pai (6) outra pessoa/ especificar _____ (3) avó materna (8) NSA (4) avó paterna	ALIBB1 <input type="checkbox"/> OPAB1 _____
Durante as refeições a pessoa que alimenta seu filho(a):	
67. Deixa ele(a) levar o alimento à boca por si próprio? (1) sim (2) não (8) NSA	COMES1 <input type="checkbox"/>
68. Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com ele(a)? (1) sim (2) não (8) NSA	INTRAG1 <input type="checkbox"/>
69. Precisa estimulá-lo (conversar, insistir, oferecer o alimento várias vezes...) a comer? (1) sim (2) não (8) NSA	EST1 <input type="checkbox"/>
70. Força quando ele não quer comer (briga, dá castigo...) (1) sim (2) não (8) NSA	FORÇ1 <input type="checkbox"/>
71. Oferece recompensa (doces, outros alimentos, brinquedos...) (1) sim (2) não (8) NSA	RECOMP1 <input type="checkbox"/>
72. Na maioria das vezes, quem alimenta o bebê quando <u>você sai</u> ? (1) avó materna (4) outra pessoa/ especificar _____ (2) avó paterna (8) NSA (3) companheiro	ALIBBS1 <input type="checkbox"/> ABBMS1 _____
73. Que tipo de água é utilizada para preparar a comida e as bebidas do bebê? (1) do DMAE (5) de vertente (2) mineral (6) de cisterna (3) de poço artesiano (7) outro tipo/ especificar _____ (4) de poço comum (8) NSA	AGUAC1 <input type="checkbox"/> AGBB1 _____
74. Essa água é: (1) fervida (2) filtrada (3) fervida e filtrada (4) sem tratamento caseiro (8) NSA	AGUAT1 <input type="checkbox"/>
75. A comida do bebê é preparada separadamente: (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (8) NSA	COMSE1 <input type="checkbox"/>
76. A comida e/ou o leite do bebê é preparado na hora em ele vai se alimentar: (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (8) NSA	CHOR1 <input type="checkbox"/>
77. Você tem refrigerador? (1) sim (2) não	REFRIG1 <input type="checkbox"/>
78. Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato, para dar mais tarde para o bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA	APRES1 <input type="checkbox"/>
79. Onde você guarda os alimentos e/ou o leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência? (1) na geladeira (2) no freezer (3) em temperatura ambiente (8) NSA	ASOBR1 <input type="checkbox"/>
80. A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite de seu bebê lava as mãos antes do preparo: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) não sabe (8) NSA	LAVM1 <input type="checkbox"/> LAVMB1 <input type="checkbox"/>
81. A pessoa que alimenta o seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição? (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) não sabe (8) NSA	DOENT1 <input type="checkbox"/>
82. Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA	
Se sim, o que muda?	FREQM1 <input type="checkbox"/>
83. Aumenta a frequência das mamadas (1) sim (2) não (8) NSA	ALIQ1 <input type="checkbox"/>
84. Aumenta a oferta de líquidos (1) sim (2) não (8) NSA	FOÇD1 <input type="checkbox"/>
85. Força a criança a comer (1) sim (2) não (8) NSA	PREFE1 <input type="checkbox"/>
86. Oferece os alimentos preferidos da criança (1) sim (2) não (8) NSA	FREQC1 <input type="checkbox"/>
87. Oferece os alimentos com maior frequência (1) sim (2) não (8) NSA	RESTR1 <input type="checkbox"/>
88. Faz restrições alimentares (1) sim (2) não (8) NSA	MUDB1 <input type="checkbox"/>
89. Outros. Especificar _____	_____

APOIO NA AMAMENTAÇÃO

<p>90. Você está recebendo apoio de sua mãe para amamentar? (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA Você recebe apoio de mais alguém?</p> <p>91. Companheiro (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA</p> <p>92. Sogra (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA</p> <p>93. Outros/ Especificar _____ O que a avó materna do bebê faz para ajudar?</p> <p>94. Cuida dos afazeres domésticos (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA</p> <p>95. Cuida do bebê (banho, fralda, colo...) (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA</p> <p>96. Fica com o bebê para a mãe trabalhar/estudar (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA</p> <p>97. Ajuda a posicionar o bebê para mamar (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA</p> <p>98. Alimenta o bebê (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA</p> <p>99. Ajuda de outra forma/ especificar _____ Você, alguma vez, se sentiu pressionada pela sua mãe para dar ao bebê:</p> <p>100. Água (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>101. Chá (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>102. Suco (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>103. Outro leite (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>104. Outros alimentos (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>Você, alguma vez, se sentiu pressionada pela sua sogra para dar ao bebê:</p> <p>105. Água (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>106. Chá (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>107. Suco (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>108. Outro leite (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>109. Outros alimentos (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>110. Você, alguma vez, se sentiu pressionada para parar de amamentar? (1) sim, pela mãe (4) sim, por outra pessoa/ especificar _____ (2) sim, pela sogra (5) não (3) sim, pelo companheiro</p> <p>111. Você retira o seu leite e deixa guardado para o bebê antes de sair de casa? (1) sim, na geladeira (4) não (2) sim, no freezer/congelador (8) NSA (3) sim, em temperatura ambiente</p> <p>112. Como você oferece o leite ordenhado para o bebê? (1) copo (2) mamadeira (3) outra forma/especificar _____ (8) NSA</p>	<p>APMAE1 <input type="checkbox"/></p> <p>APCO1 <input type="checkbox"/> APSOG1 <input type="checkbox"/> APOT1 _____</p> <p>VCUICA1 <input type="checkbox"/> VCUIBB1 <input type="checkbox"/> VFIBB1 <input type="checkbox"/></p> <p>VPOS11 <input type="checkbox"/> VALIM1 <input type="checkbox"/> VMAJ1 _____</p> <p>PMAG1 <input type="checkbox"/> PMCH1 <input type="checkbox"/> PMSC1 <input type="checkbox"/> PMOLT1 <input type="checkbox"/> PMOALI1 <input type="checkbox"/></p> <p>PSAG1 <input type="checkbox"/> PSCH1 <input type="checkbox"/> PSSC1 <input type="checkbox"/> PSOLT1 <input type="checkbox"/> PSOALI1 <input type="checkbox"/></p> <p>PDESM1 <input type="checkbox"/> PPAOP1 _____</p> <p>LTORD1 <input type="checkbox"/></p> <p>OLTOR1 <input type="checkbox"/></p> <p>LEOD1 _____</p>
---	---

USO DE BICO

<p>113 Seu bebê chupa bico? (1) sim (2) não (3) parou</p> <p>114. Por que o bebê recebe bico? (1) para acalmar (4) Não sabe (2) para dormir (5) outro motivo/ especificar _____ (3) é costume/ bonito (8) NSA</p> <p>115. Alguma vez você se sentiu pressionada para dar o bico ao bebê? (1) sim (2) não Se sim, quem pressionou:</p> <p>116. Avó materna (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>117. Avó paterna (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>118. Companheiro/ pai (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>119. Outra pessoa/ especificar _____ (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>120. Quem decidiu dar o bico para o bebê? (1) mãe (4) companheiro/ pai (2) avó materna (5) outra pessoa/ especificar _____</p>	<p>BICO1 <input type="checkbox"/></p> <p>PQBIC1 <input type="checkbox"/> PQBOM1 _____</p> <p>PBIC1 <input type="checkbox"/></p> <p>PMAE1 <input type="checkbox"/> PSOGR1 <input type="checkbox"/> PCOMP1 <input type="checkbox"/> POP1 <input type="checkbox"/> PBOP1 _____ DEUBIC1 <input type="checkbox"/></p>
--	--

(3) avó paterna (8) NSA 121. Com que idade o bebê começou a chupar bico? _____ dias (888) NSA 122. Você costuma adocicar o bico? (1) sim, com mel (4) sim, com funcicória (2) sim, com açúcar (5) sim, com outra coisa/ especificar _____ (3) sim, com chá (6) não (8) NSA 123. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA 124. Com que frequência o bebê usa bico? (1) a maior parte do tempo (3) só para dormir (2) de vez em quando (8) NSA	IDABIC1 □□□ ADBIC1 □ ADBOC1 _____ BICTD1 □ FREQBC1 □
--	--

125. Tipo de alimentação atual (NÃO PREENCHER) (1) aleitamento materno exclusivo (2) aleitamento materno predominante (3) aleitamento materno complementado (peito+outros alimentos) (4) aleitamento misto (peito+outros leites) (5) aleitamento misto complementado (peito+outros leites+outros alimentos) (6) só outro leite (sem aleitamento materno e sem alimentação complementar) (7) sem aleitamento materno e com alimentação complementar 126. Duração do aleitamento materno exclusivo em dias (NÃO PREENCHER) _____	TALIM1 □ AMA1 □□□
--	----------------------

Data da entrevista: DATA1 □□□□□□

Entrevistador ENTRV1 □



**APÊNDICE D – Álbum seriado destinado à
mãe adolescente**



Amamentar
faz a

DIFERENÇA

A woman with blonde hair is shown from the chest up, looking slightly to the right with a thoughtful expression. A large white thought bubble with a black outline is positioned above her head, containing the text 'Por que é importante amamentar?'. The bubble is connected to her head by two smaller white circles. The background is white, with green horizontal bars at the top and bottom of the image.

Por que é importante
amamentar?

PARA O BEBÊ

O leite materno contém todas as vitaminas, proteínas e calorias que fazem o bebê crescer e se desenvolver muito bem.

- O leite da mãe é completo, não falta nada nele.
- O organismo da criança aproveita melhor os nutrientes do leite materno do que de qualquer outro leite.

É como uma vacina que protege o bebê contra doenças.

- O leite materno tem muitas substâncias de defesa contra diarreia, pneumonia, infecção de ouvido e outras infecções. Nenhum outro leite dá essa proteção para o bebê.

Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.

- A inteligência depende da combinação de várias coisas. Por exemplo, dar carinho e atenção, conversar com o bebê e brincar com ele deixam a criança mais esperta. Se ela mamar no peito, melhor ainda, pois hoje se sabe que as crianças amamentadas desenvolvem melhor a inteligência.

Para o BEBÊ

- O leite materno contém todas as vitaminas, proteínas e calorias que fazem o bebê crescer e se desenvolver muito bem.
- É como uma vacina que protege o bebê contra doenças.
- Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.



PARA A MÃE

Faz a mãe perder menos sangue depois parto.

- Quando a criança suga, a mãe produz um hormônio que encolhe o útero, fazendo com que ela perca menos sangue e o útero volte mais rápido ao tamanho normal.

Protege contra o câncer de mama.

- Muitas pesquisas têm mostrado que as mulheres que amamentam têm menos câncer de mama.
- Há pouco tempo se descobriu que a amamentação evita o aparecimento do diabetes.
- Quanto mais tempo a mulher amamenta, menor é o risco de ela ter câncer de mama e diabetes.

Ajuda a perder peso mais rápido.

- Para produzir leite, a mulher queima calorias e perde mais depressa a gordura acumulada durante a gestação.

É mais econômico.

- A mulher que amamenta não gasta comprando leite e mamadeiras. Além disso, economiza gás e água. Como as crianças que mamam no peito adoecem menos, a família economiza também nos remédios.

Para a MÃE

- A mãe perde menos sangue depois do parto.
- Protege contra o câncer de mama e diabetes.
- Ajuda a perder peso mais rápido.
- É mais econômico.



A amamentação é uma forma de trocar carinho com o bebê, deixando a mãe e o bebê mais unidos.

- O ato de amamentar é especial; é um momento de muita intimidade entre mãe e bebê.
- O organismo da mãe que está amamentando produz hormônios que dão uma sensação de bem-estar para ela e relaxam o bebê, e isso faz com que os dois se sintam muito próximos um do outro.

E mais...

- A amamentação é uma forma de trocar carinho com o bebê, deixando a mãe e o bebê mais unidos.



Como o leite é fabricado ?



O leite é fabricado nas glândulas da mama.

- O bebê faz um movimento com a língua que traz o leite das bolsinhas para a sua boca. Por isso, é importante que o bebê pegue o mamilo e também boa parte da aréola.

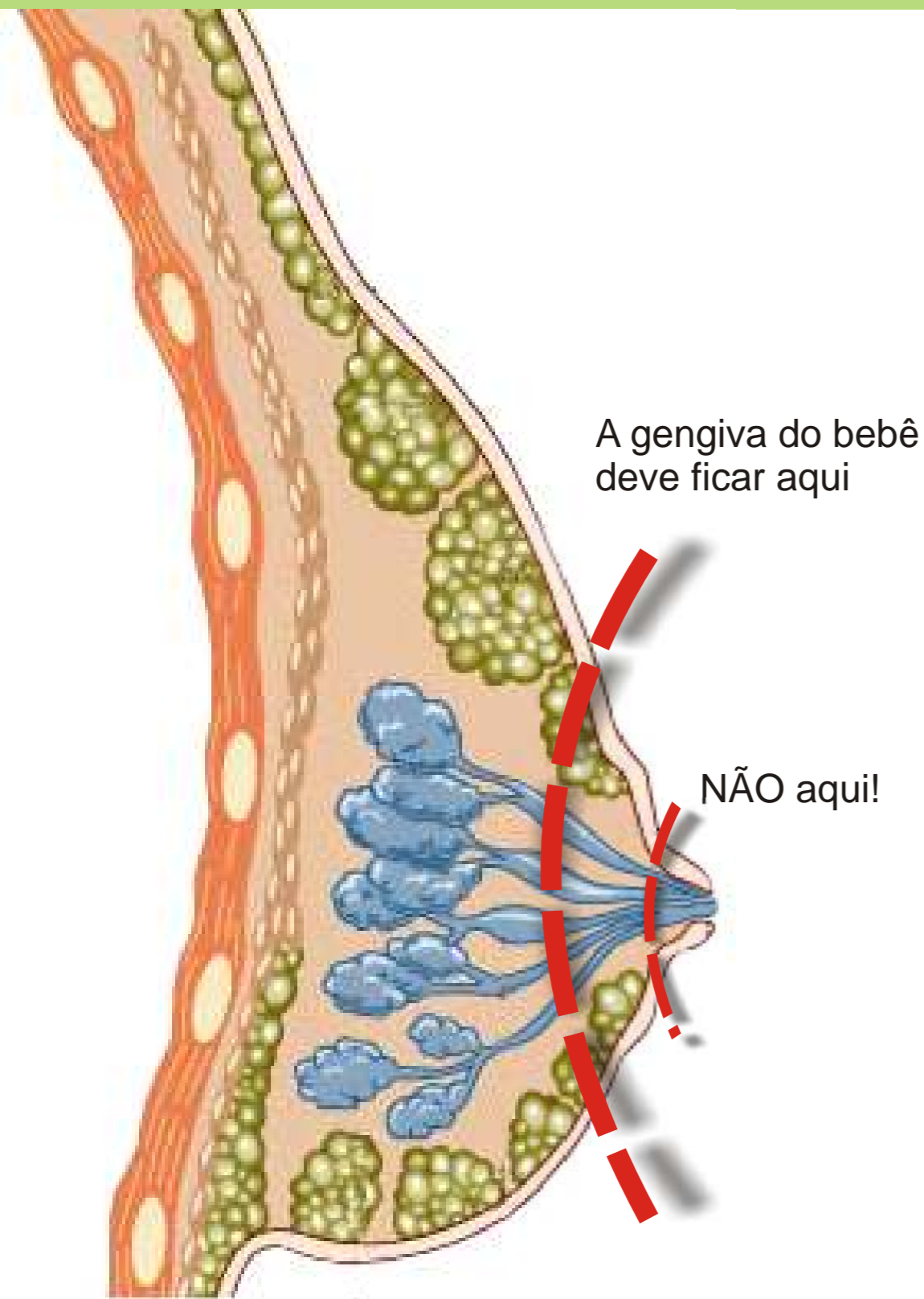
O leite desce por canais até umas bolsinhas que ficam atrás da aréola.

- Se o bebê pega só o mamilo, a língua não alcança as bolsinhas e o leite não sai.

O bebê retira o leite das bolsinhas com a língua.

- O bebê aperta as bolsinhas com a língua para retirar o leite.
- Por isso, é importante que o bebê pegue também a aréola, não só o mamilo.

A quantidade de leite que a mãe fabrica depende de quanto o bebê mama; quanto mais o bebê mama, mais leite a mãe fabrica.



- O leite é fabricado nas glândulas da mama.
- O leite desce por canais até umas bolsinhas que ficam atrás da aréola.
- O bebê retira o leite das bolsinhas usando a língua.
- Por isso é importante que o bebê pegue o mamilo e também a aréola.
- A quantidade de leite que a mãe fabrica depende de quanto o bebê mama; quanto mais o bebê mama, mais leite a mãe fabrica.

Até **que idade** é bom o bebê mamar?



Hoje em dia se recomenda que o bebê mame no peito por dois anos ou mais.

- Mesmo depois do bebê começar a comer outros alimentos, o leite materno continua sendo muito importante não só para que ele cresça e se desenvolva bem, mas também para protegê-lo contra doenças.

O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.

- Assim, o desmame é mais tranquilo, tanto para o bebê quanto para a mãe. A criança larga o peito quando está madura para isso.

Nos primeiros 6 meses, tudo o que o bebê precisa tem no leite materno.

O bebê que está recebendo só leite de peito não precisa de água, chás ou outros leites.

- O leite materno contém toda a água que o bebê precisa. Mesmo em dias quentes, o bebê não precisa de outros líquidos.



- Hoje em dia se recomenda que o bebê mame no peito por **2 anos ou mais.**
- O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.
- Nos primeiros 6 meses, tudo o que o bebê precisa tem no leite materno.
- O bebê que está recebendo só leite de peito não precisa de água, chás ou outros leites.

Quantas vezes
por dia o bebê
deve mamar?

8x ?

1x

10x

5x

18x

?

13x



Sempre que o bebê quiser, de dia e de noite.

- Cada um de nós tem o seu jeito de se alimentar: alguns comem bastante e demoram para se alimentar de novo, outros gostam de comer pouco e mais seguido. Da mesma maneira, cada bebê tem seu jeito de mamar.

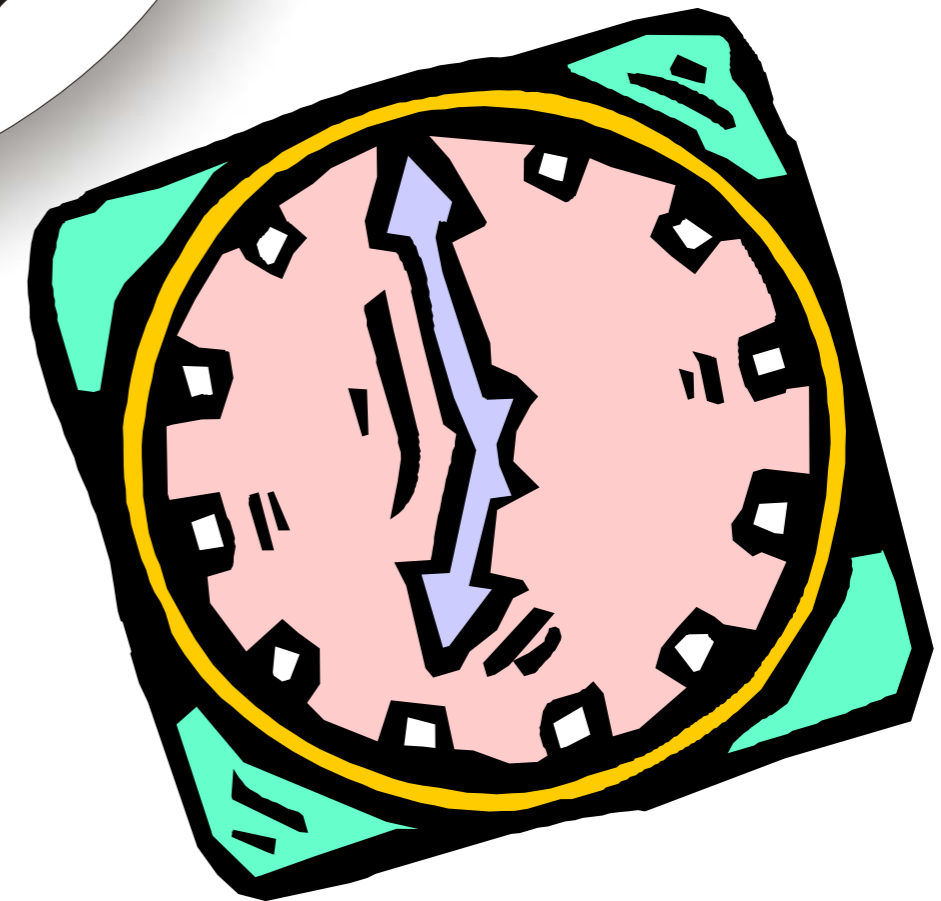
Bebê não tem horário para mamar!

- Nos primeiros meses, não se pode esperar que a criança fique toda a noite sem mamar, pois seu estômago é pequeno. Com o tempo, o bebê passa a aumentar os intervalos entre as mamadas durante a noite.
- É importante lembrar que, às vezes, o bebê quer o peito não porque está com fome, mas porque está precisando ficar juntinho da sua mãe.

- Sempre que o bebê quiser, de dia e de noite.
- Bebê não tem horário para mamar!



Quanto tempo
o bebê deve ficar
no peito a
cada mamada?



O tempo de cada mamada depende do bebê.

Cada criança tem o seu ritmo.

- Alguns bebês são mais rápidos para mamar do que outros; o tempo da mamada também depende da fome do bebê e do intervalo entre uma mamada e outra.

O importante é que o bebê esvazie as mamas e fique satisfeito.

- O leite do final da mamada tem mais gorduras e, por isso, mata mais a fome do bebê. Assim, o bebê que esvazia bem a mama fica mais satisfeito e aumenta o intervalo entre as mamadas.

- O tempo de cada mamada depende do bebê.
- Cada criança tem o seu ritmo.
- O importante é que o bebê esvazie bem as mamas e fique satisfeito.



Mamadeira
faz **mal**?



SIM!

As crianças que tomam água, chá ou outros leites na mamadeira têm mais diarreia.

As crianças que recebem outro leite nos primeiros meses têm mais chances de ter também doenças respiratórias, infecção no ouvido, asma, alergias e diabetes.

Sugar na mamadeira é bem diferente de mamar no peito; isso pode confundir o bebê e fazer com que ele não queira mais mamar no peito.

- A criança precisa fazer menos esforço para retirar o leite da mamadeira do que do peito, e isso pode fazer com que ela não queira mais mamar no peito. Mas o esforço que a criança faz para tirar o leite do peito é muito importante para o desenvolvimento do rosto e dos dentes.

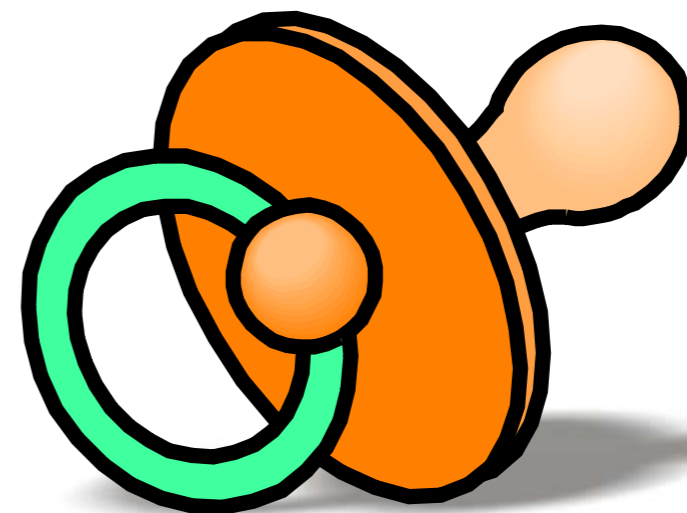
SIM!

- As crianças que tomam água, chá ou outros leites na mamadeira têm mais diarreia.
- As crianças que recebem outro leite nos primeiros meses têm mais chances de ter também doenças respiratórias, infecção no ouvido, asma, alergias e diabetes.
- Sugar na mamadeira é bem diferente de mamar no peito; isso pode confundir o bebê e fazer com que ele não queira mais mamar no peito.





Bico
faz mal?



SIM!

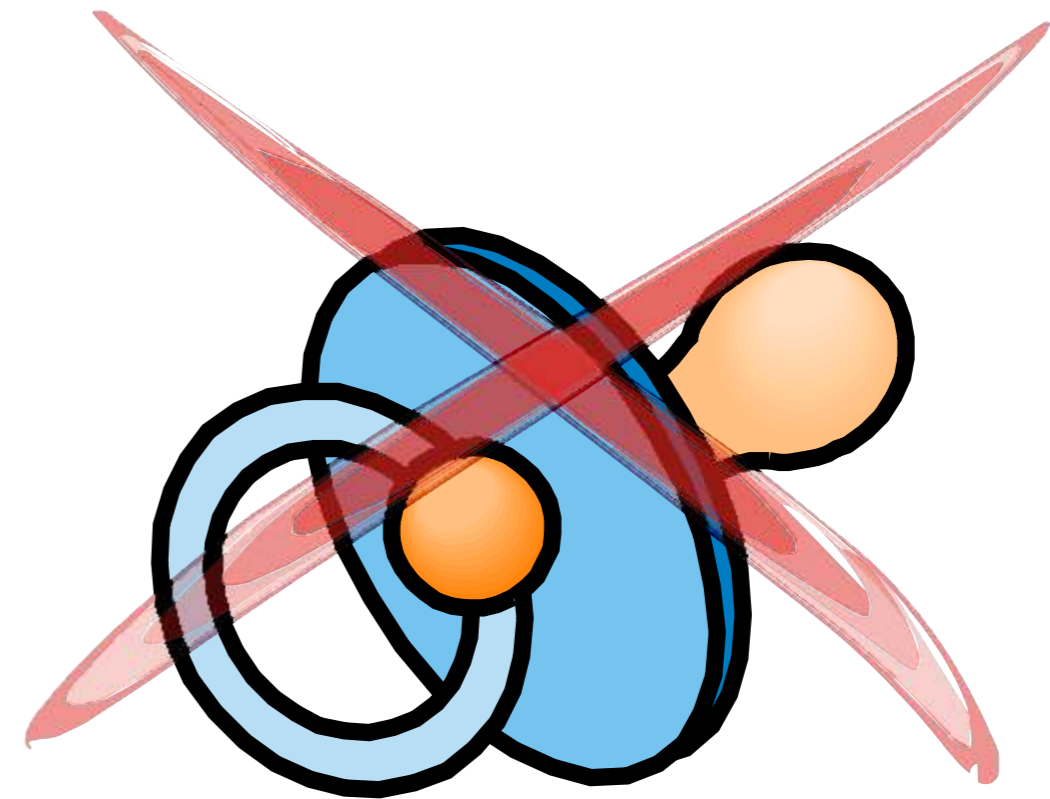
As crianças que usam bico largam o peito mais cedo e têm mais sapinho, diarreia e vermes do que as que não usam.

- Várias pesquisas mostram que crianças que chupam bico largam o peito mais cedo do que aquelas que não chupam bico.
- É muito fácil contaminar o bico com germes que causam doenças, porque ele é muito difícil de lavar bem.

Assim como a mamadeira, também o bico pode causar problemas nos dentes, na fala e na respiração.

SIM!

- As crianças que usam bico largam o peito mais cedo e têm mais sapinho, diarreia e vermes.
- Assim como a mamadeira, também o bico pode causar problemas nos dentes, na fala e na respiração.





O *jeito* de
amamentar
faz diferença?

Com alguns cuidados, a amamentação não machuca o peito e fica mais fácil para o bebê retirar o leite.

A mãe deve sentar-se de um jeito confortável.

- É importante que a mãe e o bebê estejam confortáveis.
- De preferência, a mãe deve amamentar sentada, sempre que possível com as costas bem apoiadas na cadeira.

O bebê deve estar virado para a mãe, bem juntinho de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres.

- Se o bebê não está bem firme junto ao corpo da mãe, ele pode escorregar e ficar sugando só no bico do peito.
- O bebê deve ficar todo de frente para a mãe, pois se o seu pescoço está torcido, fica difícil para ele engolir o leite.

A dor pode ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito.

- Se a pega não está boa, o bebê pode machucar o mamilo, fazendo com que a mãe sinta dor. Se isso acontece, a mãe deve interromper a mamada, colocando o dedo minguinho no canto da boca da criança, para ela largar o peito. Depois, iniciar novamente a mamada, tomando os cuidados para que a criança tenha uma boa pega.

SIM!



- Com alguns cuidados, a amamentação não machuca o peito e fica mais fácil para o bebê retirar o leite:

- A mãe deve sentar-se de um jeito confortável.
- O bebê deve estar virado para a mãe, bem junto de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres.
- A dor pode ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito



A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e o nariz na altura do mamilo.

Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.

- Se a boca do bebê não está bem aberta, ele só consegue pegar o bico do peito; nesse caso, ele pode machucar o peito da mãe.

O queixo do bebê deve encostar na mama, os lábios devem ficar virados para fora e o nariz estar livre.

- Se o bebê pega o peito como deve, a mãe não precisa segurar o peito para livrar o nariz do bebê. Apertar o peito com o dedo pode prejudicar a pega do bebê e dificultar a saída do leite.

A criança deve pegar mais aréola na parte de baixo da boca do que na de cima.

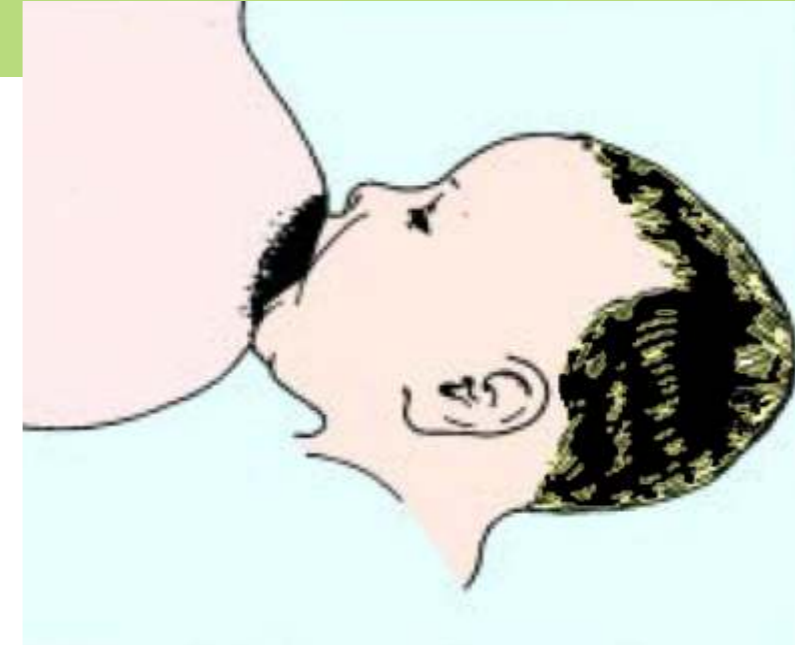
- Dessa maneira fica mais fácil para o bebê retirar o leite das bolsinhas. Além disso, o mamilo da mãe fica numa boa posição dentro da boca do bebê, protegido contra rachaduras.



A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e a boca abaixo do mamilo.

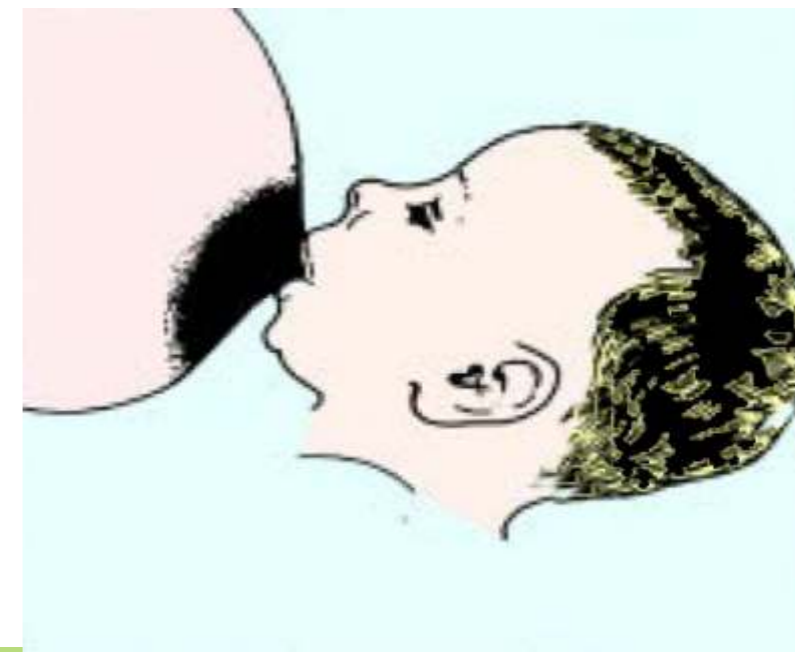


Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.



Pega correta

Os lábios do bebê devem ficar virados para fora e o nariz estar livre. O queixo do bebê encosta na mama e aparece mais aréola na parte de cima da boca do que na de baixo.



Pega incorreta

O que fazer para o
bico do seio
não rachar?



O mais importante é o jeito de amamentar.

- Se a criança pega o peito da maneira como já vimos, dificilmente ela vai machucar a mãe.

Além disso, é importante manter os mamilos secos.

- A umidade deixa a pele mais sensível e favorece a rachadura. Por isso, quando o peito vaza, a mãe tem que trocar os forros seguidamente.

Não usar sabonete para lavar os mamilos.

- Ele retira a proteção natural da pele, facilitando as rachaduras.

Se antes de amamentar a aréola está muito cheia e endurecida, é bom retirar um pouco de leite para ela ficar mais macia.

- Quando a aréola está muito dura e esticada, é porque as mamas estão muito cheias. Quando isso acontece, o bebê não consegue pegar bem a aréola, pegando só o mamilo, o que causa dor e rachaduras.

Se o peito racha, a mãe pode colocar leite materno na rachadura e procurar atendimento.

- O leite materno ajuda a hidratar a pele do mamilo e tem substâncias que protegem contra infecção. Aconselha-se não usar cremes ou qualquer outra coisa nas rachaduras, por exemplo casca de mamão ou banana, chá preto, etc., pois isso pode piorar as rachaduras e causar infecção.
- Recomenda-se que a mãe procure atendimento para tratar das rachaduras.

O mais importante é o jeito de amamentar.

Além disso, é importante:

- Manter os mamilos secos.
- Não usar sabonete para lavar os mamilos.
- Se antes de amamentar a aréola estiver muito cheia e endurecida, é bom retirar um pouco de leite para ela ficar mais macia.
- Se o peito rachar, a mãe pode colocar leite materno na rachadura e procurar atendimento.





O que fazer
para a mama
não empedrar?

Deixar o bebê mamar à vontade.

- Dessa maneira, o leite não fica acumulado no peito por muito tempo.

É importante o bebê esvaziar bem uma mama antes de passar para a outra.

- Isso faz com que o leite seja sempre renovado, evitando que ele empedre.

É bom que a mãe ofereça primeiro o peito em que o bebê mamou por último.

- Dessa maneira ela garante que as duas mamas sejam bem esvaziadas.

Se a mama fica muito cheia e dolorida, é importante que a mãe retire um pouco de leite para aliviar o desconforto.

- A mama pode encher muito nos primeiros dias. Se isso acontece, a mãe pode retirar o excesso de leite com a mão. Com o passar dos dias, o corpo da mãe vai se acostumando com a quantidade de leite que é preciso para satisfazer o bebê e não haverá mais excesso de leite.



- Deixar o bebê mamar à vontade.
- Esvaziar bem uma mama antes de passar para a outra.
- Começar a mamada pelo peito em que o bebê mamou por último.
- Se a mama ficar muito cheia e dolorida, retirar o excesso de leite.



Como retirar
o **excesso**
de leite?

O melhor é retirar o leite com as mãos, pois as bombinhas podem machucar o peito.

- Com a mão, a mãe consegue tirar o leite com mais delicadeza do que com as bombinhas. As bombinhas puxam e esticam muito os mamilos, podendo deixá-los doloridos e até machucados.

Antes de retirar o leite, é bom massagear as mamas.

- As massagens circulares ajudam o leite a sair. Quando a mama está muito dura, a mãe precisa fazer mais massagens.

Para esvaziar as mamas, é preciso apertar as bolsinhas de leite com o polegar e o indicador.

- A mãe deve colocar a mão em forma de C e apertar as bolsinhas como se os dedos fossem se encontrar. É melhor usar a mão do lado do peito do qual a mãe quer retirar o leite.

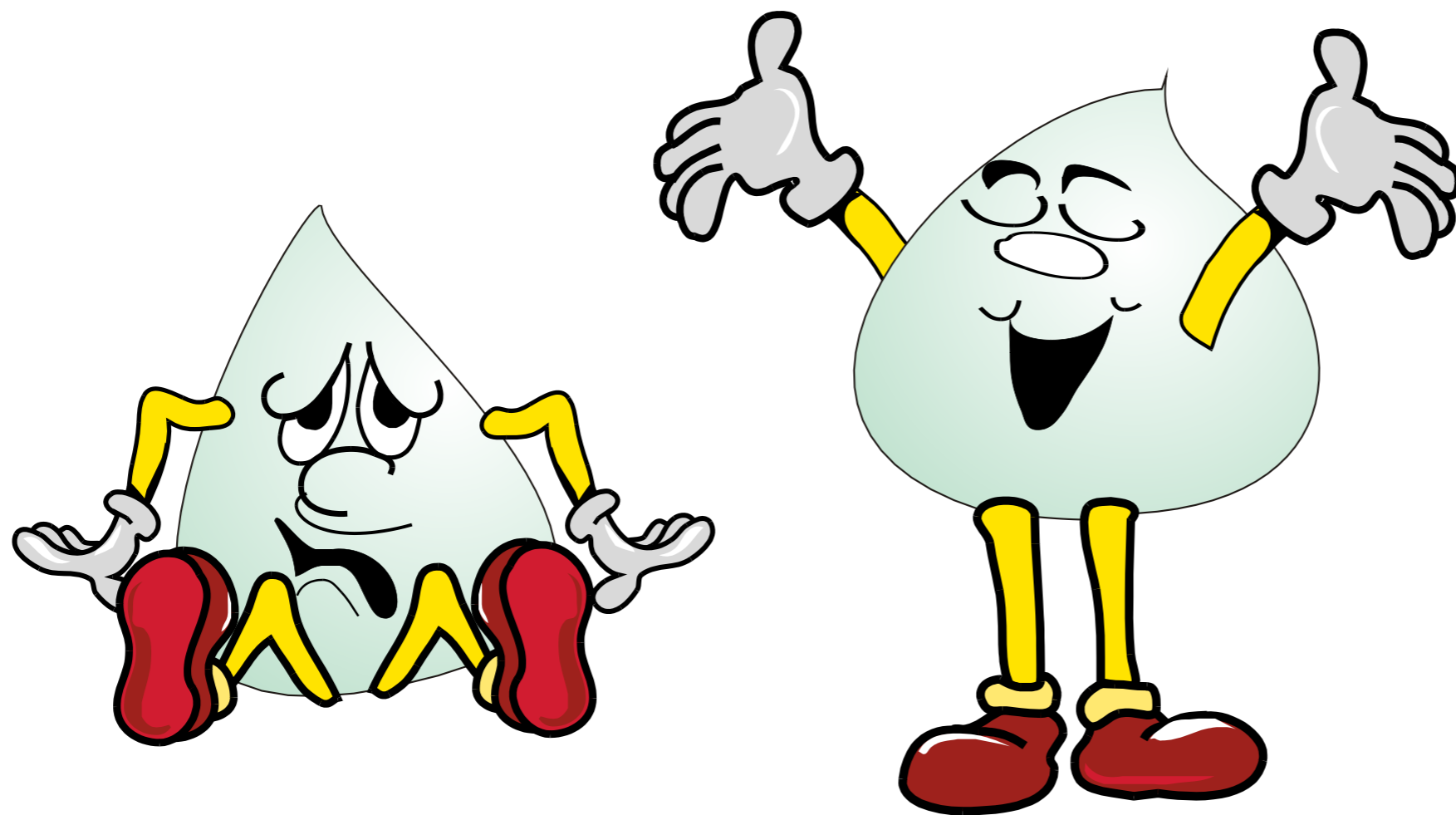
No início, o leite sai em gotas e, logo depois, em pequenos jatos.

- Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola é importante para esvaziar todas as bolsinhas. Quando começa a sair pouco leite, passar para a outra mama. Isso pode ser repetido quantas vezes for preciso.



- O melhor é retirar o leite com as mãos; as bombinhas podem machucar o peito.
- Antes de retirar o leite, é bom massagear as mamas.
- Para esvaziar as mamas, é preciso apertar as bolsinhas de leite com o polegar e o indicador.
- No início, o leite sai em gotas e, logo depois, em pequenos jatos.

Existe
leite **fraco**?



Não!

Não existe leite fraco!

- Muitas pessoas ficam impressionadas com a cor do leite do peito.

A cor do leite não quer dizer que ele seja mais forte ou mais fraco.

No início da mamada, o leite é mais clarinho do que no final.

- Isso não quer dizer que o leite seja fraco!

- No meio da mamada, o leite fica mais branco, e mais para o final é mais amarelado. Durante a mamada, a quantidade de gordura no leite vai aumentando.

A cor do leite pode mudar com a dieta da mãe.

- Por exemplo, se a mãe come muita cenoura ou outros alimentos amarelos, seu leite pode ficar mais amarelado.

Se o bebê não esvazia bem as mamas, ele pode sentir fome muito seguido. Isso não quer dizer que o leite seja fraco.

- Pode ser que o bebê não esteja pegando bem o peito e, por isso, não consiga esvaziar bem as mamas.

- Se o bebê não consegue retirar o leite do final da mamada, que tem mais calorias, ele pode não ficar satisfeito, querendo mamar muito seguido.

- É importante deixar que o bebê mame à vontade, até largar o peito sozinho, para então oferecer o outro peito.

NÃO!

- A cor do leite não quer dizer que ele seja mais forte ou mais fraco.
- No início da mamada, o leite é mais clarinho.
- A cor do leite pode mudar com a dieta da mãe.
- Se o bebê não esvazia bem as mamas, ele pode sentir fome muito seguido. Isso não quer dizer que o leite seja fraco.



Por que os
bebês
choram?



O choro é o jeito do bebê mostrar que está querendo alguma coisa. Nem todo choro do bebê é fome ou cólica.

- O bebê está se acostumando a um novo mundo. Ele pode estranhar e ficar assustado, e por isso chora.
- Ele também pode chorar porque está com calor ou frio, porque está com as fraldas sujas ou porque está querendo sentir o calor e o cheiro da mãe.

Muitas vezes, o que o bebê está pedindo é atenção e carinho:

“Dê colinho e não chazinho”.

- O chá não resolve o choro do bebê e pode fazer mal.
- Muitas vezes, o bebê só precisa de aconchego e colinho para se acalmar.

Com o tempo, se aprende a melhor maneira de acalmar o bebê.

- Com a convivência, a mãe aprende a conhecer as vontades do bebê e o jeito diferente dele chorar quando tem dor, sono ou outro desconforto.



- O choro é o jeito do bebê mostrar que está querendo alguma coisa.
- Nem todo choro do bebê é fome ou cólica.

- Muitas vezes, o que o bebê está pedindo é atenção e carinho: **“Dê colinho e não chazinho”**.
- Com o tempo, se aprende a melhor maneira de acalmar o bebê.



Como a avó
pode **ajudar**?



Converse com sua mãe e veja no que ela pode ajudar!

- O importante é que você converse com a sua mãe e deixe claro de que maneira ela poderia ajudá-la neste período.

CONVERSE
COM SUA MÃE
E VEJA NO
QUE ELA
PODE AJUDAR!





Material elaborado por

Dr^a. Elsa Regina Justo Giugliani - Coordenação
Enf. Lilian Córdova do Espírito Santo
Nut. Luciana Dias de Oliveira
Nut. Vera Beatriz Zart
Enf. Olga Claudino Bica
Ped. Leandro Meirelles Nunes

Ilustração da adolescente amamentando: **Ilse Ana**

Fotografias: **Clóvis Prates (HCPA)**
Luciana Dias de Oliveira
Olga Claudino Bica
Vera Beatriz Zart
Projeto Gráfico: **MarcaVisual - Criações Gráficas**

Financiamento



Porto Alegre 2006.

**APÊNDICE E – Álbum seriado destinado à avó
materna**

VOVÓ!
seu apoio vale OURO!



Ajude sua filha
na amamentação.

Participe
desse momento!

Hoje em dia se sabe o quanto é importante a amamentação, mas nem sempre é fácil amamentar, principalmente no começo.

A avó pode ajudar muito para que a mãe consiga levar adiante a amamentação.

Desde a época em que sua filha nasceu, muitas pesquisas foram feitas e algumas coisas mudaram. Por isso, gostaríamos de conversar sobre a amamentação.

Por que é importante
amamentar?



PARA O BEBÊ

O leite materno contém todas as vitaminas, proteínas e calorias que fazem o bebê crescer e se desenvolver muito bem.

- O leite da mãe é completo, não falta nada nele.
- O organismo da criança aproveita melhor os nutrientes do leite materno do que de qualquer outro leite.

É como uma vacina que protege o bebê contra doenças.

- O leite materno tem muitas substâncias de defesa contra diarreia, pneumonia, infecção de ouvido e outras infecções. Nenhum outro leite dá essa proteção para o bebê.

Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.

- A inteligência depende da combinação de várias coisas. Por exemplo, dar carinho e atenção, conversar com o bebê e brincar com ele deixam a criança mais esperta. Se ela mamar no peito, melhor ainda, pois hoje se sabe que as crianças amamentadas desenvolvem melhor a inteligência.

Para o BEBÊ

- O leite materno contém todas as vitaminas, proteínas e calorias que fazem o bebê crescer e se desenvolver muito bem.
- É como uma vacina que protege o bebê contra doenças.
- Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.



PARA A MÃE

Faz a mãe perder menos sangue depois parto.

- Quando a criança suga, a mãe produz um hormônio que encolhe o útero, fazendo com que ela perca menos sangue e o útero volte mais rápido ao tamanho normal.

Protege contra o câncer de mama.

- Muitas pesquisas têm mostrado que as mulheres que amamentam têm menos câncer de mama.
- Há pouco tempo se descobriu que a amamentação evita o aparecimento do diabetes.
- Quanto mais tempo a mulher amamenta, menor é o risco de ela ter câncer de mama e diabetes.

Ajuda a perder peso mais rápido.

- Para produzir leite, a mulher queima calorias e perde mais depressa a gordura acumulada durante a gestação.

É mais econômico.

- A mulher que amamenta não gasta comprando leite e mamadeiras. Além disso, economiza gás e água. Como as crianças que mamam no peito adoecem menos, a família economiza também nos remédios.

Para a MÃE

- A mãe perde menos sangue depois do parto.
- Protege contra o câncer de mama e diabetes.
- Ajuda a perder peso mais rápido.
- É mais econômico.



Até **que idade**
é bom o bebê
mamar?



Hoje em dia se recomenda que o bebê mame no peito por dois anos ou mais.

- Mesmo depois do bebê começar a comer outros alimentos, o leite materno continua sendo muito importante não só para que ele cresça e se desenvolva bem, mas também para protegê-lo contra doenças.

O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.

- Assim, o desmame é mais tranquilo, tanto para o bebê quanto para a mãe. A criança larga o peito quando está madura para isso.

Nos primeiros 6 meses, tudo o que o bebê precisa tem no leite materno.

O bebê que está recebendo só leite de peito não precisa de água, chás ou outros leites.

- O leite materno contém toda a água que o bebê precisa. Mesmo em dias quentes, o bebê não precisa de outros líquidos.



- Hoje em dia se recomenda que o bebê mame no peito por **2 anos ou mais.**
- O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.
- Nos primeiros 6 meses, tudo o que o bebê precisa tem no leite materno.
- O bebê que está recebendo só leite de peito não precisa de água, chás ou outros leites.

Quantas vezes
por dia o bebê
deve mamar?

8x
7x

?
10x

5x

1x

?

7x



Sempre que o bebê quiser, de dia e de noite.

- Cada um de nós tem o seu jeito de se alimentar: alguns comem bastante e demoram para se alimentar de novo, outros gostam de comer pouco e mais seguido. Da mesma maneira, cada bebê tem seu jeito de mamar.

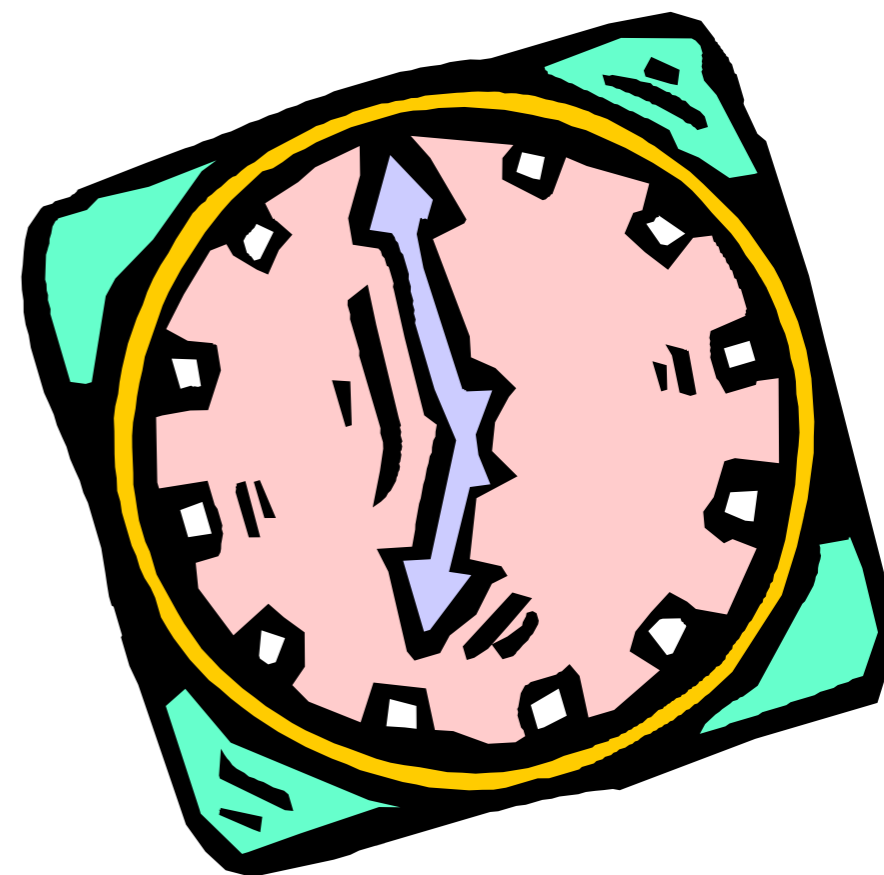
Bebê não tem horário para mamar!

- Nos primeiros meses, não se pode esperar que a criança fique toda a noite sem mamar, pois seu estômago é pequeno. Com o tempo, o bebê passa a aumentar os intervalos entre as mamadas durante a noite.
- É importante lembrar que, às vezes, o bebê quer o peito não porque está com fome, mas porque está precisando ficar juntinho da sua mãe.

- Sempre que o bebê quiser, de dia e de noite.
- Bebê não tem horário para mamar!



Quanto tempo
o bebê deve ficar
no peito a cada mamada?



O tempo de cada mamada depende do bebê.

Cada criança tem o seu ritmo.

- Alguns bebês são mais rápidos para mamar do que outros; o tempo da mamada também depende da fome do bebê e do intervalo entre uma mamada e outra.

O importante é que o bebê esvazie as mamas e fique satisfeito.

- O leite do final da mamada tem mais gorduras e, por isso, mata mais a fome do bebê. Assim, o bebê que esvazia bem a mama fica mais satisfeito e aumenta o intervalo entre as mamadas.

- O tempo de cada mamada depende do bebê.
- Cada criança tem o seu ritmo.
- O importante é que o bebê esvazie bem as mamas e fique satisfeito.



Mamadeira
faz **mal**?



SIM!

As crianças que tomam água, chá ou outros leites na mamadeira têm mais diarreia.

As crianças que recebem outro leite nos primeiros meses têm mais chances de ter também doenças respiratórias, infecção no ouvido, asma, alergias e diabetes.

Sugar na mamadeira é bem diferente de mamar no peito; isso pode confundir o bebê e fazer com que ele não queira mais mamar no peito.

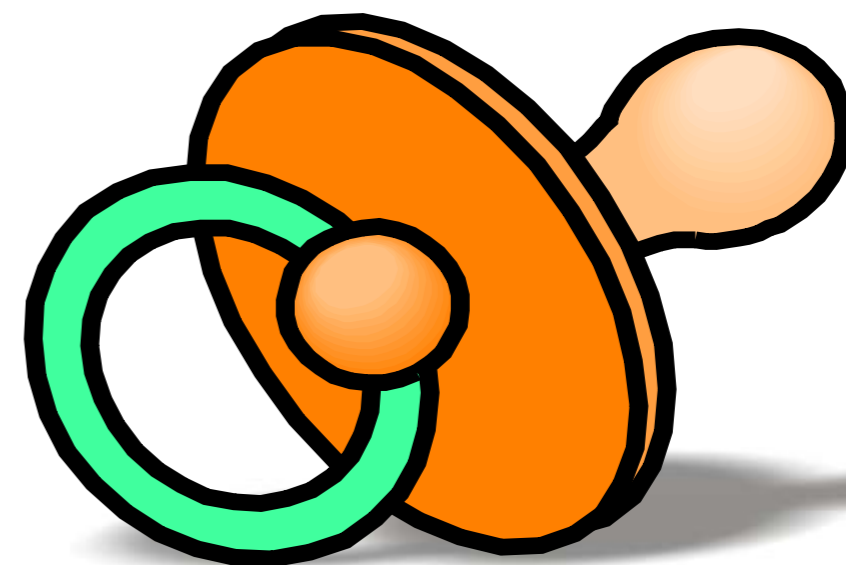
- A criança precisa fazer menos esforço para retirar o leite da mamadeira do que do peito, e isso pode fazer com que ela não queira mais mamar no peito. Mas o esforço que a criança faz para tirar o leite do peito é muito importante para o desenvolvimento do rosto e dos dentes.

SIM!

- As crianças que tomam água, chá ou outros leites na mamadeira têm mais diarreia.
- As crianças que recebem outro leite nos primeiros meses têm mais chances de ter também doenças respiratórias, infecção no ouvido, asma, alergias e diabetes.
- Sugar na mamadeira é bem diferente de mamar no peito; isso pode confundir o bebê e fazer com que ele não queira mais mamar no peito.



Bico
faz mal?



SIM!

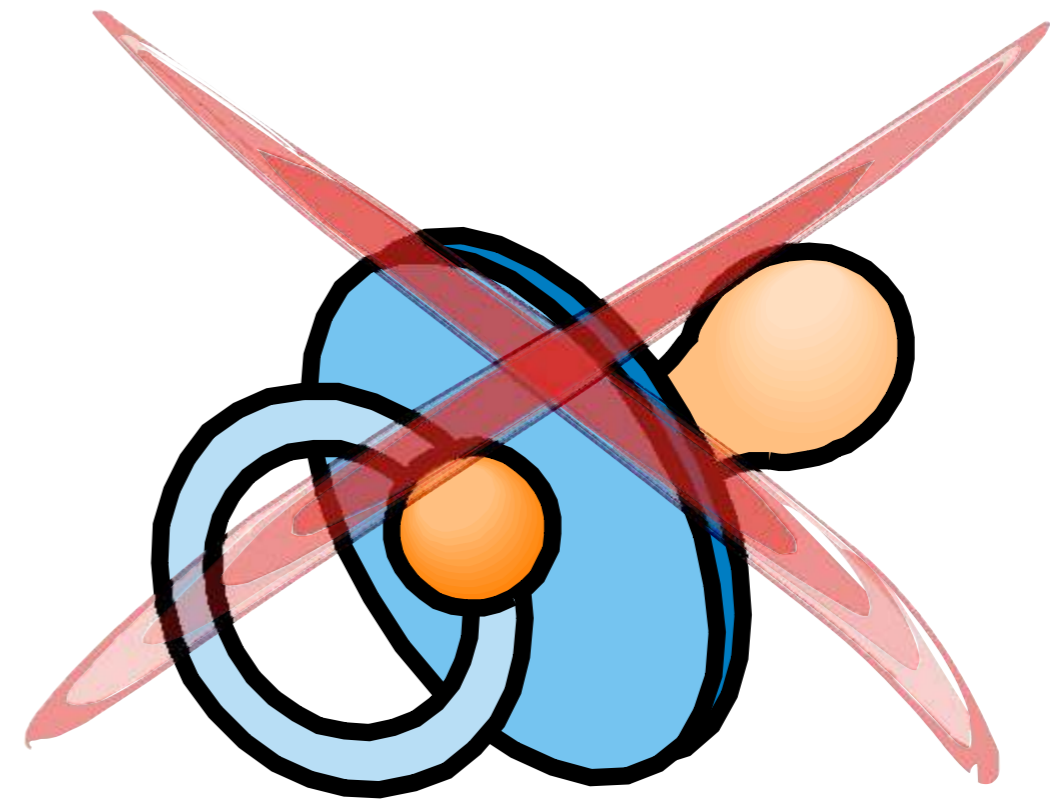
As crianças que usam bico largam o peito mais cedo e têm mais sapinho, diarreia e vermes do que as que não usam.

- Várias pesquisas mostram que crianças que chupam bico largam o peito mais cedo do que aquelas que não chupam bico.
- É muito fácil contaminar o bico com germes que causam doenças, porque ele é muito difícil de lavar bem.

Assim como a mamadeira, também o bico pode causar problemas nos dentes, na fala e na respiração.

SIM!

- As crianças que usam bico largam o peito mais cedo e têm mais sapinho, diarreia e vermes.
- Assim como a mamadeira, também o bico pode causar problemas nos dentes, na fala e na respiração.





O *jeito* de
amamentar
faz
diferença?

Com alguns cuidados, a amamentação não machuca o peito e fica mais fácil para o bebê retirar o leite.

A mãe deve sentar-se de um jeito confortável.

- É importante que a mãe e o bebê estejam confortáveis.
- De preferência, a mãe deve amamentar sentada, sempre que possível com as costas bem apoiadas na cadeira.

O bebê deve estar virado para a mãe, bem juntinho de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres.

- Se o bebê não está bem firme junto ao corpo da mãe, ele pode escorregar e ficar sugando só no bico do peito.
- O bebê deve ficar todo de frente para a mãe, pois se o seu pescoço está torcido, fica difícil para ele engolir o leite.

A dor pode ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito.

- Se a pega não está boa, o bebê pode machucar o mamilo, fazendo com que a mãe sinta dor. Se isso acontece, a mãe deve interromper a mamada colocando o dedo minguinho no canto da boca da criança para ela largar o peito. Depois, iniciar novamente a mamada, tomando os cuidados para que a criança tenha uma boa pega.

SIM!



- Com alguns cuidados, a amamentação não machuca o peito e fica mais fácil para o bebê retirar o leite:

- A mãe deve sentar-se de um jeito confortável.
- O bebê deve estar virado para a mãe, bem junto de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres.
- A dor pode ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito



A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e o nariz na altura do mamilo.

Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.

- Se a boca do bebê não está bem aberta, ele só consegue pegar o bico do peito; nesse caso, ele pode machucar o peito da mãe.

O queixo do bebê deve encostar na mama, os lábios devem ficar virados para fora e o nariz estar livre.

- Se o bebê pega o peito como deve, a mãe não precisa segurar o peito para livrar o nariz do bebê. Apertar o peito com o dedo pode prejudicar a pega do bebê e dificultar a saída do leite.

A criança deve pegar mais aréola na parte de baixo da boca do que na de cima.

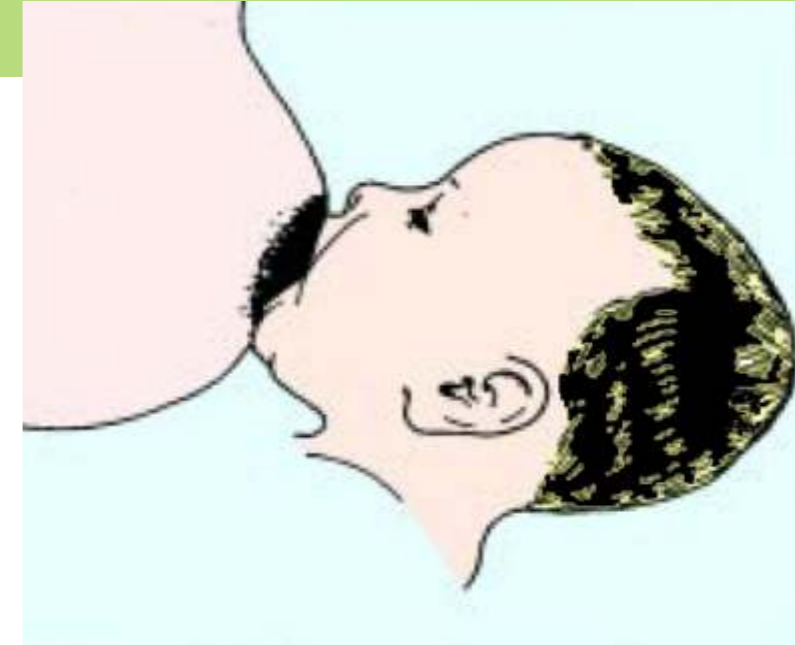
- Dessa maneira fica mais fácil para o bebê retirar o leite das bolsinhas. Além disso, o mamilo da mãe fica numa boa posição dentro da boca do bebê, protegido contra rachaduras.



A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e a boca abaixo do mamilo.

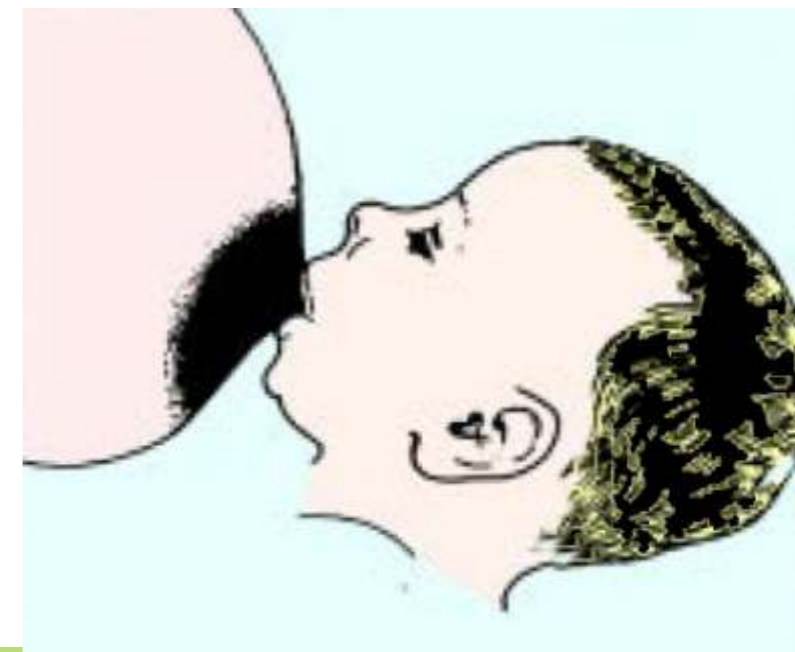


Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.



Pega correta

Os lábios do bebê devem ficar virados para fora e o nariz estar livre. O queixo do bebê encosta na mama e aparece mais aréola na parte de cima da boca do que na de baixo.



Pega incorreta



O que fazer
para o
bico do seio
não rachar?

O mais importante é o jeito de amamentar.

- Se a criança pega o peito da maneira como já vimos, dificilmente ela vai machucar a mãe.

Além disso, é importante manter os mamilos secos.

- A umidade deixa a pele mais sensível e favorece a rachadura. Por isso, quando o peito vaza, a mãe tem que trocar os forros seguidamente.

Não usar sabonete para lavar os mamilos.

- Ele retira a proteção natural da pele, facilitando as rachaduras.

Se antes de amamentar a aréola está muito cheia e endurecida, é bom retirar um pouco de leite para ela ficar mais macia.

- Quando a aréola está muito dura e esticada, é porque as mamas estão muito cheias. Quando isso acontece, o bebê não consegue pegar bem a aréola, pegando só o mamilo, o que causa dor e rachaduras.

Se o peito racha, a mãe pode colocar leite materno na rachadura e procurar atendimento.

- O leite materno ajuda a hidratar a pele do mamilo e tem substâncias que protegem contra infecção. Aconselha-se não usar cremes ou qualquer outra coisa nas rachaduras, por exemplo casca de mamão ou banana, chá preto, etc., pois isso pode piorar as rachaduras e causar infecção.
- Recomenda-se que a mãe procure atendimento para tratar das rachaduras.

O mais importante é o jeito de amamentar.

Além disso, é importante:

- Manter os mamilos secos.
- Não usar sabonete para lavar os mamilos.
- Se antes de amamentar a aréola estiver muito cheia e endurecida, é bom retirar um pouco de leite para ela ficar mais macia.
- Se o peito rachar, a mãe pode colocar leite materno na rachadura e procurar atendimento.





O que fazer
para a mama
não empedrar?

Deixar o bebê mamar à vontade.

- Dessa maneira, o leite não fica acumulado no peito por muito tempo.

É importante o bebê esvaziar bem uma mama antes de passar para a outra.

- Isso faz com que o leite seja sempre renovado, evitando que ele empedre.

É bom que a mãe ofereça primeiro o peito em que o bebê mamou por último.

- Dessa maneira ela garante que as duas mamas sejam bem esvaziadas.

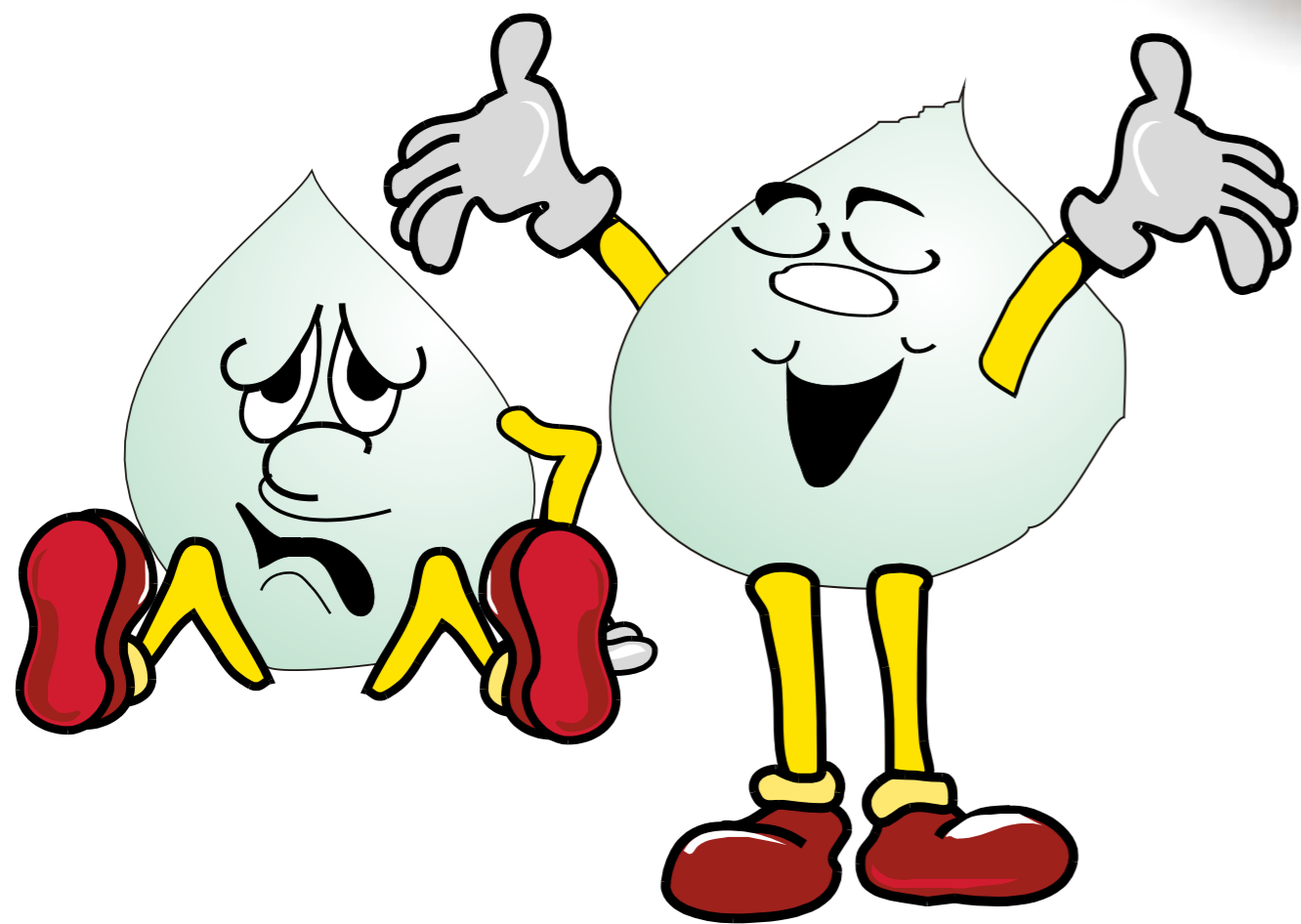
Se a mama fica muito cheia e dolorida, é importante que a mãe retire um pouco de leite para aliviar o desconforto.

- A mama pode encher muito nos primeiros dias. Se isso acontece, a mãe pode retirar o excesso de leite com a mão. Com o passar dos dias, o corpo da mãe vai se acostumando com a quantidade de leite que é preciso para satisfazer o bebê e não haverá mais excesso de leite.



- Deixar o bebê mamar à vontade.
- Esvaziar bem uma mama antes de passar para a outra.
- Começar a mamada pelo peito em que o bebê mamou por último.
- Se a mama ficar muito cheia e dolorida, retirar o excesso de leite.

Existe
leite **fraco**?



Não!

Não existe leite fraco!

- Muitas pessoas ficam impressionadas com a cor do leite do peito.

A cor do leite não quer dizer que ele seja mais forte ou mais fraco.

No início da mamada, o leite é mais clarinho do que no final.

- Isso não quer dizer que o leite seja fraco!

- No meio da mamada, o leite fica mais branco, e mais para o final é mais amarelado. Durante a mamada, a quantidade de gordura no leite vai aumentando.

A cor do leite pode mudar com a dieta da mãe.

- Por exemplo, se a mãe come muita cenoura ou outros alimentos amarelos, seu leite pode ficar mais amarelado.

Se o bebê não esvazia bem as mamas, ele pode sentir fome muito seguido. Isso não quer dizer que o leite seja fraco.

- Pode ser que o bebê não esteja pegando bem o peito e, por isso, não consiga esvaziar bem as mamas.

- Se o bebê não consegue retirar o leite do final da mamada, que tem mais calorias, ele pode não ficar satisfeito, querendo mamar muito seguido.

- É importante deixar que o bebê mame à vontade, até largar o peito sozinho, para então oferecer o outro peito.

NÃO!

- A cor do leite não quer dizer que ele seja mais forte ou mais fraco.
- No início da mamada, o leite é mais clarinho.
- A cor do leite pode mudar com a dieta da mãe.
- Se o bebê não esvazia bem as mamas, ele pode sentir fome muito seguido. Isso não quer dizer que o leite seja fraco.



Por que os
bebês
choram?



O choro é o jeito do bebê mostrar que está querendo alguma coisa. Nem todo choro do bebê é fome ou cólica.

- O bebê está se acostumando a um novo mundo. Ele pode estranhar e ficar assustado, e por isso chora.
- Ele também pode chorar porque está com calor ou frio, porque está com as fraldas sujas ou porque está querendo sentir o calor e o cheiro da mãe.

Muitas vezes, o que o bebê está pedindo é atenção e carinho:

“Dê colinho e não chazinho”.

- O chá não resolve o choro do bebê e pode fazer mal.
- Muitas vezes, o bebê só precisa de aconchego e colinho para se acalmar.

Com o tempo, se aprende a melhor maneira de acalmar o bebê.

- Com a convivência, as pessoas aprendem a conhecer as vontades do bebê e o jeito diferente dele chorar quando tem dor, sono ou outro desconforto.



- O choro é o jeito do bebê mostrar que está querendo alguma coisa.
- Nem todo choro do bebê é fome ou cólica.

- Muitas vezes, o que o bebê está pedindo é atenção e carinho: **“Dê colinho e não chazinho”**.
- Com o tempo, se aprende a melhor maneira de acalmar o bebê.



Como a avó
pode **ajudar?**



Acreditando que sua filha é capaz de amamentar e dando força!

- Apesar de sua filha ser novinha, ela agora é mãe, e a senhora pode ajudá-la a assumir esse papel.
- A amamentação faz parte da maternidade; por isso, é muito importante que a senhora acredite que sua filha é capaz de amamentar e que transmita isso para ela, dando força.
- Ajudando no que for preciso para que sua filha tenha tempo e tranquilidade para amamentar.

CONVERSE COM ELA E VEJA NO QUE A SENHORA PODE AJUDAR!



- Acreditando que sua filha é capaz de amamentar.
- Dando força!
- Ajudando no que for preciso para que sua filha tenha tempo e tranquilidade para amamentar.

CONVERSE COM
SUA FILHA E VEJA NO QUE
VOCÊ PODE AJUDAR!





Material elaborado por

Dr^a. Elsa Regina Justo Giugliani - Coordenação
Enf. Lilian Córdova do Espírito Santo
Nut. Luciana Dias de Oliveira
Nut. Vera Beatriz Zart
Enf. Olga Claudino Bica
Ped. Leandro Meirelles Nunes

Fotografias: **Clóvis Prates (HCPA)**
Luciana Dias de Oliveira
Olga Claudino Bica
Vera Beatriz Zart
Projeto Gráfico: **MarcaVisual - Criações Gráficas**

Financiamento



Porto Alegre 2006.

**APÊNDICE F – Cartilha ilustrada sobre
aleitamento materno exclusivo**

Amamentar faz a **DIFERENÇA**



Mamãe _____

Bebê _____

Data de Nascimento _____



Material elaborado por

Dr^a. Elsa Regina Justo Giugliani - Coordenação
Enf. Lilian Córdova do Espírito Santo
Nut. Luciana Dias de Oliveira
Nut. Vera Beatriz Zart
Enf. Olga Claudino Bica
Ped. Leandro Meirelles Nunes

Ilustração da capa: **Ilse Ana**
Fotografias: **Clóvis Prates (HCPA), Luciana Dias de Oliveira,**
Olga Claudino Bica, Vera Beatriz Zart
Projeto Gráfico: **MarcaVisual - Criações Gráficas**

Financiamento



Porto Alegre, 2006

Foto 1
Hospital

Foto
VD 3

Como deve ser a alimentação da mãe durante a amamentação?

- A mãe não precisa de alimentação especial para amamentar; ela pode comer os mesmos alimentos que sua família.
- É muito importante que a mãe tome água à vontade.
- Dietas para emagrecimento não são recomendadas durante a amamentação.

As mães podem tomar remédios durante a amamentação?

- Sim, na maioria das vezes!
- A maioria dos remédios não impede a amamentação, mas a mãe só deve tomar remédios quando orientada pelo médico.
- Bebidas alcoólicas devem ser evitadas, assim como o cigarro.
- A mãe que usa drogas como maconha, crack e cocaína não deve amamentar.

Como a família pode ajudar na amamentação?

- Reconhecendo que o aleitamento materno é importante.
- Acreditando que a mãe é capaz de amamentar
- Dando força!
- Ajudando no que for preciso para que a mãe tenha tempo e tranquilidade para amamentar.



Por que amamentar é importante?

- O leite materno contém todas as vitaminas, proteínas e calorias que fazem o bebê crescer e se desenvolver muito bem.
- É como uma vacina que protege o bebê contra diarreias, doenças respiratórias e infecções no ouvido.
- Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.
- É mais fácil para o bebê fazer a digestão do leite materno do que de outros leites.
- Sugar o peito é um ótimo exercício para o bebê ter dentes bonitos, desenvolver a fala e respirar melhor.
- É bom também para a saúde da mãe: ela perde menos sangue depois do parto e tem um risco menor de ter câncer de mama e diabetes.
- A mulher que amamenta economiza, não gastando com leite e mamadeiras.
- O ato de amamentar é especial; é uma forma da mãe e do bebê trocarem carinho, deixando-os mais unidos.
- A mãe que alimenta seu bebê só no peito nos primeiros seis meses perde mais rápido o peso acumulado na gestação.



Até que idade é bom o bebê mamar?

- O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.
- Hoje em dia se recomenda que o bebê mame no peito por dois anos ou mais.
- Mesmo depois do bebê começar a comer outros alimentos, o leite materno continua sendo muito importante, não só para que ele cresça e se desenvolva bem, mas também para protegê-lo contra doenças.



Por quanto tempo só o leite materno é suficiente para sustentar a criança?

- Até os 6 meses de vida, tudo o que o bebê precisa tem no leite materno.
- O bebê que está recebendo só leite de peito não precisa de água, chás ou outros leites!



Quantas vezes por dia o bebê precisa mamar?

- Bebê não tem horário para mamar!
- A mãe deve oferecer o peito ao bebê sempre que ele quiser, de dia e de noite.

Existe leite fraco?

Não!

- A cor do leite não quer dizer que ele seja mais forte ou mais fraco.
- A cor do leite muda com a dieta da mãe.
- No início da mamada, o leite é mais clarinho do que no final. No meio da mamada, o leite fica mais branco e mais para o final é mais amarelado.
- Durante a mamada, a quantidade de gordura no leite vai aumentando. Se o bebê não tomar o leite do fim da mamada, que tem mais gordura, ele pode sentir fome muito seguido. Isso não quer dizer que o leite é fraco.



Por que os bebês choram?

- O choro é o jeito do bebê mostrar que está querendo alguma coisa.
- Nem todo choro do bebê é fome ou cólica.
- Com o tempo, se aprende a melhor maneira de acalmar o bebê.
- Muitas vezes, o que o bebê está pedindo é atenção e carinho:



“Dê colinho e não chazinho” .

Como retirar o excesso de leite?

- O melhor é retirar o leite com as mãos; as bombinhas podem machucar o peito.
- Antes de retirar o leite, é bom massagear as mamas.
- Para esvaziar as mamas, é preciso apertar as bolsinhas de leite com o polegar e o indicador.
- Para esvaziar todas as bolsinhas, a mãe deve mudar a posição dos dedos ao redor da aréola.
- No início, o leite sai em gotas e, logo depois, em pequenos jatos.
- Quando começa a sair pouco leite, passar para a outra mama. Isso pode ser repetido quantas vezes for preciso.



Como guardar o leite retirado da mama?

- O leite da mãe deve ser colocado em um vidro com tampa bem lavado.
- O leite materno pode ser guardado na geladeira por até 24 horas, ou no congelador por até 15 dias.
- Na hora de alimentar o bebê, aquecer o leite em banho-maria fora do fogo.



Quanto tempo o bebê deve ficar no peito em cada mamada?

- O tempo de cada mamada depende do bebê.
- Cada criança tem o seu ritmo.
- O importante é que o bebê esvazie bem uma mama antes de passar para a outra.
- O leite do final da mamada tem mais gorduras e, por isso, mata mais a fome do bebê e faz com que ele ganhe mais peso.

Mamadeira pode fazer mal?

SIM

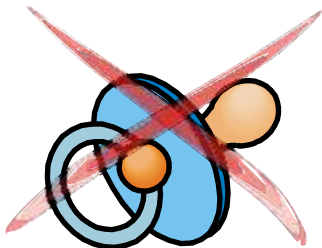
- Suger na mamadeira é bem diferente de mamar no peito; isso pode confundir o bebê e fazer com que ele não queira mais mamar no peito.
- Crianças que usam mamadeira têm mais diarreia, pneumonia e infecção no ouvido.
- A mamadeira pode causar problemas nos dentes, na fala e na respiração.



Bico faz mal?

SIM

- O bico faz com que as crianças larguem o peito mais cedo.
- As crianças que usam bico têm mais sapinho, diarreia e vermes.
- Assim como a mamadeira, também o bico pode causar problemas nos dentes, na fala e na respiração.



É normal sentir dor para amamentar?

NÃO!

- Nos primeiros dias, a mãe pode sentir algum desconforto nos mamilos.
- A dor pode ser sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito.

O que fazer para o bico do peito não rachar?

- O mais importante é o jeito de amamentar.
- Além disso, é importante:
 - Manter os mamilos secos.
 - Não usar sabonete ou cremes nos mamilos.
- Se antes de amamentar a aréola estiver muito cheia e endurecida, é bom retirar um pouco de leite para ela ficar mais macia.
- Se o peito rachar, a mãe pode passar o seu leite na rachadura. É sempre bom procurar ajuda de um profissional.

O que fazer para a mama não empedrar?

- Deixar o bebê mamar à vontade.
- Esvaziar bem uma mama antes de passar para a outra.
- Retirar o excesso de leite com a mão, se a mama ficar muito cheia e dolorida.
- Começar a mamada pelo peito em que o bebê mamou por último.

O jeito de amamentar faz diferença?

SIM!

- Com alguns cuidados, a amamentação não machuca o peito e fica mais fácil para o bebê retirar o leite.
- A mãe deve sentar-se de um jeito confortável, com as costas bem apoiadas.
- O bebê deve estar virado para a mãe, bem junto de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres.



A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e a boca abaixo do mamilo.



Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.



Pega correta

Quando o bebê pega bem o peito, o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz está livre e aparece mais aréola na parte de cima da boca do que na de baixo.



Pega NÃO correta

Quando o bebê pega só o bico do peito, pode machucar e a mãe sentir dor.

Dar água ou chá para o bebê faz mal?

PODE FAZER MAL!

- As crianças que tomam água ou chá têm mais diarreia.
- A água e o chá não alimentam o bebê e ocupam o lugar do leite materno no estômago da criança.
- Mesmo nos dias quentes, a criança não precisa de outros líquidos. O leite materno contém toda a água que o bebê precisa.



Dar outro leite para a criança pode fazer mal?

SIM!

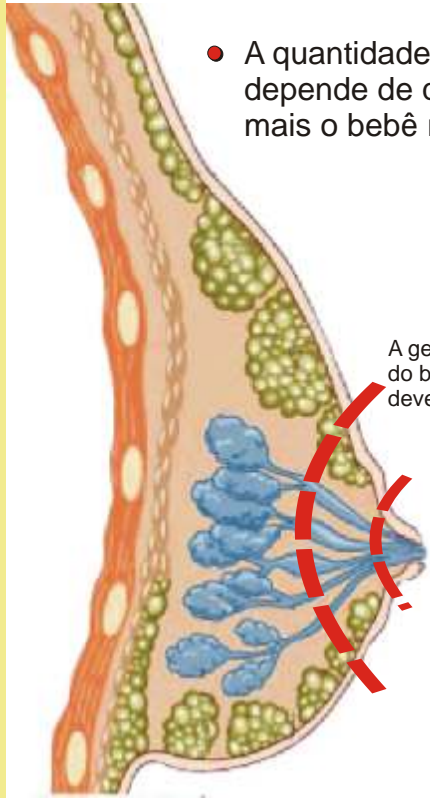
- Crianças que recebem outro leite pegam mais doenças, principalmente diarreia e outras infecções.
- O corpo dos bebês não está preparado para receber proteínas de outros leites.
- Quando isso acontece, as crianças têm mais facilidade para desenvolver asma, alergia e diabetes.
- Crianças que recebem outros leites largam o peito mais cedo do que aquelas que mamam só no peito da mãe.



Onde o leite é fabricado?

- O leite é fabricado nas glândulas das mamas.
- O leite desce por canais até umas bolsinhas que ficam atrás da aréola.
- O bebê retira o leite das bolsinhas usando a língua; por isso, é importante que o bebê pegue o mamilo e também a aréola.

Como o leite é fabricado na mama?



- A quantidade de leite que a mãe fabrica depende de quanto o bebê mama; quanto mais o bebê mama, mais leite a mãe fabrica.

- Toda a vez que o bebê mama, ele dá um aviso de que é preciso fabricar mais leite.
- Para ter bastante leite, é preciso que o bebê esvazie bem as mamas.
- Para aumentar a quantidade de leite, a mãe deve oferecer o peito mais vezes.
- Descansar também ajuda.

Foto
VD 2

APÊNDICE G – Álbum seriado sobre alimentação complementar

LEITE DO PEITO
E COMIDA CASEIRA:
SAÚDE PARA A VIDA INTEIRA



OS DEZ PASSOS PARA UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Passo 1

A criança que recebe leite materno tem mais saúde, cresce e se desenvolve bem.

O leite materno é um alimento completo para a criança até os seis meses, e contém água em quantidade suficiente para o bebê.

A criança pode mamar sempre que tiver vontade (fome). Bebê não tem horário certo para mamar.

Se a criança mama e esvazia bem o peito, a mãe vai ter leite suficiente para alimentá-la só com o seu leite até os seis meses.

A criança com menos de seis meses que recebe, além do leite materno, outros alimentos ou líquidos, tem mais chance de ficar doente.

Passo



Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.



Passo 2

A partir dos seis meses, a criança já está preparada para receber alimentos diferentes do leite materno.

Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.

Se a criança mama no peito, não é necessário oferecer outro tipo de leite.

Os alimentos, no início, devem ser preparados especialmente para a criança.

É importante introduzir os novos alimentos aos poucos, um de cada vez, pois a criança precisa aprender a gostar do novo sabor.

No início, a quantidade de alimentos que a criança come é pequena, e a mãe pode dar o peito depois das refeições, se a criança quiser.

Quando a criança começa a comer outros alimentos, é importante que ela receba água nos intervalos das refeições.

Para oferecer os líquidos, é melhor usar copo ou xícara, pois a mamadeira é difícil de limpar e pode atrapalhar a amamentação.

Os alimentos devem ser servidos no prato e oferecidos à criança com colher.

É bom que a criança tenha seu próprio prato e copo.

Quando a criança começa a receber novos alimentos, ela vai conhecendo coisas novas, como o gosto e o cheiro dos alimentos, se a comida é morna ou fria e se tem pedacinhos. É comum o bebê não querer comer alimentos novos na primeira vez em que são oferecidos, mas isso não quer dizer que ele não gostou. Quando isso acontece, é importante oferecer novamente, mas sem forçar.

Algumas crianças precisam ser incentivadas a comer, mas nunca forçadas.

Passo

2

A partir dos seis meses oferecer, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.



Passo 3

Idade	Consistência	Quantas vezes ao dia	Quantidade em cada refeição
A partir de 6 meses	Vegetais, carnes e frutas bem amassados	Duas refeições ao dia, além da amamentação	2 a 3 colheres de sopa
7 a 8 meses	Alimentos amassados	Três refeições ao dia, além da amamentação	Aumentar ao poucos até 4 a 5 colheres de sopa
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou amassados e alimentos que o bebê possa segurar	Três refeições e um lanche ao dia, além da amamentação	6 a 7 colheres de sopa
12 a 24 meses	Refeições da família, bem cortadas ou amassadas, se for preciso	Três refeições e dois lanches ao dia, além da amamentação	8 a 10 colheres de sopa

Passo 3



A partir dos seis meses, além do leite materno, dar alimentos complementares na quantidade e consistência adequadas para a idade.



Passo 4

Crianças amamentadas no peito sem horários rígidos se alimentam quando estão com fome e param de mamar quando estão satisfeitas.

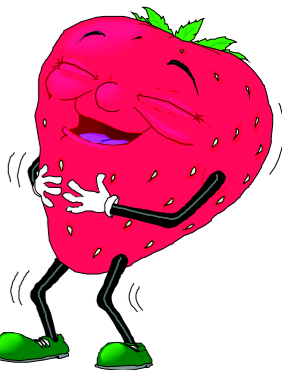
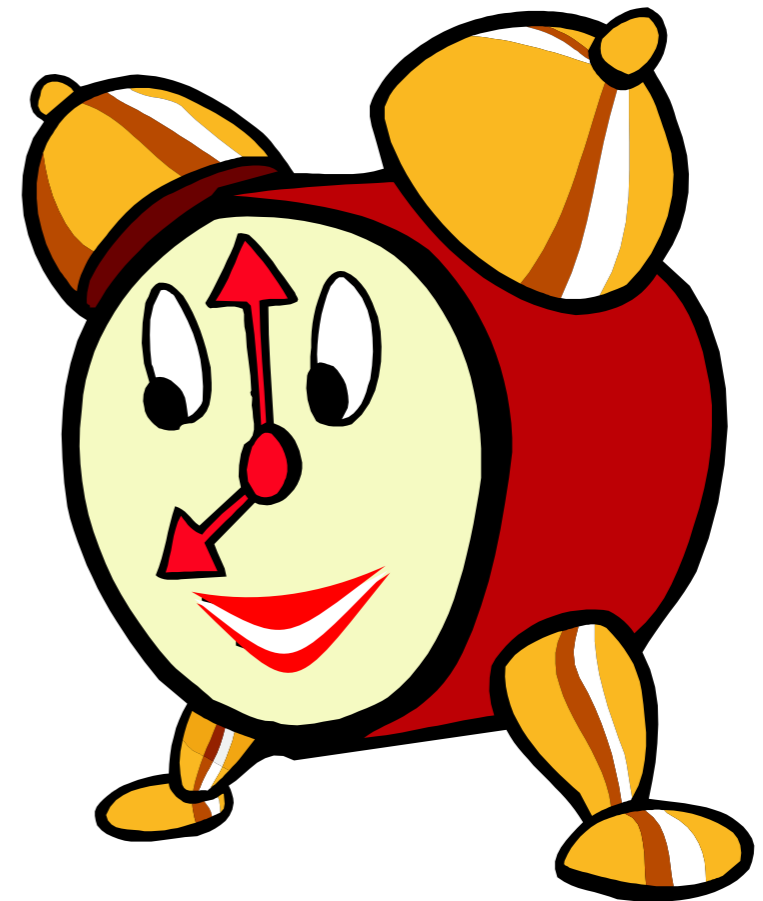
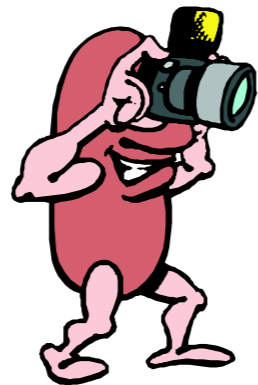
Elas aprendem a regular a quantidade de alimentos de acordo com a sua fome. Quando o bebê tem horários rígidos para mamar ou comer, esse aprendizado fica prejudicado.

Com o tempo, a mãe aprende a identificar quando a criança está com fome.

Passo 4



A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança.



Passo 5

A comida e as frutas, no começo, devem ser amassadas com o garfo, em forma de papa, e nunca deve-se usar o liquidificador no preparo das papas.

A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.

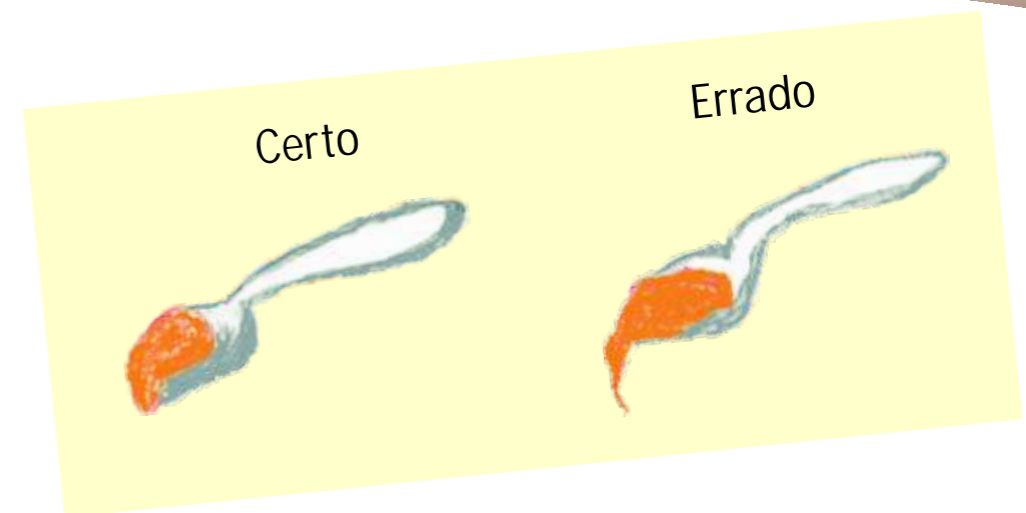
Sopas ralas, com muito caldo, não alimentam a criança. A comida do bebê deve ser consistente.

Um jeito fácil de se saber se a consistência do alimento está boa é fazer o teste da colher:

Passo 5



A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.



Passo 6

É bom que, desde cedo, a criança se acostume a comer alimentos variados (frutas, verduras, legumes, grãos como arroz e feijão e carnes).

Uma alimentação colorida e variada ajuda a criança a ficar saudável e não ter anemia, além de crescer e se desenvolver bem.

Para a criança não ter anemia é importante que ela coma carnes (gado, galinha e peixe), fígado (de galinha e de gado), gema de ovo, feijão ou lentilha e vegetais verde-escuros (espinafre, couve, brócolis, etc).

Para a criança aproveitar melhor o ferro dos alimentos, é bom que ela receba frutas (bergamota, laranja, maçã, pêra, etc) como sobremesa.

Coloque os alimentos separados no prato do bebê, para que ele aprenda a conhecer a cor e o gosto de cada um.

Passo 6



Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia.

Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.



Passo 7

É bom que a criança se acostume a comer frutas e verduras todos os dias, pois esses alimentos têm muitas vitaminas, minerais e fibras que são importantes para a saúde.

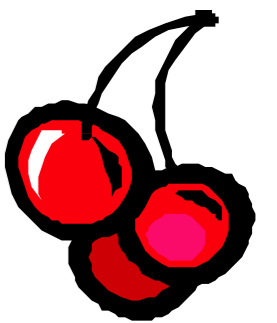
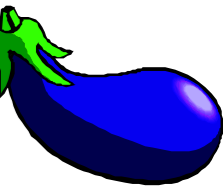
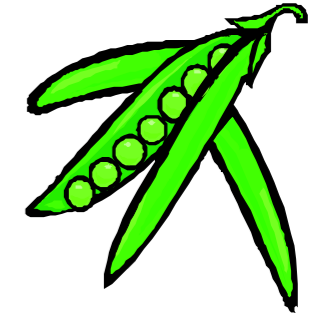
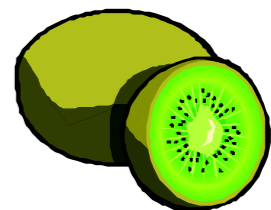
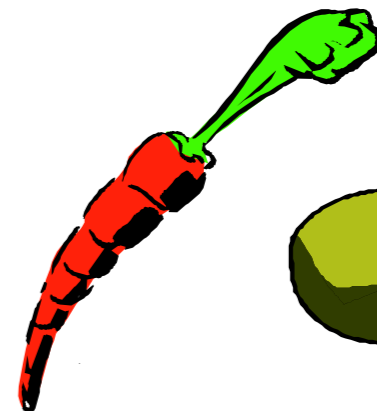
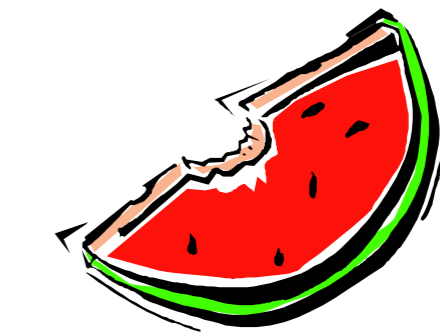
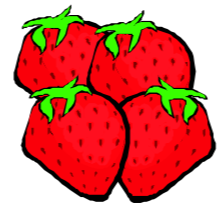
Para temperar os alimentos da criança, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e temperinho verde (salsa e cebolinha).

Devem-se evitar alimentos muito temperados com pimenta, mostarda, catchup, caldo de galinha ou carne em cubos e outros temperos artificiais.

Passo 7



Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.



Passo 8

É importante que a criança não acostume com alimentos adoçados, para evitar cárie, obesidade e diabetes.

Portanto, não deve ser usado açúcar no preparo dos alimentos ou para adoçar sucos e leites.

A comida do bebê deve ser preparada com menos sal do que a comida do resto da família. Apenas uma pitada de sal é suficiente.

Não é saudável dar para a criança os seguintes alimentos: bolacha recheada, balas, refrigerantes, salgadinhos e chocolate, pois eles, além de tirar o apetite e ocupar o lugar de outros alimentos mais nutritivos, podem fazer mal à saúde.

Passo 8

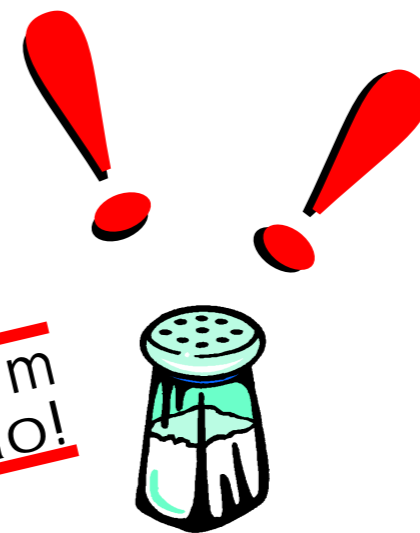


Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida.

Usar sal com moderação!



Use com moderação!



Passo 9

Cuidados de limpeza e higiene no preparo dos alimentos do bebê evitam doenças como a diarreia.

A pessoa que prepara as refeições do bebê deve lavar bem as mãos com água e sabão, antes de iniciar o preparo.

Lavar as mãos do bebê antes das refeições ajuda a evitar doenças.

Todos os utensílios (prato, copo, colher, panela, etc.) do bebê devem ser bem lavados com água e sabão.

As frutas e as verduras devem ser bem lavadas em água corrente, mesmo se forem descascadas depois.

A água oferecida para o bebê tomar deve ser tratada ou fervida.

Os alimentos devem ficar guardados em lugares limpos e com proteção contra insetos, ratos e poeira.

Os alimentos preparados para o bebê devem ser bem cozidos.

É melhor que seja preparada só a quantidade de comida que a criança vai comer na refeição e, se sobrarem alimentos no prato, não devem ser oferecidos mais tarde para a criança, pois podem estragar e provocar diarreia.

Se sobrarem alimentos do bebê na panela, coloque-os em potes de plástico ou vidro com tampa, e guarde-os na geladeira.

Não esfriar o alimento que vai ser dado para a criança soprando sobre ele e não provar o alimento com a colher que vai ser usada pela criança para comer, pois o alimento pode se contaminar com micróbios que causam cárie e diarreia.

Passo



Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o armazenamento e a conservação adequados



Passo 10

A criança doente, geralmente, tem menos fome e precisa ser estimulada a se alimentar, mas não deve ser forçada a comer.

Por isso, nesses dias, recomenda-se aumentar o número de refeições. Por exemplo, dar um lanche a mais.

Logo que a criança melhora da doença, a fome aumenta. Por isso, recomenda-se aumentar o número de refeições nesses dias. Por exemplo, dar um lanche a mais.

O que você pode fazer para a criança doente comer melhor

Aumentar o número de mamadas.

Oferecer seus alimentos preferidos.

Se a criança estiver comendo pouco na refeição, aumentar o número de refeições ao dia.

Oferecer mais líquidos entre as refeições, como água e sucos naturais.

Passo

10

Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.



Dicas

Como incentivar a criança a comer:

Cuidar para que a hora da refeição seja agradável (não brigar, não forçar...).

Sentar ao lado da criança nas refeições.

Dar atenção.

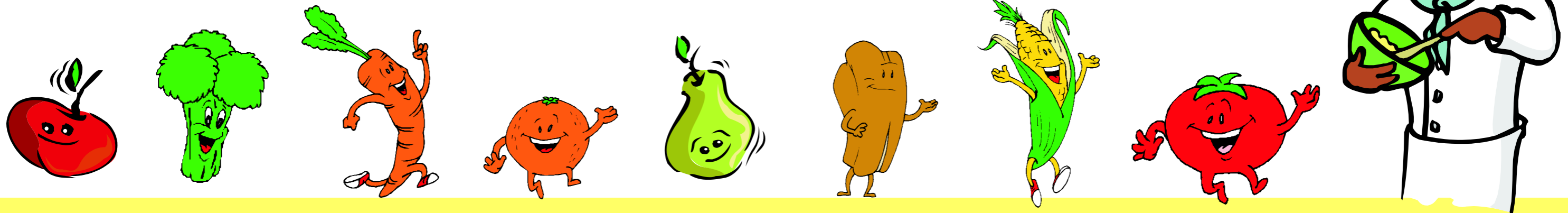
Ter paciência durante a refeição. Às vezes o bebê demora para comer.

Quando a criança já consegue, é bom deixar que ela coma com sua própria colher, enquanto a pessoa que cuida dela oferece o alimento com outra colher.

Quando a criança recusa a comida, é importante oferecer novamente mais tarde.

Dicas

Exemplo de cereais	Exemplo de tubérculos	Exemplo de leguminosas	Exemplo de carnes	Exemplo de verduras
Arroz, massa, polenta, pães, bolos sem cobertura, bolacha Maria.	Batata inglesa, batata doce, aipim.	Feijão, lentilha, ervilha.	Gado, galinha, peixe, fígado de galinha, fígado de gado.	Cenoura, beterraba, moranga, vagem, chuchu, tomate, couve, espinafre, brócolis.





Material elaborado por

Dr^a. Elsa Regina Justo Giugliani - Coordenação
Enf. Lilian Córdova do Espírito Santo
Nut. Luciana Dias de Oliveira
Nut. Vera Beatriz Zart
Enf. Olga Claudino Bica
Ped. Leandro Meirelles Nunes

Fotografias: **Luciana Dias de Oliveira**

Projeto Gráfico: **MarcaVisual - Criações Gráficas**

Financiamento



Porto Alegre 2006.

**APÊNDICE H – Cartilha ilustrada sobre
alimentação complementar**

OS DEZ PASSOS PARA UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

LEITE DO PEITO
E COMIDA CASEIRA:
SAÚDE PARA A VIDA INTEIRA



Material elaborado por

Dr^a. Elsa Regina Justo Giugliani - Coordenação
Enf. Lilian Córdova do Espírito Santo
Nut. Luciana Dias de Oliveira
Nut. Vera Beatriz Zart
Enf. Olga Claudino Bica
Ped. Leandro Meirelles Nunes

Fotografias: Luciana Dias de Oliveira

Projeto Gráfico: MarcaVisual - Criações Gráficas

Financiamento



Porto Alegre, 2006



OS DEZ PASSOS PARA UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Passo 1

Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento

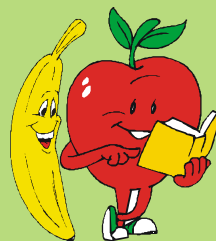
- ❏ A criança que recebe leite materno tem mais saúde, cresce e se desenvolve bem.
- ❏ O leite materno é um alimento completo para a criança até os seis meses, e contém água em quantidade suficiente para o bebê.
- ❏ A criança pode mamar sempre que tiver vontade (fome). Bebê não tem horário certo para mamar.
- ❏ Se a criança mama e esvazia bem o peito, a mãe vai ter leite suficiente para alimentá-la só com o seu leite até os seis meses.
- ❏ A criança com menos de seis meses que recebe, além do leite materno, outros alimentos ou líquidos, tem mais chance de ficar doente.



Sugestões de lanches

- ❏ Frutas amassadas ou raspadas: mamão, abacate, caqui, pêra, maçã, banana, manga, melão, pêssego, ameixa e outras.
- ❏ Frutas em pedaços (após os 8 meses): bergamota, laranja e todas as outras.
- ❏ Sucos naturais de frutas, após as refeições e para acompanhar os lanches.

Após o 1º ano de vida, pode-se oferecer bolos caseiros sem recheio e sem cobertura, pães e biscoitos tipo bolacha Maria, bolacha de leite, bolacha tipo maisena, Plic-Plac e biscoito de água e sal.



Purê de moranga com fígado

3 colheres de sopa de moranga em cubinhos
1 colher de chá de cebola ralada
1 colher de sopa de salsinha e cebolinha picadas
1 colher de sopa de aveia em flocos
2 colheres de sopa de fígado de galinha
1 colher de sobremesa de óleo de soja
1 pitada de sal

Numa panela pequena, aqueça o óleo e refogue a cebola e a moranga. Acrescente 2 xícaras de água, o fígado, a aveia e o sal e deixe cozinhar até que fique macio. Quando estiver pronto, acrescente a salsinha e a cebolinha, tampe a panela e espere 1 minuto. Sirva com feijão ou lentilha amassados.

Purê de aipim, couve-flor, beterraba e ovo

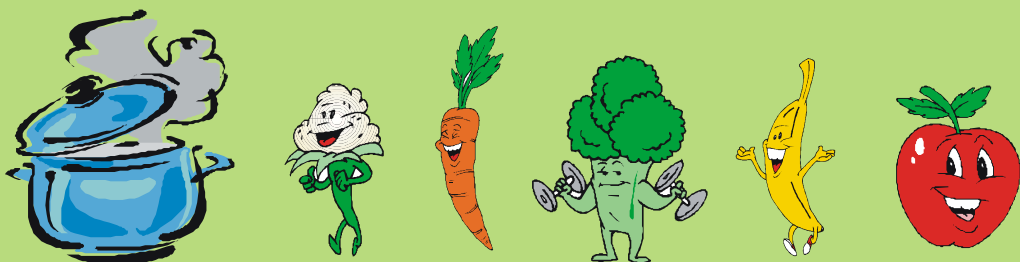
1 pires de aipim cru, ralado
1 colher de sobremesa de cebola ralada
1 dente pequeno de alho amassado
1 colher de sobremesa de óleo de soja
2 flores de couve-flor
2 fatias de beterraba
1 colher de sopa de salsinha e cebolinha picadas
1 pitada de sal
1 gema de ovo cozida (após os 10 meses pode-se usar o ovo inteiro)

Numa panela pequena, aqueça o óleo e refogue todos os ingredientes, menos a salsinha, a cebolinha e a gema de ovo. Acrescente 2 xícaras de água e deixe cozinhar até que fique macio. Quando estiver pronto, misture a salsinha e a cebolinha, tampe a panela e espere 1 minuto. Coloque a papa no prato, acrescente a gema de ovo e amasse tudo com o garfo.

Papa de massa, cenoura, couve e peixe

2 colheres de sopa de massa (conchinha, parafuso, espaguete, etc)
2 colheres de sopa de carne de peixe sem espinhas (anjo, bagre, cação, jundiá, etc)
2 colheres de sopa de cenoura em cubinhos
1 pires de couve em tirinhas finas
1 colher de sobremesa de óleo de soja
1 colher de chá de cebola ralada
1 pitada de sal

Numa panela pequena, aqueça o óleo e refogue a cebola, a cenoura e a couve. Acrescente o peixe, a massa, o sal e 2 xícaras de água. Deixe cozinhar até que fique macio. Coloque no prato, amasse com o garfo e sirva com feijão, lentilha ou ervilha amassados.



A partir dos seis meses oferecer, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais

- ✎ A partir dos seis meses, a criança já está preparada para receber alimentos diferentes do leite materno.
- ✎ Para oferecer os líquidos, é melhor usar copo ou xícara, pois a mamadeira é difícil de limpar e pode atrapalhar a amamentação.
- ✎ Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.
- ✎ Os alimentos devem ser servidos no prato e oferecidos à criança com colher.
- ✎ Se a criança mama no peito, não é necessário oferecer outro tipo de leite.
- ✎ É bom que a criança tenha seu próprio prato e copo.
- ✎ Os alimentos, no início, devem ser preparados especialmente para a criança.
- ✎ Quando a criança começa a receber novos alimentos, ela vai conhecendo coisas novas, como o gosto e o cheiro dos alimentos, se a comida é morna ou fria e se tem pedacinhos. É comum o bebê não querer comer alimentos novos na primeira vez em que são oferecidos, mas isso não quer dizer que ele não gostou. Quando isso acontece, é importante oferecer novamente, mas sem forçar.
- ✎ É importante introduzir os novos alimentos aos poucos, um de cada vez, pois a criança precisa aprender a gostar do novo sabor.
- ✎ Algumas crianças precisam ser incentivadas a comer, mas nunca forçadas.
- ✎ No início, a quantidade de alimentos que a criança come é pequena, e a mãe pode dar o peito depois das refeições, se a criança quiser.
- ✎ Quando a criança começa a comer outros alimentos, é importante que ela receba água nos intervalos das refeições.



Passo 3

A partir dos seis meses, além do leite materno, dar alimentos complementares na quantidade e consistência adequadas para a idade

Idade	Consistência	Quantas vezes ao dia	Quantidade em cada refeição
A partir de 6 meses	Vegetais, carnes e frutas bem amassados	Duas refeições ao dia, além da amamentação	2 a 3 colheres de sopa
7 a 8 meses	Alimentos amassados	Três refeições ao dia, além da amamentação	Aumentar ao poucos até 4 a 5 colheres de sopa
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou amassados e alimentos que o bebê possa segurar	Três refeições e um lanche ao dia, além da amamentação	6 a 7 colheres de sopa
12 a 24 meses	Refeições da família, bem cortadas ou amassadas, se for preciso	Três refeições e dois lanches ao dia, além da amamentação	8 a 10 colheres de sopa



Receitas

Papa da batata, cenoura e carne moída

2 colheres de sopa de carne moída
1 colher de sobremesa de óleo de soja
1 colher de chá de cebola ralada
1 batata inglesa média
½ cenoura média
1 pitada de sal

Numa panela pequena, aqueça o óleo e refogue a cebola e a carne. Acrescente a batata inglesa e a cenoura picadas, o sal e 2 xícaras de água. Coloque a tampa na panela e deixe cozinhar até os ingredientes ficarem macios e quase sem água. Quando estiver pronto, é só amassar com o garfo.

Papa de arroz, frango e espinafre

2 colheres de sopa de arroz cru
1 colher de sobremesa de óleo de soja
1 colher de chá de cebola picada
1 dente pequeno de alho amassado
1 pires de folhas de espinafre em tirinhas
2 colheres de sopa de carne de galinha sem pele picada
1 pitada de sal

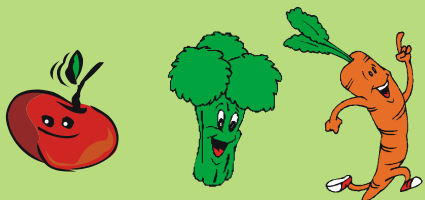
Numa panela pequena, aqueça o óleo e refogue a cebola, o alho, o arroz e a galinha. Coloque água para cobrir os ingredientes e o sal. Deixe cozinhar até que tudo esteja macio. Quando estiver quase pronto, acrescente o espinafre e deixe cozinhar mais 1 minuto. Coloque em um prato, amasse com o garfo e sirva com duas colheres de sopa de feijão amassado.



Exemplo de cereais	Exemplo de tubérculos	Exemplo de leguminosas	Exemplo de carnes	Exemplo de verduras
Arroz, massa, polenta, pães, bolos sem cobertura, bolacha Maria.	Batata inglesa, batata doce, aipim.	Feijão, lentilha, ervilha.	Gado, galinha, peixe, fígado de galinha, fígado de gado.	Cenoura, beterraba, moranga, vagem, chuchu, tomate, couve, espinafre, brócolis.

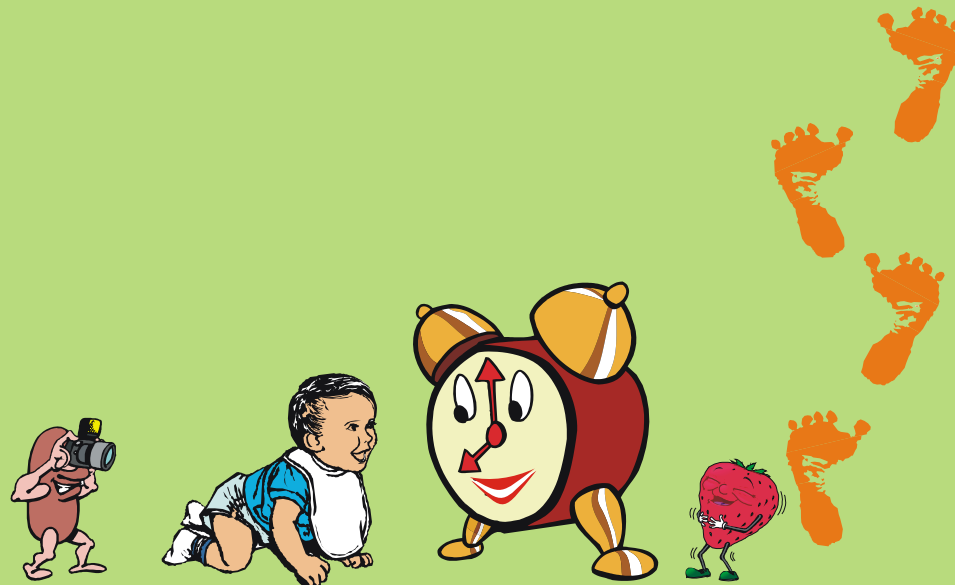
Como incentivar a criança a comer:

- 👉 Cuidar para que a hora da refeição seja agradável (não brigar, não forçar...).
- 👉 Sentar ao lado da criança nas refeições.
- 👉 Dar atenção.
- 👉 Ter paciência durante a refeição. Às vezes o bebê demora para comer.
- 👉 Quando a criança já consegue, é bom deixar que ela coma com sua própria colher, enquanto a pessoa que cuida dela oferece o alimento com outra colher.
- 👉 Quando a criança recusa a comida, é importante oferecer novamente mais tarde.



A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança

- 👉 Crianças amamentadas no peito sem horários rígidos se alimentam quando estão com fome e param de mamar quando estão satisfeitas. Elas aprendem a regular a quantidade de alimentos de acordo com a sua fome. Quando o bebê tem horários rígidos para mamar ou comer, esse aprendizado fica prejudicado.
- 👉 Com o tempo, a mãe aprende a identificar quando a criança está com fome.



Passo 5

A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família

- ✎ A comida e as frutas, no começo, devem ser amassadas com o garfo, em forma de papa, e nunca deve-se usar o liquidificador no preparo das papas.
- ✎ A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.
- ✎ Sopas ralas, com muito caldo, não alimentam a criança. A comida do bebê deve ser consistente.
- ✎ Um jeito fácil de se saber se a consistência do alimento está boa é fazer o teste da colher:

O alimento está no ponto certo quando gruda na colher.



Passo 10

Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação

- ✎ A criança doente, geralmente, tem menos fome e precisa ser estimulada a se alimentar, mas não deve ser forçada a comer. Por isso, é importante dar o peito e oferecer os alimentos que o bebê mais gosta, para que ele possa melhorar mais rápido e, assim, perder menos peso.
- ✎ Logo que a criança melhora da doença, a fome aumenta. Por isso, nesses dias, recomenda-se aumentar o número de refeições. Por exemplo, dar um lanche a mais.

O que você pode fazer para a criança doente comer melhor

- ✎ Aumentar o número de mamadas.
- ✎ Oferecer seus alimentos preferidos.
- ✎ Se a criança estiver comendo pouco na refeição, aumentar o número de refeições ao dia.
- ✎ Oferecer mais líquidos entre as refeições, como água e sucos naturais.



Passo 9

Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o armazenamento e a conservação adequados

- ✎ Cuidados de limpeza e higiene no preparo dos alimentos do bebê evitam doenças como a diarreia.
- ✎ A pessoa que prepara as refeições do bebê deve lavar bem as mãos com água e sabão, antes de iniciar o preparo.
- ✎ Lavar as mãos do bebê antes das refeições ajuda a evitar doenças.
- ✎ Todos os utensílios (prato, copo, colher, panela, etc.) do bebê devem ser bem lavados com água e sabão.
- ✎ As frutas e as verduras devem ser bem lavadas em água corrente, mesmo se forem descascadas depois.
- ✎ A água oferecida para o bebê tomar deve ser tratada ou fervida.
- ✎ Os alimentos devem ficar guardados em lugares limpos e com proteção contra insetos, ratos e poeira.
- ✎ Os alimentos preparados para o bebê devem ser bem cozidos.
- ✎ É melhor que seja preparada só a quantidade de comida que a criança vai comer na refeição e, se sobraem alimentos no prato, não devem ser oferecidos mais tarde para a criança, pois podem estragar e provocar diarreia.
- ✎ Se sobraem alimentos do bebê na panela, coloque-os em potes de plástico ou vidro com tampa, e guarde-os na geladeira.
- ✎ Não esfriar o alimento que vai ser dado para a criança soprando sobre ele e não provar o alimento com a colher que vai ser usada pela criança para comer, pois o alimento pode se contaminar com micróbios que causam cárie e diarreia.

Passo 6

Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida

- ✎ É bom que, desde cedo, a criança se acostume a comer alimentos variados (frutas, verduras, legumes, grãos como arroz e feijão e carnes).
- ✎ Uma alimentação colorida e variada ajuda a criança a ficar saudável e não ter anemia, além de crescer e se desenvolver bem.
- ✎ Para a criança não ter anemia é importante que ela coma carnes (gado, galinha e peixe), fígado (de galinha e de gado), gema de ovo, feijão ou lentilha e vegetais verde-escuros (espinafre, couve, brócolis, etc).
- ✎ Para a criança aproveitar melhor o ferro dos alimentos, é bom que ela receba frutas (bergamota, laranja, maçã, pêra, etc) como sobremesa.
- ✎ Coloque os alimentos separados no prato do bebê, para que ele aprenda a conhecer a cor e o gosto de cada um.



Passo 7

Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições

- É bom que a criança se acostume a comer frutas e verduras todos os dias, pois esses alimentos têm muitas vitaminas, minerais e fibras que são importantes para a saúde.
- Para temperar os alimentos da criança, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e temperinho verde (salsa e cebolinha).
- Devem-se evitar alimentos muito temperados com pimenta, mostarda, catchup, caldo de galinha ou carne em cubos e outros temperos artificiais.



Passo 8

Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida.
Usar sal com moderação

- É importante que a criança não acostume com alimentos adoçados, para evitar cárie, obesidade e diabete.
- Portanto, não deve ser usado açúcar no preparo dos alimentos ou para adoçar sucos e leites.
- A comida do bebê deve ser preparada com menos sal do que a comida do resto da família. Apenas uma pitada de sal é suficiente.
- Não é saudável dar para a criança os seguintes alimentos: bolacha recheada, balas, refrigerantes, salgadinhos e chocolate, pois eles, além de tirar o apetite e ocupar o lugar de outros alimentos mais nutritivos, podem fazer mal à saúde.



APÊNDICE I - Termo de consentimento informado para mães adolescentes sem intervenção

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 1

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre alimentação no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes e, para tanto, precisamos entrevistar e conversar com mães adolescentes que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo desse trabalho é conhecer os hábitos alimentares da criança durante o primeiro ano de vida. Sendo assim, estamos convidando você para participar deste trabalho.

A pesquisa está vinculada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e compreende as seguintes etapas: entrevista com a mãe na maternidade; entrevista com a mãe por telefone no final de cada mês, até o bebê completar um ano. Se não for possível o contato por telefone, a mãe receberá visita de uma pesquisadora em sua casa ou em outro local de sua escolha, para a realização da entrevista.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso prejudique o cuidado a que você e seu filho(a) têm o direito de receber no hospital. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida por um dos pesquisadores abaixo citados.

Como pesquisadores, assumimos toda a responsabilidade sobre qualquer eventualidade que possa surgir no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaro que fui esclarecida, de forma detalhada, da justificativa, dos procedimentos e benefícios do presente estudo. Fui igualmente informada da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento necessários durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estando ciente de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____ Responsável: _____

Pesquisador (a): _____

Se necessário, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatadas pelos telefones:

9121-4657– Leandro Meirelles Nunes 9933-8981– Luciana Oliveira

APÊNDICE J - Termo de consentimento informado para mães adolescentes com intervenção

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 2

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre alimentação no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes e, para tanto, precisamos entrevistar e conversar com mães adolescentes que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo desse trabalho é verificar o efeito de orientações sobre alimentação da criança dadas na maternidade e em casa, nos primeiros quatro meses de vida do bebê, para mães adolescentes. Sendo assim, estamos convidando você para participar desse trabalho.

A pesquisa é vinculada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e compreende as seguintes etapas: entrevista com a mãe na maternidade; sessão de aconselhamento em aleitamento materno na maternidade; visitas a suas casas para receber novas orientações sobre a alimentação da criança na primeira semana, aos 15 dias, no final do primeiro, do segundo e do quarto mês de vida do bebê; entrevista por telefone sobre a alimentação do bebê uma vez por mês até o bebê completar um ano. Se não for possível o contato por telefone, a mãe receberá a visita de uma pesquisadora em sua casa ou em outro local de sua preferência, para a realização da entrevista.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto prejudique o cuidado a que você e seu filho(a) têm o direito de receber no hospital. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida por um dos pesquisadores abaixo citados.

Como pesquisadores, assumimos toda a responsabilidade sobre qualquer eventualidade que possa surgir no decorrer da pesquisa, garantindo-lhes que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaro que fui esclarecida, de forma detalhada quanto à justificativa, e aos procedimentos e benefícios do presente estudo. Fui igualmente informada da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento necessários durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estando ciente de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____ Responsável: _____

Pesquisador: _____

Se necessário, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatadas pelos telefones:

9121-4657– Leandro Meirelles Nunes

9933-8981– Luciana Oliveira

APÊNDICE K - Termo de consentimento informado para mães adolescentes e avós maternas sem intervenção

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 3

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre alimentação no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes e, para tanto, precisamos entrevistar e conversar com mães adolescentes que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, assim como com suas mães. O objetivo desse trabalho é conhecer os hábitos alimentares da criança durante o primeiro ano de vida. Sendo assim, estamos convidando você e sua mãe para participar deste trabalho.

A pesquisa está vinculada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e compreende as seguintes etapas: entrevista com a mãe e a avó materna do bebê na maternidade; entrevista com a mãe por telefone no final de cada mês, até o bebê completar um ano. Se não for possível o contato por telefone, a mãe receberá visita de um pesquisador em sua casa ou outro local de preferência da mãe, para a realização da entrevista.

Vocês têm a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso prejudique o cuidado que você e seu filho(a) têm o direito de receber no hospital, ficando desde já assegurado o total sigilo sobre a identidade dos participantes, bem como sobre os dados que nos serão informados ao longo do trabalho. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida por um dos pesquisadores abaixo citados.

Como pesquisadores, assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhes que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaramos que fomos esclarecidas, de forma detalhada, da justificativa, dos procedimentos e benefícios do presente estudo. Fomos igualmente informadas da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento necessários durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estando cientes de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordamos em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____

Avó: _____

Pesquisador (a): _____

Se necessário, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados pelos telefones:

9121-4657– Leandro Meirelles Nunes

9933-8981– Luciana Oliveira

APÊNDICE L - Termo de consentimento informado para mães adolescentes e avós maternas com intervenção

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 4

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre alimentação no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes e, para tanto, precisamos entrevistar e conversar com mães adolescentes que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, assim como com suas mães. O objetivo desse trabalho é verificar o efeito de orientações dadas na maternidade e em casa a mães adolescentes e avós maternas dos bebês sobre a alimentação da criança nos primeiros quatro meses de vida. Sendo assim, estamos convidando você e sua mãe para participar desse trabalho.

A pesquisa é vinculada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e compreende as seguintes etapas: entrevista com a mãe e a avó materna do bebê na maternidade; sessão de aconselhamento sobre aleitamento materno na maternidade; visitas a suas casas para receber novas orientações sobre a alimentação da criança na primeira semana, aos 15 dias, no final do primeiro, do segundo e do quarto mês de vida do bebê; entrevista por telefone sobre a alimentação do bebê uma vez por mês até o bebê completar um ano. Se não for possível o contato por telefone, a mãe receberá a visita de uma pesquisadora em sua casa ou em outro local de sua preferência, para a realização da entrevista.

Vocês têm a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso prejudique o cuidado que você e seu filho(a) têm o direito de receber no hospital, ficando desde já assegurado o total sigilo sobre a identidade dos participantes, bem como sobre os dados que nos serão informados ao longo do trabalho. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida por um dos pesquisadores abaixo citados.

Como pesquisadores, assumimos toda a responsabilidade que possa surgir no decorrer da pesquisa, garantindo-lhes que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaramos que fomos esclarecidas, de forma detalhada, da justificativa, e aos procedimentos e benefícios do presente estudo. Fomos igualmente informadas da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento necessários durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estando cientes de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordamos em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____

Avó: _____

Pesquisador (a): _____

Se necessário, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados pelos telefones:

9121-4657 – Leandro Meirelles Nunes 9933-8981 – Luciana Oliveira

9 ANEXO

ANEXO - Termo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética

HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 02-389

Pesquisador Responsável:
ELSA REGINA JUSTO GIUGLIANI


Título: IMPACTO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO COM MÃES ADOLESCENTES E AVÓS

Data da Versão:
06/06/2005

ADENDO AO PROJETO

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 08 de junho de 2005.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA