

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

**IMPACTO DE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL, DIRECIONADA A  
MÃES ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS, NA REDUÇÃO DO USO  
DESNECESSÁRIO DE ÁGUA E / OU CHÁS EM CRIANÇAS AMAMENTADAS**

LEANDRO MEIRELLES NUNES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

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

**IMPACTO DE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL, DIRECIONADA A  
MÃES ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS, NA REDUÇÃO DO USO  
DESNECESSÁRIO DE ÁGUA E / OU CHÁS EM CRIANÇAS AMAMENTADAS**

LEANDRO MEIRELLES NUNES

Orientadora: Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

A apresentação desta dissertação 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 Mestre.

Porto Alegre, Brasil

2010

## FICHA CATALOGRÁFICA

**N972i** Nunes, Leandro Meirelles

Impacto de uma estratégia de promoção do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar saudável, direcionada a mães adolescentes e avós maternas, na redução do uso desnecessário de água e/ou chás em crianças amamentadas / Leandro Meirelles Nunes; orient. Elsa Regina Justo Giugliani. – 2010.  
138 f.: il color.

Dissertação (mestrado) – 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. Cuidadores 3. Serviços de saúde para adolescentes 4. Atenção primária à saúde I. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Título.

NLM: WS 125

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE MEDICINA**

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

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

07 / 05 / 2010

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Prof. Dr. Roberto Mário Silveira Issler

Departamento de Pediatria e Puericultura/  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Ivana Rosângela dos Santos Varella

Grupo Hospitalar Conceição

Profa. Dra. Patrícia Pelufo Silveira

Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente/  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**À minha filha, Valentina, obra-prima e inspiração para tudo que realizo.**

**À minha esposa, Gazel, pelo convívio repleto de amor.**

**Aos meus pais, Rosa e Wagner, pelo apoio incondicional.**

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Elsa Regina Justo Giugliani, que é a personificação do termo orientadora, sempre disposta a mostrar o caminho certo, a estimular novos desafios e a incentivar o crescimento de seus alunos. Muito obrigado pelos imensuráveis ensinamentos, pelo respeito, seriedade e pela confiança em mim depositada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente por ter-me acolhido, pelos ensinamentos e pelo objetivo primordial de levar seus alunos à excelência como pesquisadores.

Aos colegas do grupo de pesquisa que se formou para a realização deste e de outros trabalhos, com quem muito aprendi, especialmente à Luciana Dias Oliveira, pela amizade e companheirismo no aprendizado constante no dia-a-dia árduo de uma pesquisa e à Lilian Cordova do Espírito Santo, combinação harmônica de competência, carinho e dedicação.

Aos bolsistas que auxiliaram na coleta e digitação do banco de dados, especialmente à Tanise Pandolfi, sempre disposta e empenhada em suas funções.

Às equipes de enfermagem do Centro Obstétrico e da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por abrirem as portas das unidades e estarem sempre prontas a colaborar.

À Cléa Carvalho , Lilia Refosco e Olga Claudino Bica , membros da equipe de consultoras em aleitamento materno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, exemplos de profissionais e seres humanos, aliando competência, carinho e amor na execução de seu

trabalho diário, por disponibilizarem sua sala de trabalho e auxiliarem na realização da intervenção.

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 e ajuda competente durante o trabalho.

À Ceres Oliveira, pela disponibilidade para consultorias estatísticas, pelos ensinamentos na área e pelo bom-humor constante.

À Maria do Carmo Etges, pela dedicação e carinho na revisão da redação da dissertação.

À Elisandra Misturini pela revisão atenta e cuidadosa do artigo em língua inglesa.

Ao Daniel Dewes, colega de trabalho na UTI Neonatal do Hospital Centenário de São Leopoldo, um apaixonado pelo universo da pesquisa e que sempre compreendeu, apoiou e facilitou a compatibilidade entre os afazeres de minha rotina como médico neonatologista e minhas tarefas como pesquisador.

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

Finalmente, agradeço às mães, às avós e aos bebês que participaram da pesquisa, que sempre demonstraram confiança nos pesquisadores e acreditaram que a sua participação poderia fazer a diferença para a construção de um mundo melhor.

“Aqueles que passam por nós  
não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si,

levam um pouco de nós.”

**(Antoine de Saint-Exupéry)**

---

## RESUMO

---

**Objetivo:** Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação dirigidas a mães adolescentes e avós maternas sobre o uso desnecessário de água e/ou chás em crianças amamentadas.

**Métodos:** Foi conduzido um ensaio clínico randomizado envolvendo 323 mães adolescentes, seus recém-nascidos e as avós maternas das crianças, alocadas para quatro grupos distintos: mãe e avó não coabitando, sem intervenção e com intervenção direcionada apenas à mãe; e mãe e avó coabitando, sem intervenção e com intervenção direcionada a ambas. A intervenção consistiu de seis sessões de aconselhamento em amamentação, na maternidade e aos sete, 15, 30, 60 e 120 dias. As informações sobre as práticas alimentares das crianças foram coletadas mensalmente nos primeiros 6 meses de idade por telefone. O impacto da intervenção foi medido, comparando-se as medianas e as curvas de sobrevivência da introdução desses líquidos e a regressão de Cox estimou a sua magnitude.

**Resultados:** A intervenção teve impacto positivo significativo tanto para o grupo em que apenas as mães adolescentes a receberam (RDI=0,48; IC95%=0,31-0,76) quanto para o grupo em que as avós foram incluídas (RDI=0,53; IC95%=0,35-0,80). Ela postergou em 44 dias o uso desses líquidos no primeiro grupo (78 dias *versus* 122 dias) e em 67 dias no grupo em que as avós foram incluídas na intervenção (63 dias *versus* 130 dias).

**Conclusões:** Múltiplas sessões de aconselhamento nos primeiros 4 meses dirigidas a mães adolescentes e avós maternas, quando estas coabitavam, mostraram ser uma estratégia eficaz em postergar a introdução desnecessária de água e/ou chás em crianças amamentadas.

**Descritores:** Ensaio clínico controlado aleatório; aleitamento materno; serviços de saúde para adolescentes; cuidadores; atenção primária à saúde.

---

## ABSTRACT

---

**Objective:** To evaluate the efficacy of counselling sessions on breastfeeding for adolescent mothers and maternal grandmothers on the reduction of unnecessary water and/ or herbal teas intake on breastfed infants.

**Methods:** A randomized clinical trial was conducted involving 323 adolescent mothers, their newborn infants and respective maternal grandmothers allocated into four distinct groups: mother and grandmother not cohabitating, without or with intervention directed only towards mother; and mother and grandmother cohabitating without or with intervention directed towards both (mother and grandmother). The intervention consisted of six counselling sessions on breastfeeding, in the maternity ward and on days 7, 15, 30, 60 and 120 after birth. The data about feeding practices were collected monthly until the end of the sixth month of life by telephone. The impact of the intervention was measured by comparing the medians and the survival curves for initiation of water/tea intake in the first six months of life between the groups and Cox regression was used to estimate its magnitude.

**Results:** The intervention had a significant positive impact for both the group in which only adolescent mothers received the intervention (HR=0,48; 95%CI=0,31-0,76) and for the group in which grandmothers were also included (HR=0,53; 95%CI=0,35-0,80). It postponed in 44 days the use of these liquids on first group (78 days versus 122 days) and in 67 days on the group in which the grandmother was also included in the intervention (63 days versus 130 days).

**Conclusions:** Multiple counselling sessions on infant feeding in the first 4 months postpartum for adolescent mothers and maternal grandmothers, when they cohabit, demonstrated to be an effective strategy to postpone the unnecessary water and/or teas intake on breastfed infants.

**Keywords:** Randomized controlled trial, breast feeding, adolescent health services, caregivers, primary care.

---

## Lista de Ilustrações

---

- FIGURA 1** – Diagrama do ensaio clínico ..... 91
- FIGURA 2** – Curva de Kaplan-Meier da introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida nos grupos de mães adolescentes sem a presença da avó materna, controle (A) e intervenção (B) e nos grupos de mães adolescentes com a presença da avó materna, controle (C) e intervenção (D) ..... 92
- FIGURA 3** – Curva de Kaplan-Meier da introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida em crianças amamentadas, pertencentes aos grupos controle (A, C) e intervenção (B, D), segundo a coabitação com a avó..... 93

---

## Lista de Tabelas

---

<b>TABELA 1</b> – Características das mães adolescentes, seus bebês e avós maternas, por exposição à intervenção.....	94
--	----

---

## Lista de Abreviaturas

---

<b>AM</b>	Aleitamento materno
<b>AME</b>	Aleitamento materno exclusivo
<b>AMP</b>	Aleitamento materno predominante
<b>AMPA</b>	Aleitamento materno parcial
<b>AMT</b>	Aleitamento materno total
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>DP</b>	Desvio padrão
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HCPA</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>IBLCE</b>	<i>International Board Lactation Consultant Examiners</i>
<b>IC95%</b>	Intervalo de confiança de 95%
<b>IHAC</b>	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
<b>LAM</b>	Método de Amenorréia e lactação
<b>OR</b>	<i>Odds ratio</i> / Razão de chance
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNIAM</b>	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
<b>QI</b>	Quociente de inteligência
<b>RDI</b>	Razão de densidade de incidência
<b>RP</b>	Razão de prevalência
<b>RR</b>	Risco relativo
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	17
<b>1.1 A importância do aleitamento materno</b> .....	17
<b>1.2 A prática do aleitamento materno no Brasil</b> .....	23
<b>1.3 O aleitamento materno em mães adolescentes</b> .....	25
<b>1.4 Influência das avós sobre o aleitamento materno</b> .....	28
<b>1.5 Introdução precoce de água e chás em crianças amamentadas: seus determinantes e influência na duração do aleitamento materno</b> .....	31
<b>1.6 Estratégias de promoção do aleitamento materno envolvendo mães adolescentes e avós</b> .....	34
<b>2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b> .....	41
<b>3. OBJETIVO</b> .....	43
<b>4. POPULAÇÃO E MÉTODO</b> .....	45
<b>4.1 Delineamento da pesquisa</b> .....	45
<b>4.2 Local de realização do estudo</b> .....	46
<b>4.3 População - alvo</b> .....	46
<b>4.4 Amostra e processo de amostragem</b> .....	47
4.4.1 Cálculo do tamanho da amostra .....	46
4.4.2 Critérios de inclusão .....	46
4.4.3 Critérios de exclusão .....	48
4.4.4 Seleção da amostra .....	48
4.4.5 Alocação para os grupos .....	49
<b>4.5 Coleta dos dados</b> .....	49
4.5.1 Na maternidade .....	49
4.5.2 No seguimento .....	50
<b>4.6 Intervenção</b> .....	51
<b>4.7 Variáveis envolvidas no estudo</b> .....	54
4.7.1 Variável dependente .....	54

4.7.2 Variável independente.....	54
4.7.3 Outras variáveis coletadas.....	54
<b>4.8 Equipe de trabalho.....</b>	<b>56</b>
<b>4.9 Considerações Éticas.....</b>	<b>57</b>
<b>4.10 Análises dos dados.....</b>	<b>58</b>
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>6. ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>74</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>96</b>
<b>8. APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>
Apêndice A – Questionário inicial para mães adolescentes ( maternidade).....	99
Apêndice B – Questionário inicial para avós maternas ( maternidade).....	103
Apêndice C – Questionário de seguimento aos 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias.....	106
Apêndice D – Livreto com orientações sobre aleitamento materno.....	115
Apêndice E – Livreto com orientações sobre alimentação complementar.....	123
Apêndice F – Lista de problemas com as mamas.....	131
Apêndice G – Termo de Consentimento informado para mães adolescentes sem intervenção.....	133
Apêndice H – Termo de Consentimento informado para mães adolescentes com intervenção.....	134
Apêndice I – Termo de Consentimento informado para mães adolescentes e avós maternas sem intervenção.....	135
Apêndice J – Termo de Consentimento informado para mães adolescentes e avós maternas com intervenção.....	136
<b>9. ANEXOS</b>	
Anexo A – Termo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.....	138

## **1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

## **1 Revisão Bibliográfica**

### **1. A importância do aleitamento materno**

Os benefícios da amamentação a curto prazo são amplamente reconhecidos pela comunidade científica mundial nos dias atuais, evidenciando a importância do aleitamento materno (AM) como melhor fonte de nutrição para o lactente, pois contém os minerais e nutrientes adequados para os primeiros meses de vida.

Além disso, o AM exerce efeitos positivos sobre a saúde da criança, diminuindo a mortalidade infantil, ao se associar com menos episódios de diarreia, infecções respiratórias agudas e outras enfermidades infecciosas, quando se amamenta de forma exclusiva até os seis meses de idade e se for mantido até os dois anos ou mais, complementado com outros alimentos (KRAMER; KAKUMA, 2004).

Muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes, se a amamentação for exclusiva nos primeiros meses, diminuindo substancialmente a proteção contra diarreias e doenças respiratórias, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás. Estudos no Peru (BROWN et al., 1989) e nas Filipinas (POPKIN et al., 1990) mostraram que a prevalência de diarreia dobrava e triplicava, respectivamente, quando água ou chás eram oferecidos às crianças menores de seis

meses, quando comparada com a situação em que as crianças só recebiam leite materno.

Em Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul (RS), um estudo caso-controle mostrou que a chance de morrer no primeiro ano de vida por diarreia foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças em aleitamento misto, quando comparadas com crianças que não recebiam outro tipo de leite (VICTORA et al., 1987).

Outro estudo mostrou o efeito do uso de leite artificial nas taxas de internação por pneumonia. Em crianças não amamentadas nos primeiros três meses, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente. Esse risco foi 2,9 vezes maior em crianças amamentadas em regime não exclusivo (CESAR et al., 1999).

Estudo realizado na Inglaterra sugere que 53% das hospitalizações por diarreia poderiam ser prevenidas a cada mês de aleitamento materno exclusivo (AME) e 31% por aleitamento parcial (AMPA). Similarmente, 27% das internações por infecções respiratórias poderiam ser evitadas por mês quando em AME e 25% quando em AMPA (QUIGLEY et al., 2007).

Mais recentemente, tem-se associado a introdução precoce de outros alimentos em adição ao leite materno com o desenvolvimento de doenças atópicas. O AME reduz o risco de asma e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas (VAN ODIJK et al., 2003).

A amamentação exclusiva também parece proteger contra o aparecimento do *Diabetes Mellitus* Tipo I. Foi descrito que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) pode ser um importante determinante dessa doença e pode aumentar o risco de aparecimento

em 50%. Estima-se que 30% dos casos de *Diabetes Mellitus* Tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

Além de uma maior proteção contra doenças, o AME é importante sob o ponto de vista nutricional. A suplementação com outros alimentos e líquidos diminui a ingestão de LM (SACHDEV et al., 1991; DREWETT et al., 1993), uma vez que nos primeiros meses de vida o mecanismo de sede é fundamental para a manutenção da motivação do bebê para a ingestão do LM (POOTHULLIL, 2005). Essa alteração no padrão alimentar poderia ser desvantajosa para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos às crianças pequenas são menos nutritivos que o leite materno, além de interferir na biodisponibilidade de nutrientes chaves do leite materno, como o ferro e o zinco (KURINIJ et al., 1989; MORTON, 1992) e reduzir a duração do AM (WINIKOFF; LAUKARAN, 1989).

Os benefícios do AM em longo prazo ficaram mais evidentes após o estabelecimento do conceito de *Programming*:

“... um estímulo ou insulto, que aplicado a um estágio crítico ou sensível do desenvolvimento, pode resultar em efeitos persistentes em estruturas ou funções orgânicas, por vezes permanentes. Esses eventos ocorridos em estágio precoce da vida poderiam influenciar a evolução a longo prazo por indução, deleção ou alteração do desenvolvimento de estruturas somáticas, ou ainda por um ‘ajuste’ fisiológico, com conseqüências de longo termo na função comprometida” (LUCAS, 1991).

Atualmente, essa hipótese é descrita como “origem desenvolvimentista de saúde e doença” (GLUCKMANN; HANSON, 2004).

A noção de que a nutrição durante as fases iniciais do desenvolvimento humano poderia alterar funções de órgãos e assim predispor ou programar os indivíduos para o aparecimento futuro de doenças nos adultos é chamada frequentemente de Hipótese de Baker (KHAN et al., 2003; ELLISON, 2005).

A nutrição durante as fases iniciais do desenvolvimento humano é de grande interesse e preocupação em termos de saúde pública, em especial para a promoção de práticas de estímulo ao AM em nível mundial. Desta forma, estão disponíveis mais de 400 publicações em que é avaliada a associação entre AM e efeitos a longo prazo na saúde das crianças. No entanto, as conclusões dos estudos não são totalmente concordantes, e ainda pairam dúvidas sobre o verdadeiro significado dos achados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um artigo englobando revisões sistemáticas e metanálises acerca deste assunto, sugerindo que a amamentação na infância proporcionaria uma média de pressão arterial e colesterol total menores na vida adulta. Achados adicionais foram uma menor prevalência de sobrepeso / obesidade e *Diabetes Mellitus* Tipo 2 entre sujeitos amamentados. Todos estes efeitos foram estatisticamente significativos, embora alguns desfechos tivessem magnitude relativamente modesta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Na literatura, pode-se encontrar mais de cinquenta estudos analisando a influência do AM no desenvolvimento cognitivo das crianças, porém grande parte deles é observacional,

contém diversos erros metodológicos ou apresenta diferentes relações quanto ao comportamento da interação mãe-bebê.

A primeira metanálise publicada sobre o assunto concluiu pelo efeito positivo do AM no desenvolvimento cognitivo (ANDERSON et al., 1999). Uma segunda revisão (DRANE; LOGEMANN, 2000) e uma terceira (JAIN et al., 2002) concluíram que, devido aos resultados conflitantes encontrados em estudos de boa qualidade metodológica, não havia um efeito convincente do AM sobre a cognição. Uma revisão recente da literatura sugeriu que o AM está associado com o aumento do desenvolvimento cognitivo na criança. Essa conclusão baseou-se em dados de estudos controlados para variáveis de confusão como nível socioeconômico e estímulo domiciliar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O AM traz importantes benefícios também para a mãe. Estudos têm demonstrado o efeito protetor do AM no câncer de mama. Em uma análise de 47 estudos epidemiológicos em 30 países incluindo 50302 mulheres com câncer de mama invasivo e 96973 controles, concluiu-se que mulheres que amamentaram por longo período de tempo estavam protegidas contra o câncer de mama, com uma redução do risco relativo (RR) de 4,3% (IC95% 2,9-5,8;  $p < 0,0001$ ) para cada 12 meses de amamentação (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). Um estudo caso-controle conduzido em Winsconsin, envolvendo 2016 mulheres com câncer de mama e 1960 mulheres sem a doença, encontrou uma razão de chance (OR) para câncer associado com AM durante a infância de 0,83 (95% CI = 0,72-0,96), sugerindo uma provável relação entre amamentação na infância e presença de câncer de mama na vida adulta (NICHOLS et al., 2008).

O método de amenorréia e lactação (LAM), definido em 1988 na Conferência de

Bellagio, Itália, define a amamentação praticada regularmente durante o dia e à noite como método contraceptivo em mulheres que permanecem em amenorréia, sem a oferta de suplemento alimentar às crianças até seis meses após o parto, com efetividade de até 98% (VAN DER WIJDEN et al., 2003; VIEIRA et al., 2008).

Outro benefício da amamentação para a mãe é a rápida involução uterina, com consequente diminuição do sangramento pós-parto e da anemia (UNICEF, 1987; LABBOK, 2001).

O AME oferece a vantagem adicional de diminuir os gastos com serviços de saúde despendidos para as famílias e para a sociedade em geral, gastos esses feitos com leites artificiais e mamadeiras, e de reduzir os episódios de doenças nas crianças, o que consequentemente reduziria as faltas ao trabalho por parte dos pais. O gasto médio mensal, em 2004, com a compra de leite industrializado para alimentar um bebê foi equivalente a 38% a 133% do salário mínimo, dependendo da marca da fórmula. A esse gasto devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças (IBFAN, 2004).

## 1.2. A prática do aleitamento materno no Brasil

A OMS recomenda amamentação por dois anos ou mais, sendo os seis primeiros meses de AME, isto é, a criança deve receber somente leite humano, sem outros líquidos ou sólidos, incluindo águas ou chás, à exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos vitamínicos ou medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Um movimento mundial para resgatar o aleitamento materno como método preferencial de nutrir a criança pequena teve início na década de 70.

Na década de 1980, foram criadas várias iniciativas de organismos internacionais da área da saúde para promoção, proteção e apoio ao AM. Entre essas iniciativas estão as recomendações sobre alimentação infantil da OMS e a promulgação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Esse último deu origem à estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), entre outras. Seguindo as recomendações internacionais, em 1981, o Brasil iniciou a implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com um caráter amplo, envolvendo variadas instituições e setores. Esse programa foi responsável pelo envolvimento dos meios de comunicação na promoção do AM de maneira planejada, pela criação de mais de mil grupos de mães, pela promoção de competições escolares sobre o tema AM, pela implantação do sistema de alojamento conjunto em 60% das maternidades governamentais, entre muitas outras medidas (REA, 1994).

Os esforços do Ministério da Saúde e da sociedade civil organizada têm resultado no aumento das taxas de AM no Brasil, contudo a duração do AM no Brasil ainda está abaixo da recomendação da OMS.

Pesquisas em âmbito nacional constataram que a duração mediana da amamentação passou de 2,5 meses em 1976 para 5,5 meses em 1989, sendo que, na área urbana, na região Centro-Sul e entre as mulheres de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade, o aumento da prática foi maior (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998). Em 1996, a duração mediana da amamentação era de sete meses (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997). Em 1999, durante a Campanha Nacional de Vacinação, foi realizado inquérito nacional no Distrito Federal e nas capitais brasileiras, à exceção do Rio de Janeiro, constatando-se uma duração mediana do aleitamento materno de dez meses. Em Porto Alegre, contudo, a duração foi de 6,4 meses (BRASIL, 2001).

Inquérito com metodologia semelhante foi realizado em 2006, mostrando uma duração mediana do aleitamento materno total (AMT) de 14 meses nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Ainda neste inquérito, chama a atenção o fato de a região sul apresentar o dobro do percentual (7,5%) de crianças nunca amamentadas em relação à média nacional (3,6%). Outro achado pertinente foi esta mesma região ter as condições menos favoráveis para a iniciação do AM, já que apenas 35,6% das crianças nascidas na região sul do País foram amamentadas nos primeiros 60 minutos de vida (BRASIL, 2008).

Segundo os dados mais recentes publicados, a prevalência de AME entre os cinco e seis meses de idade da criança é de 9,3% no nível nacional e 8,2% na cidade de Porto Alegre; é de 10,1% na região Norte, de 8,4% na região Nordeste, de 9,3% na região Centro-Oeste e na

região Sudeste e de 9,9% na região Sul. A capital com as frequências mais altas é Florianópolis (13,1%); Porto Velho tem as mais baixas (5,9%) (BRASIL, 2009).

### **1.3 O aleitamento materno em mães adolescentes**

A OMS define adolescência como o período da vida compreendido na faixa etária de 10 a 19 anos, no qual ocorrem muitas transformações inerentes aos processos de maturação biopsicossocial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Para a maioria das pessoas, a atividade sexual tem início na adolescência. Apesar do grande progresso social, científico e cultural das últimas décadas, o tema sexo/sexualidade ainda é de difícil discussão entre os adolescentes e seus pais, o que torna o assunto gestação na adolescência de suma importância em termos de saúde pública (LEAL; WALL, 2005).

Apesar da queda do número de partos de mães adolescentes, a maternidade na adolescência é frequente e requer atenção especial. Dados do Ministério da Saúde revelam que em 2004 nasceram cerca de três milhões de crianças no Brasil das quais aproximadamente vinte e sete mil foram filhas de mães entre dez e quatorze anos e, no mesmo ano, sete em cada cem adolescentes entre quinze e dezenove anos de idade tornaram-se mães (BRASIL, 2007). Assim, a amamentação por mães adolescentes deve receber a devida atenção quer pela magnitude do número de jovens que ficam grávidas na adolescência, quer pelas características peculiares dessa fase do ciclo de vida.

Ao se analisarem os determinantes de interrupção precoce do AME encontrados nos estudos internacionais e nacionais, observa-se que alguns fatores se fazem presentes em vários deles, apontando para a necessidade de uma atenção especial dos profissionais, governos e grupos da sociedade civil organizada às populações que apresentem um ou mais desses fatores de risco. Dentre os fatores presentes em mais de um estudo, alguns estão relacionados a situações maternas, outros a aspectos do bebê e outros, ainda, à relação da dupla mãe-bebê.

Estudos realizados na Nigéria (LAWOYIN et al., 2001), Canadá (DUBOIS; GIRARD, 2003), Estados Unidos (EUA) (CARMICHAEL et al., 2001) e Noruega (LANDE et al., 2003) sugerem que mães adolescentes constituem um grupo particularmente suscetível à introdução precoce de outros líquidos e sólidos em adição ao leite materno.

No Brasil, Amador et al. (1992) realizaram uma revisão bibliográfica sobre amamentação entre adolescentes e não adolescentes, mostrando que a proporção de mães amamentando exclusivamente era menor entre adolescentes. Em Pelotas - RS, numa coorte de crianças nascidas em 1993, a prevalência de amamentação aos seis meses de idade foi menor em mães adolescentes do que em adultas. A idade materna permaneceu como fator de risco para desmame mesmo após o ajuste para outras dez variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais (GIGANTE et al., 2000).

Estudo realizado com 33.735 crianças menores de um ano de 84 municípios de São Paulo (SP) encontrou como fator de risco para interrupção da amamentação exclusiva antes dos quatro meses a idade da mãe inferior a 20 anos (VENANCIO et al., 2002). Outro estudo do mesmo grupo, analisando 34.435 crianças menores de um ano de 111 municípios de SP, encontrou como idade crítica para a interrupção do AME os 18 anos de idade da mãe

(VENANCIO; MONTEIRO, 2006). Em Porto Alegre, mães adolescentes tiveram um risco 56% maior de não amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses (ESPÍRITO SANTO et al, 2007). Ainda no Brasil, Chaves, Lamounier e César (2007) encontraram associação entre idade materna menor que 20 anos de idade e menor tempo de AM.

Países como o Canadá (NELSON; SETHI, 2005) e os EUA (PARK et al., 2003; 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 com relação à saúde dos bebês e à formação do vínculo entre a mãe e o filho, mas fatores como dor nos mamilos e/ou na mama, leite insuficiente, constrangimento decorrente da exposição pública, desconforto durante o ato de amamentar, sensação de cansaço por sentir-se sobrecarregada em razão da dificuldade de conciliar a demanda de tempo gasta com a amamentação e a escola e/ ou trabalho colocam-se como barreiras para a manutenção do AM entre esse 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 a importância significativa do apoio emocional e informativo da família, escola e amigos (WAMBACH; COHEN, 2009).

## 1.4 Influência das avós sobre o aleitamento materno

As avós são cuidadoras significativas no âmbito familiar. Cuidam dos membros da família, principalmente de suas filhas e noras na fase puerperal. Transmitem seus conhecimentos e sua cultura, são valorizadas e respeitadas por sua experiência e vivência, especialmente nos cuidados com os recém-nascidos (TEIXEIRA et al., 2006).

As mães precisam e querem o apoio das avós de seus filhos, especialmente as maternas, embora seus avisos e conselhos possam refletir práticas culturais que não protejam a amamentação. Certos autores supõem que a inclusão de avós maternas em conversas sobre práticas de AM possa ser uma forma de aumentar o conhecimento e apoio na amamentação (DYKES et al., 2003; GRASSLEY; ESCHITI, 2008).

Estudo qualitativo brasileiro com o objetivo de elucidar o papel das avós frente à maternidade adolescente detectou que 72% das avós haviam sido gestantes adolescentes, mostrando a influência da geração passada (SILVA; SALOMÃO, 2003).

Muitos estudos vêm tentando, ao longo dos anos, determinar a influência de avós maternas e paternas sobre a duração da amamentação de suas filhas ou noras.

Alguns estudos têm mostrado influência positiva da avó do bebê na amamentação. Entre esses, um evidenciou que a avó materna é a fonte de apoio mais importante para o início da amamentação entre as mulheres americanas de origem mexicana (BARANOWSKI et al., 1983). Da mesma maneira, na África, as avós foram favoráveis à amamentação exclusiva, já que consideravam desnecessária e nociva à saúde da criança a suplementação com água que, segundo elas, era recomendada pelos profissionais de saúde (ALMROTH et al., 2000). Estudo

realizado na Bolívia mostrou que a atitude da avó em relação ao AM é percebida como positiva por 90,8% das mães (LUDVIGSSON, 2003).

Outros estudos, contudo, constataram influência negativa da avó do bebê na duração do AME. Assim, Nwankwo e Brieger (2002), ao estudarem as práticas de amamentação de crianças de uma comunidade rural do sudoeste da Nigéria, observaram que, já no dia do nascimento, 3,6% das crianças receberam chá tradicional de ervas, sendo a avó do bebê a responsável pela indicação do seu uso em 50,8% dos casos.

Kerr et al. (2007), em pesquisa realizada em Malawi, África, 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 uma infusão preparada com ervas e água fervida, oferecida em pequenas quantidades, com a justificativa de que seria responsável por manter a saúde das crianças.

Um estudo indiano envolvendo quatros vilarejos da zona rural daquele país comparou vários aspectos relativos ao AM e alimentação complementar entre mulheres cujas mães eram presentes e mulheres cujas mães eram ausentes. Apesar de o tempo de AM não diferir de forma estatisticamente significativa entre os dois grupos, um achado, em particular, se mostrou interessante: uma menor proporção de colostro era ofertada no grupo que convivia com a avó, por razões como 'colostro representa leite fraco' ou 'não alimenta a criança' (SHARMA; KANANI, 2006).

No Brasil, um estudo realizado em Porto Alegre trouxe a suspeita de que as avós pudessem influenciar negativamente na duração da amamentação, já que constatou que a ausência de ajuda de um familiar em casa foi fator de proteção para a interrupção da

amamentação antes dos quatro meses, com um RR de 0,6 (GIUGLIANI et al., 1992). Em outro estudo, realizado em Natal, Rio Grande do Norte, a prevalência de AME foi significativamente menor entre as crianças com avós presentes no grupo familiar, quando comparada a de crianças com avós ausentes (ANDRADE; TADDEI, 2002).

Estudo de coorte realizado em Porto Alegre 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 mês de vida do bebê ou até a interrupção da amamentação. Entre outras, foram estudadas as seguintes variáveis: frequência do contato com a avó, o que ela pensa sobre o tempo ideal de amamentação, recomendação da avó para oferecer água, chá ou leite para o bebê, participação da avó na amamentação e influência da opinião da avó na decisão da mãe. Foi investigada a associação dessas variáveis com abandono do AME ao final do primeiro mês. O estudo mostrou que o contato diário da mãe com uma das avós da criança é freqüente (40% com as avós maternas e 30% com as paternas). Embora essas avós expressassem o desejo de que as mães amamentassem, mais da metade (56% das avós maternas e 54% das paternas) aconselhou o uso de água e/ou chá e/ou outros leites. Constatou-se também que, independentemente das características maternas, aumenta o risco de o bebê abandonar o AME até o final do primeiro mês o fato de a avó recomendar a oferta de 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), bem como sua recomendação para dar-lhe outro leite (avó materna OR = 4,51; IC 95% = 2,14 – 9,49; avó paterna OR = 1,86; IC 95% = 1,01 – 3,42) (SUSIN et al., 2005).

Estudo transversal aninhado em uma coorte contemporânea, que acompanhou 220 duplas mãe-bebê na cidade de Porto Alegre, constatou que a coabitação com avó materna (RP = 1,51; IC95% 1,10 – 2,10) esteve associada com a introdução de água e/ou chá no final do primeiro mês de vida, embora não influenciasse na duração total do AM (p=0, 277). A presença da avó paterna não aumentou essa chance (GIUGLIANI et al., 2008).

### **1.5 Introdução precoce de água e chás em crianças amamentadas: seus determinantes e influência na duração do aleitamento materno**

Apesar de já estar bem documentado que a suplementação do leite materno com água e/ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes (ASHRAF et al., 1993; SACHDEV et al., 1991), o uso desses líquidos é bastante comum em muitos lugares do mundo. Em algumas regiões quentes do Brasil, 80% das crianças começam a receber tais líquidos já na primeira semana de vida (MARQUES et al., 2001).

Estudo de coorte realizado nos Emirados Árabes (AL-MAZROUI et al., 1997) constatou que, ao final do primeiro mês de vida, apenas 4% dos bebês mamavam exclusivamente no seio materno, sendo que a prevalência de uso de água era de 82% e de chá 9%. Kakute et al. (2005), em estudo realizado na África, constataram que 38% dos bebês amamentados menores de três semanas recebiam água.

De acordo com o Ministério da Saúde, a introdução de água e chás à dieta das crianças brasileiras se dá muito precocemente, já a partir do primeiro mês de vida. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher realizada em 2006 constatou que 25,7% das crianças menores de um mês já recebiam outros leites, 20,6% recebiam outros líquidos e 14,7% recebiam mingau (BRASIL, 2008).

Gouvêa et al. (2002), em estudo realizado na região sul do município de SP, constataram que a idade mediana de introdução de chá foi um mês de vida e a de água foi dois meses. Gonçalves et al. (2003), em estudo realizado em Maringá, Paraná, constataram que 35,8% das crianças amamentadas recebiam chá no final do primeiro mês de vida e 12,4% já recebiam leite industrializado no mesmo período. Trabalho realizado em São José do Rio Preto, SP (FIGUEIREDO et al., 2004) identificou os 30 dias de vida como a idade mediana de introdução de água/chás e leite de vaca em pó na alimentação das crianças estudadas.

O último inquérito nacional confirmou essa tendência de introdução precoce de água, com 13,6% das crianças recebendo esse líquido já no primeiro mês de vida, evidenciando-se uma diferença regional significativa, pois em regiões mais quentes do país, como o Nordeste brasileiro, esse percentual no primeiro mês de vida (19,1%) foi quase cinco vezes maior que na região Sul (4,6%), onde o clima é mais ameno. Com relação ao consumo de chás, o mesmo estudo verificou que esse líquido tem introdução um pouco mais freqüente no primeiro mês de vida quando comparado à água, pois 15,3% das crianças receberam chá nesse período. A análise das regiões mostrou maior freqüência do uso de chás na Região Sudeste do País, com freqüência maior de 20% no primeiro mês em diversas capitais brasileiras (BRASIL, 2009).

Vários estudos têm buscado os determinantes da interrupção precoce do AME, contudo poucos são os estudos que procuraram identificar os determinantes da introdução de água e/ou chá no primeiro mês de vida, bem como a relação entre a introdução desses líquidos e o desmame precoce.

Nos EUA, estudo de coorte (SCARIATI et al., 1997) constatou que 24,7% das mães ofereciam água pelo menos três vezes ao dia para as crianças no final do primeiro mês e identificou uso de fórmula (OR = 4,3), baixa escolaridade materna (OR = 2,6) e nível socioeconômico mais baixo (OR = 1,7) como determinantes para a introdução de água no primeiro mês de vida.

Em Porto Alegre, estudo de coorte (SOARES et al., 2003) constatou que o aleitamento materno predominante (AMP) no primeiro mês não foi fator associado com desmame nos primeiros seis meses de vida (RDI = 1,5; IC 95% = 0,8 – 2,6), ao passo que o AMPA o foi (RDI = 3,7; IC 95% = 2,2 – 6,4), quando controlados para uso de chupeta.

Estudo de coorte realizado em SP (SIMON et al., 2003) verificou a idade de introdução de alimentos no primeiro ano de vida e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas de 326 crianças. A idade mediana de introdução de água e chá foi 28 dias de vida e a de introdução de outro leite foi 60 dias. Entre as variáveis estudadas, a análise multivariada identificou escolaridade materna mais alta (curso superior) como fator de proteção para introdução de água e chá (RDI = 0,48; IC 95% = 0,26 – 0,86) quando tal fator foi ajustado para idade materna, trabalho materno e renda familiar.

A escassez de estudos que buscassem os determinantes da introdução de água e/ou chás independentemente dos determinantes da introdução de outros leites motivou a realização de

um estudo em Porto Alegre, identificando os seguintes fatores de risco para a introdução precoce de água e/ou chás no primeiro mês de vida: mães adolescentes (RDI=1,55; IC 95%=1,14-2,09), com poucas consultas pré-natais (RDI=1,48; IC 95%=1,09-2,01), coabitando com suas mães (RDI=1,51; IC 95%=1,10-2,09) e/ ou pega inadequada aos 30 dias de vida (RDI=1,87; IC 95%=1,35-2,58) (GIUGLIANI et al., 2008).

A constatação de que as mães adolescentes são mais vulneráveis a interromper o AME através da introdução precoce e desnecessária de água e/ou chás antes dos seis meses de vida do bebê e de que as avós, especialmente as maternas, exercem influência sobre isso, reforça a importância da criação de programas de incentivo e educação sobre práticas alimentares para estes segmentos da população.

## **1.6 Estratégias de promoção do aleitamento materno envolvendo mães adolescentes e avós**

Intervenção é definida como um conjunto de ações com um objetivo coerente de modificar ou produzir desfechos positivos identificáveis. Essas ações podem incluir políticas, iniciativas regulatórias, estratégias específicas ou programas com múltiplos componentes. São classificadas em intervenções coletivas, cujo objetivo é promover saúde ou prevenir doenças em comunidades ou populações, ou intervenções em nível individual, em que o objetivo é prevenir ou tratar doenças em indivíduos (RYCHETNIK et al., 2002).

Sob o ponto de vista de saúde geral, intervenções em nível coletivo podem ter direcionamentos diversos. Em uma perspectiva de alto risco, as medidas são direcionadas para indivíduos de alto risco, detectados por meio de testes de varredura com um bom nível de sensibilidade e especificidade (ROSE, 1992). Após sua identificação, os indivíduos de alto risco passam a ser o foco de medidas com vistas ao controle do problema em questão. Todavia, o fato de as ações comumente se basearem em testes de baixo poder preditivo e não serem direcionadas a determinantes mais importantes representa limitações importantes desta estratégia, com implicações significativas em sua efetividade (BATCHELOR; SHEIHAM, 2002).

Intervenções com uma perspectiva populacional (*population approach*) envolvem medidas para reduzir o nível de risco de toda uma população. Contudo, medidas direcionadas indiscriminadamente a toda a população podem acrescentar pouco benefício a um custo alto, uma vez que muitos indivíduos podem ser atingidos desnecessariamente. Além do que, estratégias populacionais podem determinar um aumento ainda maior da desigualdade na distribuição de doenças, considerando que o benefício pode não ter uma distribuição homogênea (ROSE, 1992).

Além disso, outras questões emergem, quando se discute avaliação de estratégias ou intervenções: (1) os resultados das pesquisas são aplicáveis a outros indivíduos ou populações? (2) o insucesso detectado de uma intervenção é inerente à intervenção ou se deve à falha em sua implementação? Essas são questões importantes da avaliação de intervenções e demonstram a complexidade dessa tarefa (RYCHETNIK et al., 2002).

Estudos de intervenção têm sido realizados no mundo todo em várias áreas da saúde, inclusive, para incrementar as taxas de amamentação.

Em revisão publicada pelo *Cochrane* cujo objetivo foi investigar a eficácia de intervenções sobre amamentação, foram incluídos ensaios clínicos controlados randomizados ou 'quase-randomizados'. Nesse estudo foram avaliados 34 ensaios clínicos de 14 países, totalizando uma amostra de 29.385 pares mãe-bebê. Todas as formas de apoio mostraram um aumento na duração tanto do AMPA (RR para abandono precoce 0,91; IC 95% 0,86 – 0,96) quanto do AME com um efeito maior (RR para abandono precoce 0,81; IC 95% 0,7-0,89) (Britton et al., 2007).

Como alguns estudos de intervenção mostraram efeito positivo nas taxas de AME, alguns autores procuraram estudar a importância da capacitação das pessoas da rede de apoio e os efeitos nas taxas de amamentação.

Dennis et al (2002) conduziram um ensaio clínico envolvendo 256 mulheres no Canadá que recebiam intervenção por telefone realizada por profissionais com experiência prévia em AM e que realizaram uma sessão adicional de treinamento com duração de duas horas e meia. Evidenciou-se um aumento na duração do AM em comparação ao grupo controle no período de quatro, oito e 12 semanas pós-parto.

Na Dinamarca, Kronborg et al. (2007) realizaram um 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 que receberam um curso de 18 horas sobre AM e realizaram a intervenção com 781 mães do grupo experimental e 57 profissionais de saúde que não receberam o curso de 18 horas e visitaram 816 mães do grupo controle. Ocorreram de uma a

três visitas durante as primeiras cinco semanas após o parto. As mães do grupo experimental receberam informações específicas baseadas em fatores maternos e psicossociais e o grupo controle recebeu informações da prática habitual dos visitantes. Como resultado, observou-se que as mães do grupo experimental tiveram uma taxa de abandono do AME 14% menor (RDI 0,86; IC 95% 0,75-0,99), quando comparadas ao grupo controle. Cabe ressaltar que a paridade não mostrou ter influência nos resultados e que os bebês do grupo experimental, que foram amamentados com mais frequência, usaram menos chupeta e suas mães demonstraram mais confiança. Assim, os pesquisadores concluíram que visitas domiciliares, realizadas por pessoas capacitadas, nas primeiras cinco semanas podem prolongar a duração do AME.

A maior parte dos estudos de intervenção em AM publicados demonstra um impacto positivo, todavia costumam limitar-se a avaliar o tempo de início de amamentação e o tempo de aleitamento materno total (AMT), independentemente de ser complementado por outros líquidos (LEITE et al., 2005; HODDINOTT et al., 2006; MUIRHEAD et al., 2006).

Apesar de existirem estudos disponíveis de promoção do AM, poucos são os dados disponíveis sobre os efeitos destas intervenções na redução do consumo de água e/ou chás. Um dos poucos dados disponíveis foi relatado por Coutinho et al. (2005) ao realizarem um ensaio clínico randomizado com crianças nascidas em dois Hospitais Amigos da Criança do estado de Pernambuco, cujas mães foram orientadas sobre vários aspectos do AM durante visitas domiciliares. Ao final do primeiro mês de vida, os bebês do grupo controle receberam significativamente mais água (69% versus 24%) e chá (49% versus 15%) do que os do grupo experimental.

Estudos de intervenção abordando AM direcionados a mães adolescentes e avós

maternas são escassos na literatura e, dando ênfase na introdução precoce de água e /ou chás nessa população específica, são inexistentes.

Meglio et al. (2010) realizaram um ensaio clínico randomizado com o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção por telefone na duração do AM 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 com experiência prévia em amamentação e que foram capacitadas através de um programa de treinamento desenvolvido pela *La Leche League* e adaptado às adolescentes em um total de dez sessões de duas horas cada. 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 parar de mamar ou começar a receber alimentos. A coleta de dados foi realizada por um pesquisador assistente que era cego à intervenção, também por telefone mediante o preenchimento de um questionário padronizado. Os pesquisadores concluíram que a estratégia não teve efeito na duração do AMT (mediana de 75 dias *versus* 35 dias;  $p=0,26$ ), mas, em contraste, a duração do AME foi maior no grupo que recebeu a intervenção (mediana de 35 dias *versus* 10 dias;  $p=0,004$ ).

No Senegal, África, foi conduzido um trabalho de intervenção com as avós, encorajando-as a promover práticas adequadas de alimentação dos bebês e cuidados com a gravidez. Para a capacitação das avós foi utilizada uma técnica envolvendo músicas, histórias e discussões sobre os temas em questão. Foram coletados dados quantitativos e qualitativos para avaliar o efeito da intervenção. Após 12 meses do início do estudo puderam-se observar resultados positivos nas condutas com relação à alimentação infantil. A recomendação por

parte das avós de que o AM seguisse por cinco meses ou mais triplicou, aumentando de 26% para 94%, e que o colostro poderia ser dado ao recém-nascido de 57% para 97% (AUBEL et al., 2004).

A maior parte dos estudos qualitativos que dão ênfase ao suporte para amamentação entre mães adolescentes focam-se em três aspectos distintos: (1) os benefícios de estratégias educacionais para encontrar as necessidades específicas de mães adolescentes durante a amamentação (NEIFERT et al., 1988; RADIUS; JOFFE, 1988; BAR-YAM, 1993; McVEIGH; SMITH, 2000; POBOCIK et al., 2000); (2) o valor do suporte profissional nos aspectos práticos da amamentação (NEIFERT et al., 1988; RADIUS; JOFFE, 1988; McVEIGH; SMITH, 2000); (3) a importância do suporte a cuidadores, entre eles, as avós e os companheiros da adolescente. (JOFFE; RADIUS, 1987; BAR-YAM, 1993; BENSON, 1996; McVEIGH; SMITH, 2000).

Com base nessas afirmativas, seria de se esperar que uma estratégia de promoção do AME levando em conta as peculiaridades e abrangendo as mães adolescentes e avós maternas tivessem um impacto positivo nessa prática e conseqüentemente na introdução precoce e desnecessária de água e/ ou chás.

## **2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

---

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Os pressupostos que justificam a realização da presente pesquisa são:

- Já está bem documentada a importância do AME para a saúde da criança em curto, médio e longo prazos.
- O AME ainda é pouco praticado no mundo todo, em especial no Brasil.
- É significativo o percentual de bebês amamentados que, já no primeiro mês, recebem água e/ou chás em todo o Brasil;
- É expressivo o número de mães adolescentes no Brasil e em diversas partes do mundo;
- As avós exercem influência nas práticas alimentares de crianças;
- As mães adolescentes e avós maternas são grupos de risco para a introdução desnecessária desses líquidos em crianças amamentadas;
- Não existem estudos testando intervenções em mães adolescentes e avós maternas com relação à introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida.

### **3 OBJETIVO**

---

### **3. OBJETIVO**

Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação nos quatro primeiros meses de vida das crianças, dirigidas a mães adolescentes e avós maternas na redução do uso desnecessário de água e/ou chás em crianças amamentadas.

## **4 POPULAÇÃO E MÉTODO**

---

## 4 POPULAÇÃO E MÉTODO

### 4.1. Delineamento da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi idealizado um ensaio clínico randomizado, envolvendo quatro grupos distintos de mães adolescentes: (A) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (B) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à adolescente; (C) coabitando com a mãe, sem intervenção; e (D) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à adolescente e à avó materna da criança.

O estudo idealizado teve como objetivo geral avaliar a eficácia de múltiplas sessões de aconselhamento em alimentação infantil nos primeiros quatro meses de idade da criança, com ênfase no aleitamento materno, direcionadas a mães adolescentes e avós maternas sobre as práticas alimentares no primeiro ano de vida. A presente dissertação tem o seu foco em um dos objetivos específicos, qual seja, avaliar a eficácia da intervenção no uso desnecessário de água e chás em crianças amamentadas.

## **4.2. Local de realização do estudo**

As adolescentes foram recrutadas para o estudo no alojamento conjunto da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), estado do Rio Grande do Sul, no Sul do Brasil. Trata-se de um hospital geral universitário, credenciado como Hospital Amigo da Criança e que realiza entre 3000 a 4000 partos por ano. A grande maioria da população assistida por esse hospital é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público de saúde que garante o atendimento integral, universal e gratuito para toda a população do País.

O acompanhamento ao longo de seis meses ocorreu no domicílio das mães adolescentes.

## **4.3. População -Alvo**

A população-alvo foi constituída por mães adolescentes, seus bebês e suas mães (avós maternas das crianças) quando em coabitação.

## **4.4. Amostra e Processo de amostragem**

### *4.4.1. Cálculo do tamanho da amostra*

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se o programa EpiInfo 6.04, tendo como parâmetros: nível de confiança de 95%, poder de 80%; 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 AME no primeiro mês entre o grupo não exposto e o grupo exposto à intervenção = 25 pontos percentuais. Para compensar possíveis perdas e possibilitar a realização de análise multivariada, o número de sujeitos incluído em cada grupo foi 50% maior do que o mínimo, totalizando aproximadamente 72 participantes em cada grupo.

### *4.4.2. Critérios de Inclusão*

Foram consideradas elegíveis para participar do estudo mães adolescentes (com menos de 20 anos de idade) residentes em Porto Alegre, com recém-nascidos saudáveis em alojamento conjunto, não gemelares, com peso de nascimento igual ou superior a 2500 gramas e que tivessem iniciado a amamentação.

A coabitação com a sogra poderia causar fator de confusão no resultado deste estudo, e por isso não foram incluídas no estudo mães com essa condição.

Além disso, condições que sabidamente interferem na amamentação tais como a realização de mamoplastia redutora (SOUTO et al., 2003) ou doença mental grave na mãe também fizeram parte dos critérios de não inclusão no estudo.

#### *4.4.3. Critérios de Exclusão*

As duplas que, por problemas da mãe ou do bebê, tiveram que ser separados, ou não conseguiram iniciar a amamentação durante o período em que estiveram no hospital foram excluídas do estudo.

#### *4.4.4. 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 HCPA, as adolescentes que tiveram bebês nas últimas 24 horas e que preenchiam os critérios de inclusão do estudo.

#### *4.4.5. 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, em ambiente privado, 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 do grupo 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 pelo mesmo pesquisador que fazia a seleção inicial, impedindo a distinção visual ou tátil das mesmas.

### **4.5. Coleta dos Dados**

#### *4.5.1. Na maternidade:*

As puérperas adolescentes (e as avós, quando coabitavam), independentemente do grupo para o qual foram alocadas, respondiam, por meio de entrevista, a um questionário padronizado

visando à obtenção de informações relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação. Foram elaborados questionários diferenciados para as mães e para as avós. (Apêndices A e B, respectivamente). As entrevistas com as mães e as avós ocorriam separadamente e foram realizadas por um dos membros de uma equipe formada por quatro pesquisadores (uma nutricionista, um pediatra e duas enfermeiras).

#### *4.5.2. No seguimento:*

Os dados relativos à alimentação da criança foram coletados ao final de cada mês do nascimento da criança, até o final do sexto mês de vida da criança. As mães eram entrevistadas, sempre que possível, por telefone, utilizando-se questionário padronizado e registro de frequência alimentar (Apêndice C). As entrevistas no seguimento foram realizadas por auxiliares de pesquisa ( três nutricionistas, uma acadêmica de nutrição, três enfermeiras e uma acadêmica de enfermagem). Na impossibilidade de se fazer a entrevista por telefone, as mães eram visitadas em seus domicílios.

Com o intuito de se checar a veracidade das informações do seguimento, a cada 50 mães que ingressavam no estudo, dez eram sorteadas pela coordenadora de campo para responderem novamente a algumas perguntas-chave do questionário de seguimento por telefone. Os entrevistadores eram cegos quanto ao grupo ao qual pertenciam as mães/avós.

## 4.6. Intervenção

O conteúdo da intervenção, tanto para as mães quanto para as avós, foi elaborado após conversas com 20 puérperas adolescentes e 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 criados questionários iniciais (para as mães e para as avós) e uma estratégia de intervenção, as 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 ou 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 e livre de interrupções. 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.

Na sessão de aconselhamento 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, mamadeira e 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 contemplava tópicos 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 da intervenção com as mães, com muitos tópicos em comum, todavia continha conteúdos adicionais levando em consideração o papel exercido pelas avós.

Foram utilizados, como material de apoio, álbuns seriados e livreto ilustrado, especialmente confeccionados para a pesquisa, um com mensagens básicas direcionadas à mãe adolescente e outro às avós.

No final da sessão, a mãe recebia uma cartilha ilustrada, especialmente elaborada para este estudo, com as mensagens básicas da intervenção, com espaços para colocar fotos dela, do bebê e/ou da família, obtidas pela pessoa que aplicava a intervenção em cada encontro (Apêndice D).

Durante o seguimento, as mães e as avós, conjuntamente, recebiam sessões de aconselhamento de reforço nos seus domicílios, quando as crianças completavam sete , 15 , 30 , 60 e 120 dias pelo mesmo profissional que conduziu a intervenção na maternidade. Nessas sessões, discutiam-se as dificuldades enfrentadas pelas mães e seu manejo, além de abordar novamente, para reforçar, alguns aspectos básicos já discutidos anteriormente no aconselhamento na maternidade. Aos 120 dias, era abordada também a alimentação complementar, com o apoio de um álbum especialmente criado para o estudo cuja base foi as diretrizes do Guia de Alimentação Para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (BRASIL, 2003), sendo entregue um outro livreto ilustrado nesse momento (Apêndice E).. Durante cada visita, era preenchido um questionário sobre problemas com as mamas (Apêndice F).

## 4.7. Variáveis envolvidas no estudo

### 4.7.1 Variável dependente (*desfecho*)

- Época de introdução de água e/ou chás (em dias de vida do bebê): dado coletado nas entrevistas do seguimento.

### 4.7.2 Variável independente (*exposição*)

- Intervenção

### 4.7.3 Outros Variáveis coletadas

- Idade materna (em anos completos): dado informado pela mãe e apresentado como média  $\pm$  desvio-padrão (DP).

- Cor da mãe: dado informado pela mãe e categorizado em branca ou não branca.

- Escolaridade da mãe (em anos completos): dado informado pela mãe e categorizado em  $\leq 8$  anos ou  $> 8$  anos.

- Tabagismo materno na gestação: dado informado pela mãe e categorizado em sim ou não.

- Coabitação com o pai da criança: dado informado pela mãe e categorizado em sim ou não.
- Número de consultas no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em  $<7$  ou  $\geq 7$ .
- Ordem de nascimento do bebê: dado informado pela mãe e categorizado em primeiro filho ou segundo filho ou mais.
- Tipo de parto: dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em vaginal ou cesariana.
- Sexo do bebê: dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em masculino ou feminino.
- Peso de nascimento do bebê (em gramas): dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e apresentado como média  $\pm$  DP.
- Orientação, individual ou em grupo, sobre amamentação no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em sim ou não.
- 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 ou  $\geq 6$  meses.
- Idade da avó (em anos completos): dado informado pela avó e apresentado como média  $\pm$  DP.
- Números de filhos 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 ou não.
- Avó mora com o companheiro: dado informado pela avó e categorizado em sim ou não.
- Escolaridade da avó (em anos completos): dado informado pela avó e categorizado em  $\leq 8$  anos ou  $> 8$  anos.
- Tempo de amamentação da filha adolescente (em meses) : dado informado pela avó e apresentado como média  $\pm$  DP.

#### **4.8. Equipe de Trabalho**

A equipe de trabalho contou com os seguintes componentes:

- Orientadora, que supervisionou e orientou todas as fases do desenvolvimento da pesquisa.
- Uma aluna de pós-graduação nível Doutorado, responsável pela coordenação de campo, supervisão da coleta dos dados, codificação e digitação dos dados.
- Dois alunos de pós-graduação nível Mestrado, uma enfermeira e uma nutricionista, responsáveis diretos pela seleção da amostra, sorteio para alocação dos sujeitos para os grupos e aplicação da intervenção na maternidade e nos domicílios, e que não participaram da coleta dos dados do seguimento.

- Oito auxiliares de pesquisa ( três nutricionistas, uma acadêmica de nutrição, três enfermeiras e uma acadêmica de enfermagem) responsáveis pela aplicação dos questionários do seguimento e auxílio na digitação dos dados. Os auxiliares de pesquisa foram previamente capacitados para executar as suas tarefas e não tiveram informação quanto ao grupo ao qual pertenciam às mães/avós.

Foram realizadas reuniões semanais com toda a equipe para acompanhamento do andamento da pesquisa e discussão de ocorrências não previstas no projeto.

#### **4.9.Considerações Éticas**

As mulheres que fizeram parte do estudo foram informadas a respeito do mesmo e somente participaram após assinarem consentimento por escrito (Apêndice G , H, I e J ). Foi garantido o anonimato das participantes e a utilização dos resultados 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, esta recebia orientação para procurar atendimento em serviço de saúde de referência.

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 A ).

#### **4.10. Análise dos dados**

Os programas epidemiológico e estatístico escolhidos pertencem ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

O banco de dados foi construído, utilizando-se o programa *Microsoft Excel*. Foi feita dupla digitação dos dados, com posterior *validate*, para assegurar melhor qualidade dos dados. As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa *SPSS for Windows 16.0*.

Para a análise dos dados, foram adotados procedimentos de análise descritiva, sendo as variáveis quantitativas sumarizadas por meio da mediana, da média e do desvio padrão e as variáveis qualitativas descritas pelas frequências absolutas e relativas.

Foram computadas as frequências de todas as variáveis coletadas e realizada a caracterização do grupo controle e do grupo experimental, para testar se eram semelhantes entre si, utilizando-se o teste de qui-quadrado.

As análises foram por intenção de tratar. Utilizou-se análise de sobrevivência para comparar as frequências de introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida entre os diferentes grupos. A data de introdução de água e/ou chá, em meses, correspondeu ao dado não censurado, sendo censurados os dados das duplas mãe-bebê que ainda estavam em AME ao final do período, bem como os dados das duplas perdidas ao longo do seguimento e os dados das mães que já haviam introduzido outros leites anteriormente à água e/ou chás.

O teste Log Rank foi utilizado para comparação das curvas e a regressão de Cox para estimar a magnitude da associação entre a intervenção e o desfecho, por meio da Razão de Densidade de Incidência (*hazard ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Adotou-se  $p < 0,05$  como nível de significância estatística. Foram também calculadas as medianas, em dias, da época de introdução de água e/ou chás para os diferentes grupos e seus respectivos intervalos de confiança.

## **5 REFERÊNCIAS**

---

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO DE LITERATURA

1. Al-Mazroui MJ, Oyejide CO, Bener A, Cheema MY. Breastfeeding and supplemental feeding for neonates in Al-Ain, United Arab Emirates. *J Trop Pediatr*. 1997;43:304-6.
2. Almroth S, Mohale M, Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. *Acta Paediatr*. 2000;89:1408-13.
3. Amador M, Hermelo MP, Canetti JE, Consuegra E. Adolescent mothers: do they breast-feed less? *Acta Paediatr Hung*. 1992;32:269-85.
4. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999;70:525-35.
5. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos, culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2002;20:8-18.
6. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr*. 1993;82:1007-11.
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; 59:945-59.
8. Baranowski T, Bee DE, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N, et al. Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Soc Sci Med*. 1983; 17:1599-611.
9. Bar-Yam NB. Breastfeeding and teenage mothers. *Int J Childbirth Educ*. 1993;8:21-6.

10. Batchelor P, Sheiham A. The limitations of a 'high-risk' approach for the prevention of dental caries. *Community Dent Oral Epidem.* 2002;30:302-12.
11. Benson S. Adolescent mothers' experience of parenting and breastfeeding: a descriptive study. *Breastfeeding Rev.* 1996;4:19-27.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS Nº 2. Temático saúde da mulher V.I. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS:2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. 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.

18. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;24:CD001141.
19. Brown KH, Black RE, Romaña GL, Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrhea and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics.* 1989; 83:31-40.
20. Brownell K, Hutton L, Hartman J, Dabrow S. Barriers to breastfeeding among African American adolescent mothers. *Clin Pediatr (Phila).* 2002;41:669-73.
21. 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.
22. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ.* 1999;318:1316-20.
23. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83:241-6.
24. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002;360:187-95.
25. Coutinho SB, Lira PC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet.* 2005; 366:1094-100.

26. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2002;166:21-8.
27. Drane DL, Logemann JA. A critical evaluation of the evidence on the association between type of infant feeding and cognitive development. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000;14:349-56.
28. Drewett R, Amatayakul K, Wongsawasdii L, Mangklabruks A, Ruckpaopunt S, Ruangyuttikarn C, et al. Nursing frequency and the energy intake from breast milk and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. *Eur J Clin Nutr*. 1993;47:880-91.
29. 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. *Can J Public Health*. 2003;94:300-5.
30. Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs – an exploratory study. *J Human Lact*. 2003;19:391-401.
31. Ellison, PT. Evolutionary perspectives on the fetal origins hypothesis. *Am J Hum Biol*. 2005;17:113-8.
32. Espirito Santo LC, Giugliani ER, Oliveira LD. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first six months. *Birth*. 2007;34:3.
33. Feldman-Winter L, Shaikh U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. *J Hum Lact*. 2007;23:362-7.

34. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TA, Garcia E, Silva LC, Carvalho FL, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20:172-9
35. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*. 1994;17:13-9.
36. Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição maternal e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:259-65.
37. 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.
38. 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.
39. Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science*. 2004;305:1733-6.
40. Gonçalves MB, Padula J, Hayashi K, Ito DLS, Silva MM. Prevalência de aleitamento materno entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999-2000, Maringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*. 2003;25:115-24.
41. Gouvêa LC, Eyama APM, Castro AG, Sakamiti GMK, Gimenes ML, Yamashita MC, et al. Análise da situação do aleitamento na população da região sul de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2002;20:267-74.
42. Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth*. 2008;35:329-35.

43. 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. *J Adolesc Health*. 2000;26:399-407.
44. Hoddinott P, Lee AJ, Pill R. Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. *Birth*. 2006;33:27-36.
45. IBFAN Brasil. Monitoramento 2004 – Custo de alimentação artificial na infância. Disponível em: [http://www.ibfan.org.br/moni\\_moni05.htm](http://www.ibfan.org.br/moni_moni05.htm). Acesso em: 28 dez. 2009.
46. Jain A, Concato J, Leventhal JM. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? *Pediatrics*. 2002;109:1044-53.
47. Joffe A, Radius SM. Breast versus bottle: correlates of adolescent mothers' infant-feeding practices. *Pediatrics*. 1987;7:689-95.
48. Kakute PN, Ngum J, Mitchell P, Kroll KA, Forgewei GW, Ngwang LK, et al. Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in a rural area of Cameroon, Africa. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50:324-8.
49. 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.
50. Khan IY, Lakasing L, Poston L, Nicolaidis KH. Fetal programming for adult disease: where next? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003;13:292-9.
51. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol*. 2004;554:63-77.

52. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster- randomized community based trial. *Acta Paediatr.* 2007; 96:1064-70.
53. Kurinij N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast-feeding? *Am J Public Health.* 1989; 79:1247-50.
54. Labbok MH. Effects of breastfeeding on mother. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:143-58.
55. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg 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.
56. Lawoyin TO, Olawuyi JF, Onakedo MO. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigeria. *J Hum Lact.* 2001;17:321-5.
57. Leal AC, Wall ML. Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. *Cogitare Enferm.* 2005;10:44-52.
58. Leite AJ, Puccini RF, Atalah AN, Cunha ALA, Machado MT. Effectiveness of home-based peer counseling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. *Acta Paediatr.* 2005;94:741-6.
59. Lucas A. Programming by early nutrition in man. *Ciba Found Symp.* 1991;156:38-50
60. Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatr.* 2003;3:5.

61. Marques NM, Lira PI, Lima MC, Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics*. 2001; 108: e66.
62. McVeigh C, Smith M. A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. *Midwifery*. 2000;16:269-76.
63. 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.
64. Morton, JA. Ineffective suckling: a possible consequence of obstructive positioning. *J Hum Lact*. 1992;8:83-5.
65. Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2006;56:191-7.
66. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care*. 1988;9:470-3.
67. Nelson A, Sethi S. The breastfeeding experiences of Canadian teenage mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:615-24.
68. Nichols HB, Trentham-Dietz A, Sprague BL, Hampton JM, Titus-Ernstoff L, Newcomb PA. Effects of birth order and maternal age on breast cancer risk: modification by whether women had been breast-fed. *Epidemiology*. 2008;19:417-23.
69. Nwankwo BO, Brieger WR. Exclusive breastfeeding is undermined by use of other liquids in rural southwestern Nigeria. *J Trop Pediatr*. 2002;48:109-12.

70. Organização Mundial da Saúde / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento; 1997.
71. Park YK, Meier ER, Song WO. Characteristics of teenage mothers and predictors of breastfeeding initiation in the Michigan WIC Program in 1995. *Women, Infants, and Children. J Human Lact.* 2003;19:50-6.
72. Pobocik RS, Benavente JC, Schwab AC, Boudreau N, Morris CH, Houston S. Effect of a breastfeeding education and support programme on breastfeeding initiation and duration in a culturally diverse group of adolescents. *JNE.* 2000;32:139-45.
73. Poothullil JM. Recognition of oral sensory satisfaction and regulation of the volume of intake in humans. *Nutr Neurosci.* 2005;8:245-50.
74. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics.* 1990;86:874-82.
75. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics.* 2007;119:e837-42.
76. Radius SM, Joffe A. Understanding adolescent mothers' feelings about breast-feeding. A study of perceived benefits and barriers. *J Adolesc Health Care.* 1988;9:156-60.
77. Rea MF. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. *Rev Saúde Pública.* 1994; 28:365-72.
78. Rose G. *The strategy of preventive medicine.* Oxford: Oxford University Press; 1992.
79. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56:119-27.

80. 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.
81. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Water supplementation of infants in the first month of life. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151:830-2.
82. Sharma M, Kanani S. Grandmothers' influence on child care. *Indian J Pediatr*. 2006; 73:295-8.
83. Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8:135-45.
84. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6:29-38.
85. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:309 -16.
86. 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.
87. Souto GC, Giugliani ERJ, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact*. 2003;19:66-9.
88. Susin LR, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica*. 2005;39:141-7.

89. Teixeira MA, Nitschke RG, Gasperi PD, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 1:98-106.
90. UNICEF. *The state of the world's children.* Oxford: Oxford University Press; 1987.
91. Van Der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003, (4): CD001329.
92. Van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy.* 2003;58:833-43.
93. Venâncio SI, Escuder MML, Kitiko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno e municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Publica.* 2002;36:313-8.
94. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev bras epidemiol.* 1998,1:40-9.
95. Venancio 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.
96. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet.* 1987;2:319-22.
97. Vieira CS, Brito MB, Yazlle ME. Postpartum contraception. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30:470-9.

98. Wambach KA, Cohen SM. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *J Pediatr Nurs.* 2009;24:244-54.
99. Winikoff B, Laukaran VH. Breast feeding and bottle feeding controversies in the developing world: evidence from a study in four countries. *Soc Sci Med.* 1989;29:859-68.
100. World Health Organization. Expert consultation on optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2001.
101. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. World Health Organization; 2007.
102. 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.

## **6 ARTIGO ORIGINAL**

---

---

## **6. ARTIGO**

Redução do uso desnecessário de água e chás em crianças amamentadas: um  
ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós

Leandro Meirelles Nunes, Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)**

**Resumo:**

**Objetivo:** Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação dirigidas a mães adolescentes e avós maternas sobre o uso desnecessário de água e/ ou chás em crianças amamentadas.

**Métodos:** Foi conduzido um ensaio clínico randomizado envolvendo 323 mães adolescentes, seus recém-nascidos e as avós maternas das crianças, alocadas para quatro grupos distintos: mãe e avó não coabitando, sem intervenção e com intervenção direcionada apenas à mãe; e mãe e avó coabitando, sem intervenção e com intervenção direcionada a ambas. A intervenção consistiu de seis sessões de aconselhamento em amamentação, na maternidade e aos sete, 15, 30, 60 e 120 dias. As informações sobre as práticas alimentares das crianças nos primeiros 6 meses foram coletadas mensalmente por telefone. O impacto da intervenção foi medido comparando-se as medianas e as curvas de Kaplan-Meier da introdução desses líquidos e a regressão de Cox estimou a sua magnitude.

**Resultados:** A intervenção teve impacto positivo significativo tanto para o grupo em que apenas as mães adolescentes a receberam (RDI=0,48; IC95%=0,31-0,76) quanto para o grupo em que as avós foram incluídas (RDI=0,53; IC95=0,35-0,80). Ela postergou em 44 dias o uso desses líquidos no primeiro grupo (78 dias *versus* 122 dias) e em 67 dias no grupo com a participação da avó na intervenção (63 dias *versus* 130 dias).

**Conclusões:** Múltiplas sessões de aconselhamento nos primeiros 4 meses dirigidas a mães adolescentes e avós maternas, quando estas coabitavam, mostraram ser uma estratégia eficaz em postergar a introdução desnecessária de água/chás em crianças amamentadas.

**Descritores:** Ensaio clínico controlado aleatório; aleitamento materno; serviços de saúde para adolescentes; cuidadores.

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exerce efeitos positivos sobre a saúde da criança, entre os quais a diminuição da mortalidade infantil, ao se associar com menos episódios de diarreia(1-2), infecções respiratórias agudas(3-4) e outras enfermidades infecciosas. Esse efeito protetor do aleitamento materno é tanto maior quanto menor a idade da criança e diminui substancialmente, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água e chás(5-6).

Apesar de já estar bem documentado que a suplementação do leite materno com água e/ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes(7-9), o uso desses líquidos é bastante comum em muitos lugares do mundo. Em algumas regiões quentes do Brasil, 80% das crianças começam a receber tais líquidos já na primeira semana de vida(10).

No último inquérito de âmbito nacional, constatou-se que 13,6% das crianças já recebiam água no primeiro mês de vida e 15,3% recebiam chás. Em regiões mais quentes do País, como o Nordeste brasileiro, o consumo de água no primeiro mês de vida (19,1%) foi quase cinco vezes maior que na região Sul (4,6%), onde o clima é mais ameno. Já o consumo de chá no primeiro mês foi mais freqüente na região Sudeste (18%), a região mais desenvolvida do País(11).

Vários estudos têm buscado os determinantes da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, porém são limitadas as informações sobre os determinantes específicos da introdução precoce de água e/ou chás em crianças amamentadas. Um estudo recente de nosso grupo identificou os seguintes fatores de risco para a introdução precoce desses líquidos no primeiro mês de vida: mães adolescentes, poucas consultas pré-natais, coabitação da mãe com a avó materna da criança e problemas na técnica de amamentação aos 30 dias de vida(12). Esses achados motivaram a realização do presente estudo, que teve como objetivo principal avaliar a eficácia de múltiplas sessões de aconselhamento em alimentação infantil nos primeiros quatro meses de vida da criança, com ênfase no aleitamento materno, direcionadas a mães adolescentes e avós maternas sobre as práticas alimentares no primeiro ano de vida. Este artigo descreve o impacto da intervenção na introdução desnecessária de água e/ou chás em crianças amamentadas.

## **Metodologia**

Foi conduzido um ensaio clínico randomizado, envolvendo mães adolescentes, seus bebês e as avós maternas das crianças. As adolescentes foram recrutadas para o estudo no alojamento conjunto da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no Sul do Brasil. Trata-se de um hospital geral universitário, credenciado como Hospital Amigo da Criança e que realiza entre 3000 a 4000 partos por ano. A grande maioria da população assistida por esse hospital é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público de saúde que garante o atendimento integral, universal e gratuito para toda a população do País.

A amostra foi selecionada entre maio de 2006 e janeiro de 2008, a partir dos seguintes critérios de inclusão: puérperas com menos de 20 anos de idade, que residiam na cidade de Porto Alegre, com recém-nascidos saudáveis, não-gemelares, com peso de nascimento maior ou igual a 2500 gramas, que tivessem iniciado a amamentação e que não coabitavam com a avó paterna da criança. As mães que eram separadas de seus filhos durante a internação por problemas relacionados à mãe ou ao bebê eram excluídas do estudo.

Após uma entrevista inicial, as mães adolescentes elegíveis para o estudo foram alocadas para um dos seguintes grupos: (A) não coabitando com a avó, sem intervenção; (B) não coabitando com a avó, com intervenção direcionada apenas à mãe; (C) coabitando com a avó, sem intervenção; e (D) coabitando com a avó, com intervenção direcionada à mãe e à avó. Após a definição quanto à coabitação com a avó, procedia-se sorteio, em blocos de dois, para a alocação nos grupos controle ou intervenção, ou seja, se uma mãe era sorteada para o grupo intervenção, a próxima mãe elegível do grupo necessariamente era incluída no grupo controle.

As mães e as avós maternas, quando coabitavam, independentemente do grupo para o qual foram alocadas, eram entrevistadas individualmente na maternidade entre o primeiro e o segundo dia pós-parto, para obterem-se informações relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação. Foram elaborados questionários diferenciados para as mães e para as avós.

O grupo que conduziu as intervenções foi constituído por duas enfermeiras, uma nutricionista e um médico, todos com ampla experiência em aleitamento materno, sendo três

deles consultores em lactação certificados pelo International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), em ambiente privado e livre de interrupções. A intervenção consistia de sessões de aconselhamento em amamentação, segundo os princípios da Organização Mundial da Saúde, ou seja, mãe e profissional dialogavam sobre vários aspectos da amamentação, tais como importância e duração do aleitamento materno, fatores que interferem na produção de leite, técnica de amamentação, consequências do uso de chupeta e introdução precoce de outros alimentos, choro e comunicação do bebê, entre outros(13). Apesar de obrigatoriamente a sessão abordar alguns tópicos básicos, o diálogo era informal e contemplava tópicos que não constavam no roteiro, de acordo com as peculiaridades e vivências de cada mãe/bebê/avó. Era garantido espaço para que cada mãe e avó se expressassem e tirassem as dúvidas quando presentes.

O aconselhamento na maternidade era feito individualmente para as mães e para as avós, sendo utilizado como material de apoio um álbum seriado contendo mensagens básicas direcionadas para a mãe adolescente e outro para as avós, especialmente elaborados para este estudo. No final da sessão a mãe e a avó recebiam uma cartilha ilustrada contendo as mensagens básicas da intervenção, com espaços para colocar fotos, obtidas pela pessoa que conduzia a intervenção em cada encontro. Sempre que possível, as mães eram encorajadas a amamentar durante a intervenção, aproveitando-se a oportunidade para observar a mamada e orientar quanto ao posicionamento e pega.

Nos domicílios, as mães e as avós recebiam conjuntamente sessões de aconselhamento de reforço quando as crianças completavam sete, 15, 30, 60 e 120 dias de vida. Nessas sessões discutiam-se as dificuldades enfrentadas pelas mães e seu manejo, além de reforçar 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 Anos(14).

Quando a mãe não coabitava com a avó, 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.

As informações relativas à alimentação da criança foram obtidas ao final de cada mês após o nascimento da criança, até o sexto mês de vida. As mães eram entrevistadas por telefone, utilizando-se questionário padronizado e registro de frequência alimentar. Na impossibilidade de se fazer a entrevista por telefone, as mães eram visitadas em seus domicílios. Os entrevistadores eram cegos quanto ao grupo ao qual pertenciam as mães e as avós.

Os seguintes parâmetros foram utilizados para calcular o tamanho da amostra: poder estatístico de 80%, nível de confiança de 95%, proporção expostos/ não-expostos: 1:1, diferença na prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês entre o grupo não exposto e o grupo exposto à intervenção = 25 pontos percentuais, prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês no grupo controle= 56%(15). Para compensar possíveis perdas e possibilitar a realização de análise multivariada, o número de sujeitos incluído em cada grupo foi 50% maior do que o mínimo, totalizando aproximadamente 72 participantes em cada grupo.

O banco de dados foi elaborado com a utilização dos programas EPI-INFO, versão 6.04, e Microsoft Excel, sendo feita dupla digitação dos dados, com posterior *validate*. As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa SPSS for Windows versão 16.0.

As análises foram por intenção de tratar. Utilizou-se análise de sobrevivência para comparar as frequências de introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida entre os diferentes grupos. A data de introdução de água e/ou chá, em meses, correspondeu ao dado não censurado, sendo censurados os dados das duplas mãe-bebê que ainda estavam em aleitamento materno exclusivo ao final do período, bem como os dados das duplas perdidas ao longo do seguimento e os dados das mães que já haviam introduzido outros leites anteriormente à água e/ou chás. O teste Log Rank foi utilizado para comparação das curvas de Kaplan-Meier e a regressão de Cox para estimar a magnitude da associação entre a intervenção e o desfecho, por meio da Razão de Densidade de Incidência (*hazard ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Calculamos também as medianas, em dias, da introdução de água e/ou chás para os diferentes grupos e seus respectivos intervalos de confiança. Adotou-se  $p < 0,05$  como nível de significância estatística.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA. As mães que consentiram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e informado. Independentemente do grupo ao qual pertenciam, todas recebiam as orientações de rotina. Este estudo foi registrado no ClinicalTrials.gov, número NCT00910377.

## RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o diagrama do ensaio clínico, desde o recrutamento das mães adolescentes até a avaliação do desfecho aos 6 meses. Das 342 mães elegíveis para o estudo, 19 (5,5%) não foram incluídas por recusa em participar do mesmo. As perdas ao longo dos seis meses de seguimento totalizaram 63 mães (intervenção:  $n=28/163$ , 17,2%; controles:  $35/160$ , 21,8%).

As características das mães adolescentes, de seus bebês e das avós maternas estão apresentadas na Tabela 1. Os grupos controle e intervenção se mostraram similares na distribuição de todas as características pesquisadas ( $p \geq 0,05$ ).

O cálculo das medianas da época de introdução de água/chá indicou que a intervenção postergou em 44 dias o uso desses líquidos no grupo em que somente as adolescentes receberam a intervenção (78 dias; IC95%= 50,2-105,8 sem intervenção *versus* 122 dias; IC95%= 107,6-136,3 com intervenção) e em 67 dias no grupo em que as avós também foram incluídas na intervenção (63 dias; IC95%= 47,2-78,7 sem intervenção *versus* 130 dias; IC95%= 113,4-146,6 com intervenção).

A Figura 2 apresenta as curvas de Kaplan - Meier da introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida das crianças dos grupos controle e intervenção, com e sem a inclusão da avó materna na intervenção. O teste log rank indicou que as curvas entre os grupos foram significativamente diferentes, tanto para os grupos cujas avós coabitavam com a mãe e,

portanto, foram incluídas na intervenção, como para os que não contavam com a presença da avó em casa e, portanto, apenas as adolescentes receberam a intervenção.

As curvas de Kaplan-Meier da introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida nos grupos controle e intervenção, de acordo com a coabitação ou não com a avó, são apresentadas na Figura 3. A comparação das curvas mostra que não há diferença estatística entre elas, independentemente do fato de a avó residir ou não no mesmo domicílio.

A regressão de Cox estimou que a intervenção reduziu o uso desnecessário de água e/ou chás em crianças amamentadas nos primeiros seis meses em 52% (RDI=0,48; IC95%=0,31-0,76) quando foi aplicada apenas às mães adolescentes. Quando a intervenção incluía as avós maternas, a proteção foi de 47% (RDI=0,53; IC95%=0,35-0,80).

## **DISCUSSÃO**

Este ensaio clínico randomizado mostrou ser possível postergar o início da introdução de água e/ou chás em crianças amamentadas, filhas de mães adolescentes, grupo este considerado de maior risco para essa prática. Com o aconselhamento sistemático dirigido às mães adolescentes, iniciado na maternidade e mantido nos primeiros quatro meses, foi possível reduzir em 52% o abandono do aleitamento materno exclusivo pela introdução desnecessária desses líquidos.

A recomendação de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida tem sido incorporada nas políticas públicas de saúde no Brasil há mais de uma década. No entanto, essa prática é ainda pouco frequente, como mostra o último inquérito nacional sobre alimentação no

primeiro ano de vida. Segundo a pesquisa, a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses é de 23,3% e aos seis meses de apenas 9,3% (11). Boa parte do abandono do aleitamento materno exclusivo se deve à introdução precoce de água e/ou chás, especialmente nos primeiros meses. No presente estudo, por exemplo, 35% das crianças do grupo controle deixaram de ser amamentadas exclusivamente no primeiro mês devido à introdução de água e, sobretudo, de chás. Para reverter esse quadro, é necessário investir em novas estratégias, direcionadas sobretudo aos grupos de maior risco por não seguirem a recomendação.

Comparações com outros estudos não são possíveis, pois não temos conhecimento de pesquisas que tenham testado estratégias de promoção do aleitamento materno exclusivo especificamente em mães adolescentes na introdução precoce de água e/ou chás. No entanto, com este estudo foi possível ratificar que mães adolescentes são suscetíveis a mudanças no sentido de adotar práticas mais saudáveis de alimentação de seus filhos, corroborando achados prévios. Estudo em Baltimore, EUA, demonstrou que uma intervenção em nível domiciliar teve impacto positivo no retardo da introdução precoce de alimentos complementares entre mães adolescentes negras (16). Outro ensaio clínico randomizado realizado no Canadá mostrou que suporte em aleitamento materno realizado pelo telefone foi eficaz em aumentar o tempo de aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes(17).

Tendo como base estudos anteriores realizados no mesmo local do presente estudo(12, 18, 19), a intervenção foi também direcionada às avós maternas da criança, quando residiam com a mãe, haja vista essa condição ter se mostrado um fator de risco para a introdução precoce de água e/ou chás na dieta da criança amamentada. Segundo um desses estudos, a coabitação com a avó materna aumentou em 51% o risco de a criança receber esses líquidos já

no primeiro mês de vida, ao passo que, curiosamente, a coabitação com a avó paterna não representou risco para esse desfecho(12). Os resultados do presente estudo, entretanto, não confirmaram esses achados. O fato de a avó materna da criança coabitar com a dupla mãe-bebê não interferiu na prática do uso de água/chás nos primeiros seis meses, tanto no grupo que não recebeu a intervenção (controle) quanto no grupo exposto a ela. Essa discordância pode ser explicada, pelo menos em parte, pelo fato de que no estudo anterior a amostra era constituída não só por mães adolescentes e se restringia à introdução desses líquidos no primeiro mês de vida da criança.

Esse estudo tem o mérito de ser o primeiro a avaliar o efeito de uma estratégia na introdução precoce e desnecessária de água e/ou chás em uma população supostamente de risco para essa prática, constituída por mães adolescentes e avós maternas. Trouxe uma contribuição importante, ao mostrar ser possível, por meio de aconselhamento, interferir positivamente na alimentação da criança pequena.

O delineamento do estudo não permite 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, haja vista não haver se constituído um grupo em que apenas as mães adolescentes, mesmo coabitando com as suas mães, recebessem a intervenção. A formação desse grupo não foi aventada por considerarmos que na prática seria inviável oferecer a intervenção no domicílio excluindo a avó quando residisse no local. A maioria das casas da população envolvida no estudo é pequena, não havendo a privacidade necessária para a intervenção individual. Além disso, a exclusão da avó seria uma atitude artificial e um tanto indelicada.

É necessário cautela na generalização dos seus resultados, uma vez que a pesquisa foi feita em uma única população e trata-se de um estudo de eficácia. São necessários estudos em distintas populações e que avaliem o impacto desta intervenção em condições reais e factíveis (estudo de efetividade).

No Brasil, a intervenção utilizada neste trabalho pode ser viabilizada uma vez que 98% dos partos são hospitalares(20) e visitas domiciliares fazem parte da rotina dos Agentes Comunitários de Saúde (que atingem 61% da população) e da Estratégia de Saúde da Família (com uma cobertura populacional de 51%), em que equipes multiprofissionais acompanham as famílias de uma determinada área geográfica, atuando com ações de promoção e manutenção da saúde na comunidade(21). Existem também algumas Organizações Não Governamentais tais como a Pastoral da Criança, que está presente em mais de 40 mil comunidades do Brasil, cuja atuação se dá por voluntários da própria comunidade que acompanham as famílias assistidas, com o objetivo de uma melhor qualidade de vida, incluindo a promoção do aleitamento materno(22).

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, onde nascem anualmente quase 3 milhões de crianças, 20% das quais filhas de mães adolescentes(23), milhares de crianças poderiam ser beneficiadas caso a estratégia, após ter a sua efetividade testada, fosse incorporada nos programas de promoção da saúde infantil.

### **Conflito de Interesses**

Nós declaramos não haver conflitos de interesses neste estudo.

## **Agradecimentos**

Agradecemos às colegas Cléa Carvalho, Lilia Refosco e Olga Bica que participaram da intervenção, bem como às famílias que aceitaram o convite para participar do estudo. Da mesma forma, agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que financiou esta pesquisa.

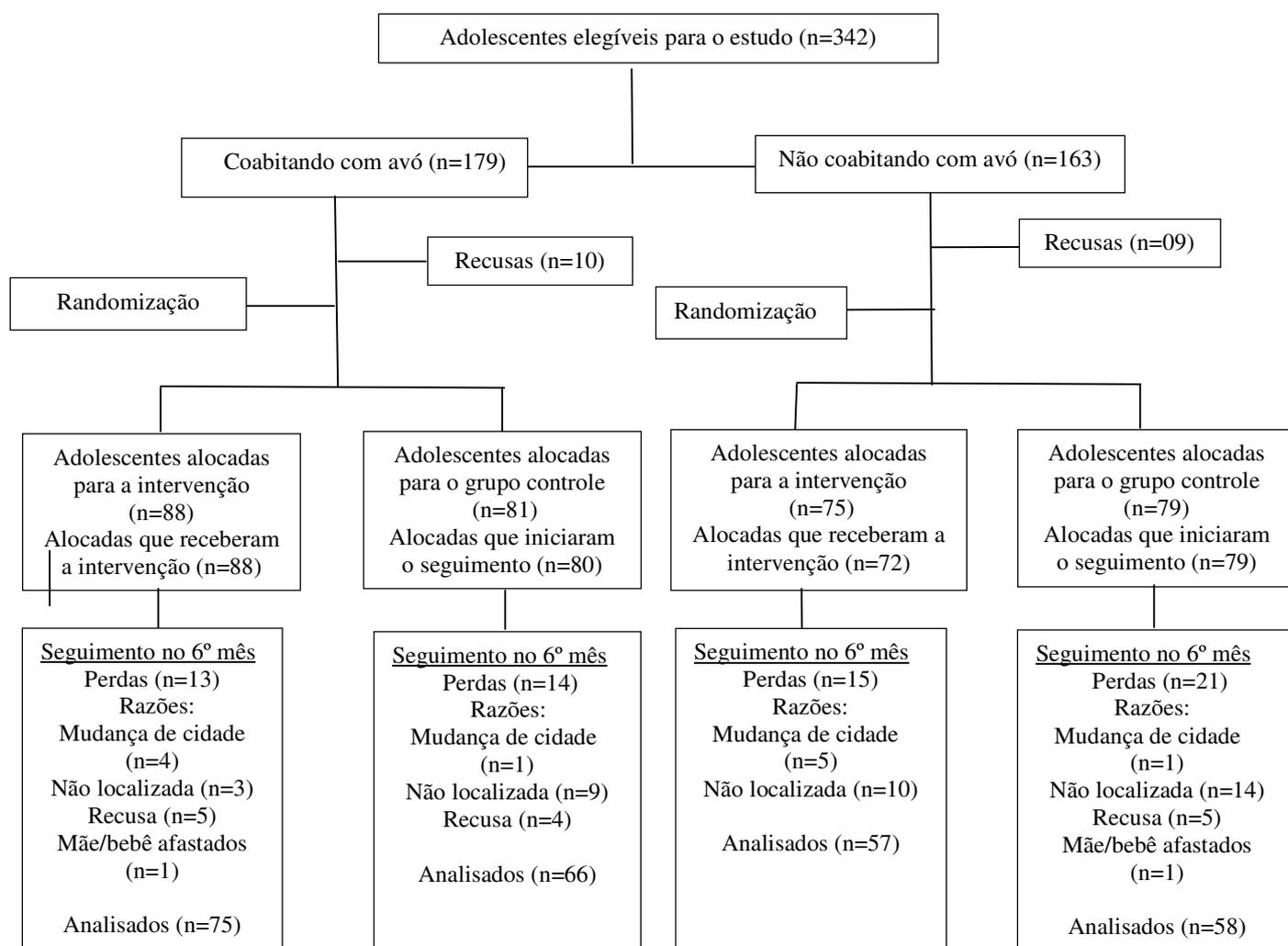
## **REFERÊNCIAS DO ARTIGO**

1. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:319-22.
2. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrheal illness and growth: A cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:1418-23.
3. Cesar 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.
4. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006;117:425-32.

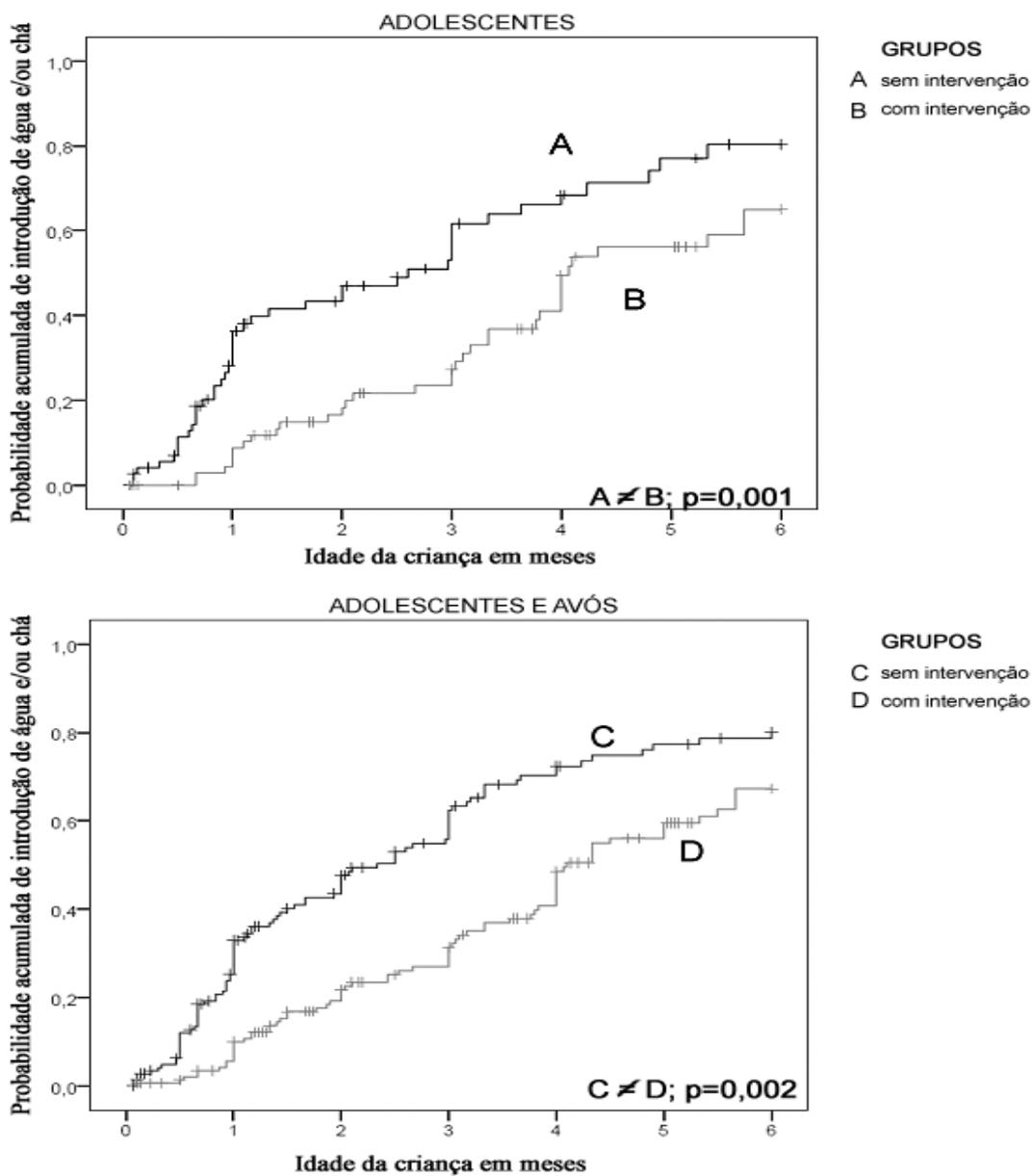
5. Brown KH, Black RE, Romaña GL, Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrhea and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989;83:31-40.
6. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990;86:874-82.
7. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Linblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr* 1993;82:1007-11.
8. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991;337:929-33.
9. Williams HG. 'And not a drop to drink'—why water is harmful for newborns. *Breastfeed Rev* 2006;14:5-9.
10. Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108:e66.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Giugliani ER, Santo LCE, Oliveira LD, Aertes 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.

13. World Health Organization. Integrated infant feeding counseling: a training course. Geneva: World Health Organization; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
15. Braun ML, Giugliani ERJ, Soares ME, Giugliani C, 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.
16. Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. *Pediatrics*. 2001;107:1-8.
17. 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.
18. 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.
19. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica* 2005;39:141-7.
20. Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/Com\\_F07.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/Com_F07.pdf) (acessado em 06 de Março 2010).

21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> (acessado em 18 de Fevereiro 2010).
22. Pastoral da Criança. [www.pastoraldacrianca.org.br](http://www.pastoraldacrianca.org.br) (acessado em 18 Fevereiro 2010).
23. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS Nº 2. Temático saúde da mulher V.I. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS: 2007.



**Figura 1** – Diagrama do ensaio clínico



**Figura 2–** Curva de Kaplan-Meier da introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida nos grupos de mães adolescentes sem a presença da avó materna, controle (A) e intervenção (B) e nos grupos de mães adolescentes com a presença da avó materna, controle (C) e intervenção (D)

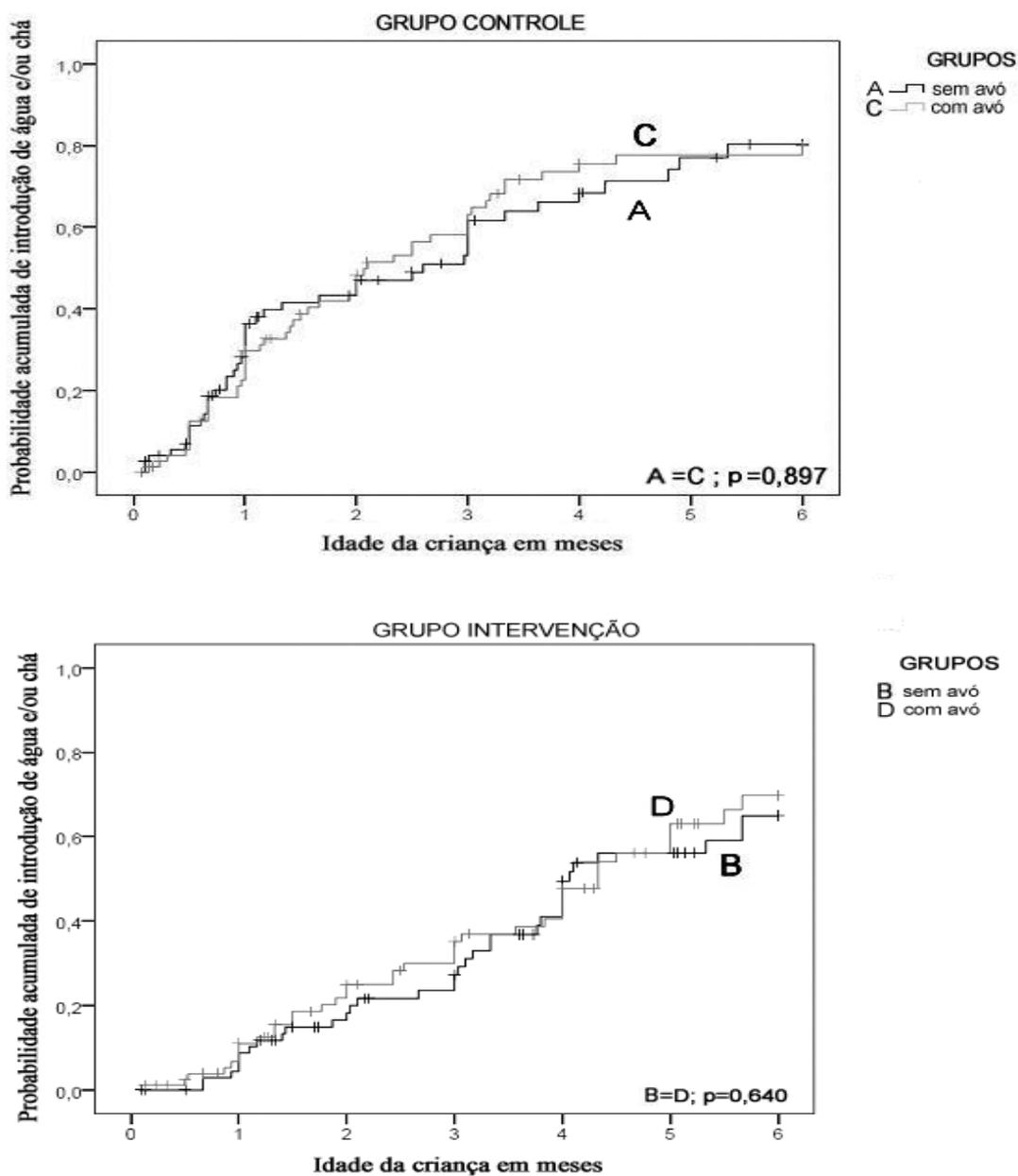


Figura 3-Curva de Kaplan-Meier da introdução de água e/ou chás nos primeiros seis meses de vida em crianças amamentadas, pertencentes aos grupos controle (A, C) e intervenção (B, D), segundo a coabitação com a avó.

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

<b>Características das adolescentes e bebês</b>	<b>Intervenção (n=163)</b>	<b>Controle (n=160)</b>
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 de pré-natal: 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)
Relatou ter recebido orientações sobre aleitamento materno nas consultas pré-natais: n (%)	61 (37,4)	64 (40,0)
Amamentou filhos anteriores por ≥ 6 meses**: n (%)	13 /22 (59,0)	11/25 (44,0)
<b>Características das avós maternas</b>	<b>Intervenção (n=88)</b>	<b>Controle (n=81)</b>
Idade da avó: média ± DP (anos)	43,9 (7,4)	45,1 (8,4)
Número de filhos 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 (n intervenção =22; n controle=25)

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem o mérito de ser o primeiro a avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação e alimentação complementar saudável nos quatro primeiros meses de vida das crianças, na introdução precoce e desnecessária de água e/ou chás em crianças amamentadas por uma população supostamente de risco para essa prática, constituída por mães adolescentes e avós maternas.

Na população estudada, entretanto, não confirmamos esses achados. O fato de a avó materna da criança coabitar com a dupla mãe-bebê não interferiu na prática do uso de água/chás nos primeiros seis meses, tanto no grupo que não recebeu a intervenção (controle) quanto no grupo exposto a ela. Essa discordância pode ser explicada, pelo menos em parte, pelo fato de que em outros estudos, onde a avó materna foi considerada um fator de risco para a introdução de água e/ou chás, a amostra era constituída não só por mães adolescentes e se restringia à introdução desses líquidos no primeiro mês de vida da criança.

A análise dos resultados da presente pesquisa trouxe uma contribuição importante ao mostrar ser possível, por meio de aconselhamento, interferir positivamente na alimentação da criança pequena. No entanto, é necessário cautela na generalização dos seus resultados, uma vez que o estudo foi feito em uma única população e trata-se de um estudo de eficácia. São necessários estudos em distintas populações e que avaliem o impacto desta intervenção em condições reais e factíveis (estudo de efetividade).

No Brasil, a intervenção utilizada nesse estudo pode ser viabilizada na prática diária, uma vez que quase a totalidade dos partos são hospitalares e visitas domiciliares fazem parte da rotina dos Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, em que 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 tais 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 assistidas, com o objetivo de estimular nessas comunidades a busca de uma melhor qualidade de vida, incluindo a promoção do aleitamento materno.

Tão importante quanto implementar uma estratégia é a criação de indicadores para monitoramento e avaliação dessa estratégia se adotada em serviços de saúde.

Em um país de dimensões continentais 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.

## **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

**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

01. Data de nascimento do bebê: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
02. Tipo de parto: (1) parto vaginal (2) cesárea
- 3 Sexo do bebê: (1) masculino (2) feminino
04. Peso de nascimento do bebê: \_\_\_\_\_ g
05. Cor da mãe: (1) branca (2) mista (3) preta (4) outras
06. Idade da mãe: \_\_\_\_\_ anos
07. Idade do pai do bebê: \_\_\_\_\_ anos (77) não sabe
08. Você tem companheiro ou namorado? (1) sim (2) não
09. Ele é o pai do seu bebê? (1) sim (2) não (8) NSA
10. Você mora com ele? (1) sim (2) não (8) NSA
11. Há quanto tempo você estava com o pai do seu bebê quando engravidou? \_\_\_\_\_(meses) (anos)  
(000) <1 mês (555) não estava com ele (777) não sabe
12. Renda familiar: R\$ \_\_\_\_\_ (77) não sabe/não informou
13. Número de pessoas que vivem com esta renda: \_\_\_\_\_
14. Renda per capita: Salários mínimos: \_\_\_\_\_(88) NSA
15. Quantos anos completos de estudo você tem? \_\_\_\_\_
16. Você estudava quando engravidou? (1) sim (2) não
17. Se estudava, continuou com os estudos durante a gravidez?  
(1) sim (2) não (8) NSA
18. Se parou, pretende voltar a estudar? (1) sim (2) não (8)NSA
19. Você trabalhava fora quando engravidou? (1) sim (2) não
20. Se sim, continuou o trabalho durante a gravidez?

GRUPOM

DNBBM

PARTOM

SEXOBM

PESOBM

CORM

IDADEM

IDADEPM

COMP

PAIBM

MORPAIM

QTEMPM

RENDM

PESSOAM

REDPCM

ESTUDM

EGRVM

CONTESM

PRETESM

TRBGRVM

CONTRBM

<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?        (1) até 5 cigarros por dia (2) 6 a 10 cigarros por dia        (3) 11 a 20 cigarros por dia (4) mais de 20 cigarros por dia        (8) NSA</p> <p>24. Se você fumava, parou durante a gravidez?        (1) sim (2) não (8) NSA</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>PRETRBM <input type="checkbox"/></p> <p>FUMGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>NCIGARM <input type="checkbox"/></p> <p>PARFUM <input type="checkbox"/></p> <p>MESFUM <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><b><u>DADOS DO PRÉ-NATAL</u></b></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?</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"/></p> <p>ORIAM <input type="checkbox"/></p> <p>CURSOM <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p>(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>MAEPNM <input type="checkbox"/></p> <p>COPPNM <input type="checkbox"/></p> <p>SOGRAPM <input type="checkbox"/></p> <p>PESPNM <input type="checkbox"/> QUEPNM _____</p> <p>MAEPARM <input type="checkbox"/></p> <p>MAENASM <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p><b><u>DADOS ALEITAMENTO MATERNO</u></b></p> <p>46. Você mamou no seio? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>47. Se sim, por quanto tempo em meses você mamou no seio? _____ meses (88) NSA (77) não sabe</p> <p>48. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____</p> <p>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) &gt; 1 mês</p> <p>50. Você pretende amamentar este bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>51. Se você pretende amamentar, por quanto tempo? _____ meses (444) enquanto ele quiser (555) enquanto tiver leite (888) NSA</p> <p>52. Você pretende dar água para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>53. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA</p> <p>54. Você pretende dar chá para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>55. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA</p> <p>56. Você pretende dar suco para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>57. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA</p> <p>58. Você pretende dar outro leite para o bebê antes dos 6 meses? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>59. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA</p> <p>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</p>	<p>MAMOUM <input type="checkbox"/></p> <p>TEMPM <input type="checkbox"/></p> <p>FILHOVM <input type="checkbox"/></p> <p>TEMPAM <input type="checkbox"/></p> <p>PRETAM <input type="checkbox"/></p> <p>TMPRTAM <input type="checkbox"/></p> <p>AGUAM <input type="checkbox"/></p> <p>INICAGM <input type="checkbox"/></p> <p>CHAM <input type="checkbox"/></p> <p>INICCHM <input type="checkbox"/></p> <p>SUCOM <input type="checkbox"/></p> <p>INICSUCM <input type="checkbox"/></p> <p>LEITEM <input type="checkbox"/></p> <p>INICLTM <input type="checkbox"/></p> <p>PAPAM <input type="checkbox"/></p> <p>INICPAPM <input type="checkbox"/></p>
---	--

61. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA	APMAMAS <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	QMUDM _____
63. Se sim, que mudança pode ocorrer? _____	

<b>USO DE BICO/ MAMADEIRA</b>	
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( )

#### DADOS DA AVÓ

**Grupo: (3) adolescente COM avó SEM intervenção; (4) adolescente COM avó COM intervenção**

01. Idade da avó: \_\_\_\_\_ anos
02. Situação marital: (1) mora com companheiro  
(2) não mora c/ companheiro (3) s/ companheiro
03. O seu companheiro é o pai de sua filha? (1) sim (2) não  
(8) NSA
04. Renda familiar: R\$ \_\_\_\_\_ (77) Não sabe
05. Número de pessoas que vivem com esta renda: \_\_\_\_\_
06. Renda per capita: R\$ \_\_\_\_\_ sal. mínimos (88) NSA
07. Quantos anos completos de estudo a senhora tem? \_\_\_\_\_
08. A senhora trabalha fora?  
(1) sim, \_\_\_ dias na semana (2) sim, turno integral  
(3) sim, meio turno (4) sim, noite (5) não
09. Quantos filhos nascidos vivos a senhora teve? \_\_\_\_\_
10. Por quanto tempo seus filhos mamaram no peito (meses)?  
Começar pelo filho mais velho:  
A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_
11. A senhora amamentou a mãe deste bebê?  
(1) sim (2) não (3) não sabe/ lembra
12. Se sim, quanto tempo (meses)? \_\_\_\_\_ (888) NSA  
(777) não sabe/ não lembra  
A senhora teve algum desses problemas na amamentação?
13. Rachadura/figo (1) sim (2) não (8) NSA
14. Mama empedrada (1) sim (2) não (8) NSA
15. Infecção na mama/mastite (1) sim (2) não (8) NSA
16. Leite fraco (1) sim (2) não (8) NSA

GRUPOV	<input type="checkbox"/>
IDADEV	<input type="text"/> <input type="text"/>
COMPV	<input type="checkbox"/>
PAIV	<input type="checkbox"/>
RENDV	<input type="text"/> <input type="text"/>
PESSV	<input type="text"/> <input type="text"/>
PCV	<input type="text"/> <input type="text"/>
ESTUDV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TRABV	<input type="text"/> <input type="text"/>
DIASV	_____
FILHVIV	<input type="text"/> <input type="text"/>
AMV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AMMV	<input type="checkbox"/>
TPAMV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FISSUV	<input type="checkbox"/>
INGURV	<input type="checkbox"/>
MASTTV	<input type="checkbox"/>
LTFRCV	<input type="checkbox"/>
PCLTV	<input type="checkbox"/>
OTPRBV	<input type="checkbox"/>

17. Pouco leite/não tinha leite (1) sim (2) não (8) NSA	PROBV _____
18. Outro. (1) sim (2) não (8)NSA Especificar _____	AMFILHV <input type="checkbox"/>
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:	AGUAV <input type="checkbox"/>
20. Água antes dos 6 meses de vida? (1) sim (2) não (3) não sabe	INAGV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	

<b><u>OPINIÃO DA AVÓ SOBRE A GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO</u></b>	
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	

<b>USO DE BICO/ MAMADEIRA</b>	
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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02. O seu bebê mama no peito? (1) sim (2) não	BBMA1 <input type="text"/> <input type="text"/>
03. Se sim, quantas vezes ao dia? _____ (00) não (88) NSA	QTVZ1 <input type="text"/> <input type="text"/>
04. Se sim, tem horários certos para mamar? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA O seu bebê recebe:	HORAM1 <input type="text"/>
05. Água _____ vezes/ dia (00) não	AGUA1 <input type="text"/> <input type="text"/>
06. Motivo da introdução: _____	
07. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDAG1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/>
09. Chá _____ vezes/ dia (00) não (99) menos de 1x/dia	CHA1 <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Motivo da introdução: _____	
11. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDCH1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/>
13. Suco de frutas _____ vezes/ dia (00) não Tipo de suco utilizado:	SUCO1 <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Natural (1) sim (2) não (8) NSA	TSUCO1 <input type="text"/>
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 (4) o companheiro	RECSC1 <input type="checkbox"/>
21. Leite _____ vezes/ dia (00) não	LEITE1 <input type="checkbox"/>
22. Motivo da introdução: _____	
23. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDLT1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. 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 Tipo de leite utilizado:	RECLT1 <input type="checkbox"/>
25. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Bebelac, Aptamil... (1) sim (2) não (8) NSA	LEITES1 <input type="checkbox"/>
26. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê... (1) sim (2) não (8) NSA	LEITEI1 <input type="checkbox"/>
27. Leite de caixinha (1) sim (2) não (8) NSA	LEITEC1 <input type="checkbox"/>
28. Leite de saquinho (1) sim (2) não (8) NSA	LETES1 <input type="checkbox"/>
29. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN HA, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk... (1) sim (2) não (8) NSA	LEITEE1 <input type="checkbox"/>
30. Outro leite/ especificar _____	
31. O leite é engrossado _____ vezes/ dia (88) NSA	LTENG1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. Se sim, qual é o produto utilizado para engrossar o leite? (1) aveia (5) Farinha Láctea (2) amido de milho (Maizena) (6) outro/ especificar _____ (3) farinha de arroz (Arrozina) (8) NSA (4) Mucilon	FARIN1 <input type="checkbox"/>
33. Motivo da introdução: _____	
34. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDLTG1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. 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	RECLG1 <input type="checkbox"/>
36. Quem, na maioria das vezes dá o leite para o bebê? (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (5) Outros/ especificar _____ (8) NSA	MAMAD1 <input type="checkbox"/> OALIM1 <input type="checkbox"/>
37. Seu bebê usa mamadeira? (1) sim (2) não	
38. Seu bebê come outros alimentos? (1) sim (2) não	

**FREQÜÊNCIA ALIMENTAR – alimentos complementares**

39. Tubérculos (aipim, batata- doce, batata- inglesa, cará...) <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	TUBER1 <input type="checkbox"/>
40. Verduras (folhas, tomate, moranga, cenoura, espinafre, beterraba brócolis...) <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	VERD1 <input type="checkbox"/>
41. Frutas <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	FRUTA1 <input type="checkbox"/>
42. Cereais (arroz, massas, pães, biscoitos e farinhas) <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CEREA1 <input type="checkbox"/>
43. Leguminosas (feijões, lentilha, ervilha, grão-de- bico, soja, fava) <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	LEG1 <input type="checkbox"/>
44. Carnes (gado, frango, porco, peixe, fígado, moela...) <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CARNE1 <input type="checkbox"/>
45. Ovos <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	OVO1 <input type="checkbox"/>
46. Deriv. do leite (iogurtes, queijos, coalhada...) <b>Quais?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(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 sem ana	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	AÇUC1 <input type="checkbox"/>
57. Refrigerante	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sem ana	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	REFRI1 <input type="checkbox"/>
58. Enlatados	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sem ana	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	ENLAT1 <input type="checkbox"/>
59. Embutidos (salame, mortadela...)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) + que 5x sem ana	(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 sem ana	(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	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	DOCE1 <input type="checkbox"/>

						sem ana				
61. Bolacha recheada	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sem ana	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	BOLCH1 <input type="checkbox"/>
62. Café	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sem ana	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CAFE1 <input type="checkbox"/>
63. Chá preto	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sem ana	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CHAP1 <input type="checkbox"/>
64. Frituras	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)+ que 5x sem ana	(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 _____										AGUAC1 <input type="checkbox"/> AGBB1 _____

<p>(4) de poço comum (8) NSA</p> <p>74. Essa água é: (1) fervida (2) filtrada (3) fervida e filtrada (4) sem tratamento caseiro (8) NSA</p> <p>75. A comida do bebê é preparada separadamente: (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (8) NSA</p> <p>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</p> <p>77. Você tem refrigerador? (1) sim (2) não</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>82. Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA</p> <p>Se sim, o que muda?</p> <p>83. Aumenta a frequência das mamadas (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>84. Aumenta a oferta de líquidos (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>85. Força a criança a comer (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>86. Oferece os alimentos preferidos da criança (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>87. Oferece os alimentos com maior frequência (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>88. Faz restrições alimentares (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>89. Outros. Especificar _____</p>	<p>AGUAT1 <input type="checkbox"/></p> <p>COMSE1 <input type="checkbox"/></p> <p>CHOR1 <input type="checkbox"/></p> <p>REFRIG1 <input type="checkbox"/></p> <p>APRES1 <input type="checkbox"/></p> <p>ASOBR1 <input type="checkbox"/></p> <p>LAVM1 <input type="checkbox"/></p> <p>LAVMB1 <input type="checkbox"/></p> <p>DOENT1 <input type="checkbox"/></p> <p>FREQM1 <input type="checkbox"/></p> <p>ALIQ1 <input type="checkbox"/></p> <p>FOÇD1 <input type="checkbox"/></p> <p>PREFE1 <input type="checkbox"/></p> <p>FREQC1 <input type="checkbox"/></p> <p>RESTR1 <input type="checkbox"/></p> <p>MUDB1 _____</p>
<b>APOIO NA AMAMENTAÇÃO</b>	
<p>90. Você está recebendo apoio de sua mãe para amamentar? (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA</p> <p>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 _____</p> <p>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 _____</p> <p>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>APMAE1 <input type="checkbox"/></p> <p>APCO1 <input type="checkbox"/></p> <p>APSOG1 <input type="checkbox"/></p> <p>APOT1 _____</p> <p>VCUICA1 <input type="checkbox"/></p> <p>VCUIBB1 <input type="checkbox"/></p> <p>VFIBB1 <input type="checkbox"/></p> <p>VPOSI1 <input type="checkbox"/></p> <p>VALIM1 <input type="checkbox"/></p> <p>VMAJ1 _____</p> <p>PMAG1 <input type="checkbox"/></p> <p>PMCH1 <input type="checkbox"/></p>

101. Chá (1) sim (2) não (8) NSA	PMSC1 <input type="checkbox"/>
102. Suco (1) sim (2) não (8) NSA	PMOLT1 <input type="checkbox"/>
103. Outro leite (1) sim (2) não (8) NSA	PMOALI1 <input type="checkbox"/>
104. Outros alimentos (1) sim (2) não (8) NSA	
Você, alguma vez, se sentiu pressionada pela sua sogra para dar ao bebê:	
105. Água (1) sim (2) não (8) NSA	PSAG1 <input type="checkbox"/>
106. Chá (1) sim (2) não (8) NSA	PSCH1 <input type="checkbox"/>
107. Suco (1) sim (2) não (8) NSA	PSSC1 <input type="checkbox"/>
108. Outro leite (1) sim (2) não (8) NSA	PSOLT1 <input type="checkbox"/>
109. Outros alimentos (1) sim (2) não (8) NSA	PSOALI1 <input type="checkbox"/>
110. Você, alguma vez, se sentiu pressionada para parar de amamentar?	PDESM1 <input type="checkbox"/>
(1) sim, pela mãe (4) sim, por outra pessoa/ especificar _____	PPAOP1 _____
(2) sim, pela sogra (5) não	
(3) sim, pelo companheiro	
111. Você retira o seu leite e deixa guardado para o bebê antes de sair de casa?	LTORD1 <input type="checkbox"/>
(1) sim, na geladeira (4) não	
(2) sim, no freezer/congelador (8) NSA	
(3) sim, em temperatura ambiente	
112. Como você oferece o leite ordenhado para o bebê?	OLTOR1 <input type="checkbox"/>
(1) copo (2) mamadeira (3) outra forma/especificar _____ (8) NSA	LEOD1 _____

**USO DE BICO**

113 Seu bebê chupa bico? (1) sim (2) não (3) parou	BICO1 <input type="checkbox"/>
114. Por que o bebê recebe bico?	
(1) para acalmar (4) Não sabe	PQBIC1 <input type="checkbox"/>
(2) para dormir (5) outro motivo/ especificar _____	PQBOM1 _____
(3) é costume/ bonito (8) NSA	
115. Alguma vez você se sentiu pressionada para dar o bico ao bebê? (1) sim (2) não	PBIC1 <input type="checkbox"/>
Se sim, quem pressionou:	
116. Avó materna (1) sim (2) não (8) NSA	PMAE1 <input type="checkbox"/>
117. Avó paterna (1) sim (2) não (8) NSA	PSOGR1 <input type="checkbox"/>
118. Companheiro/ pai (1) sim (2) não (8) NSA	PCOMP1 <input type="checkbox"/>
119. Outra pessoa/ especificar _____ (1) sim (2) não (8) NSA	POP1 <input type="checkbox"/>
120. Quem decidiu dar o bico para o bebê?	PBOP1 _____
(1) mãe (4) companheiro/ pai	DEUBIC1 <input type="checkbox"/>
(2) avó materna (5) outra pessoa/ especificar _____	
(3) avó paterna (8) NSA	
121. Com que idade o bebê começou a chupar bico? _____ dias (888) NSA	IDABIC1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
122. Você costuma adocicar o bico?	
(1) sim, com mel (4) sim, com funchicória	ADBIC1 <input type="checkbox"/>
(2) sim, com açúcar (5) sim, com outra coisa/ especificar _____	ADBOC1 _____
(3) sim, com chá (6) não (8) NSA	
123. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA	BICTD1 <input type="checkbox"/>
124. Com que frequência o bebê usa bico?	
(1) a maior parte do tempo (3) só para dormir	FREQBC1 <input type="checkbox"/>
(2) de vez em quando (8) NSA	

<p>125. Tipo de alimentação atual (NÃO PREENCHER)</p> <p>(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</p> <p>126. Duração do aleitamento materno exclusivo em dias (NÃO PREENCHER)_____</p>	<p>TALIM1 <input type="checkbox"/></p> <p>AMA1 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
--	---

Data da entrevista: DATA1

Entrevistador ENTRV1

- (1) Bruna
- (2) Camila
- (3) Fernanda
- (4) Franciele
- (5) Jaqueline
- (6) Paula
- (7) Tanise
- (8) Vanessa

APÊNDICE D – Livreto com orientações sobre aleitamento materno

**Amamentar faz a  
DIFERENÇA**



**Mamãe** \_\_\_\_\_

**Bebê** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento** \_\_\_\_\_

---




Material elaborado por

**Dr<sup>a</sup>. Elsa Regina Justo Giugliani** - Coordenação  
**Enf. Lillian 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  
 Clóvis Prates (HCPA), Luciana Dias de Oliveira,  
 Olga Claudino Bica, Vera Beatriz Zart  
 Fotografias:  
 Projeto Gráfico:  
 MarcaVisual - Criações Gráficas

Financiamento



Porto Alegre, 2006

### Por que amamentar é importante?

- O leite materno contém todas as vitaminas, proteínas e calorías 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.



Foto 1  
Hospital

### **Até que idade é bom o bebê mamar?**

- O melhor é que o bebê lague 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.

Foto  
VD 1

### 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**

- 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.
- 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.



### 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.

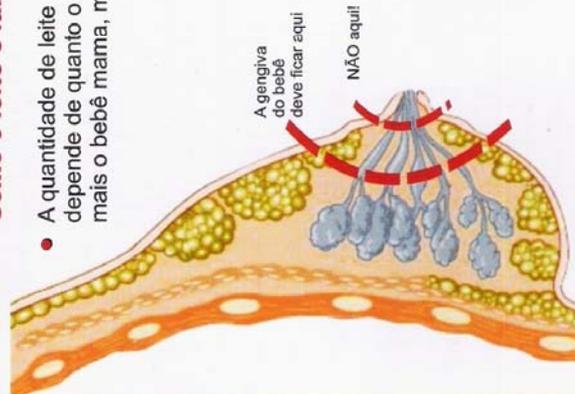


Foto  
VD 2

### 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.

### 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.

### 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 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.

### 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?

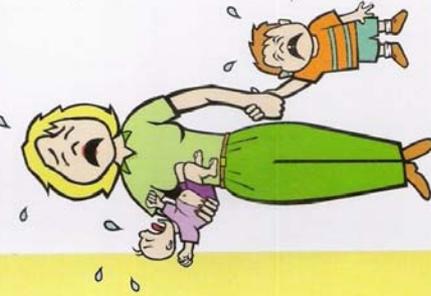
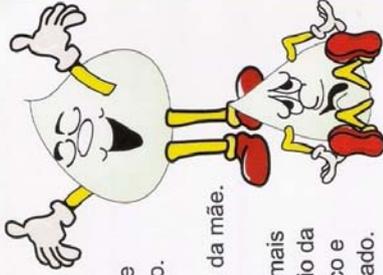
- O leite da mãe deve ser colocado em um vidro com tampa bem lavado.
- O leite materno pode ser guardado na geladeira por até 24 horas, ou no congelador por até 15 dias.
- Na hora de alimentar o bebê, aquecer o leite em banho-maria fora do fogo.



### 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 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.



Foto  
VD 3

**APÊNDICE E – Livreto com orientações sobre a alimentação complementar**

**OS DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

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



**OS DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE, RS

Material elaborado por

Dr<sup>a</sup>. 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

**CNPq**  
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Porto Alegre, 2006

## 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.



## 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

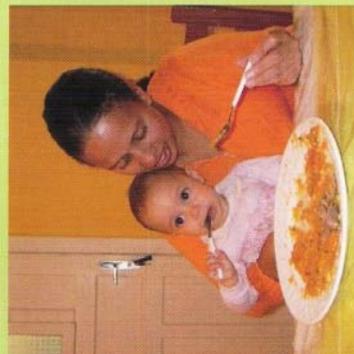
- ❧ A partir dos seis meses, a criança já está preparada para receber alimentos diferentes do leite materno.
- ❧ Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.
- ❧ 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 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 aos 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 4

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.

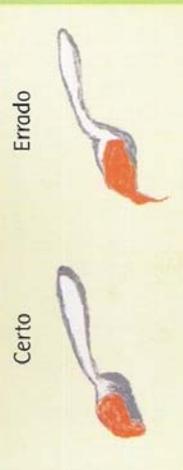


## Passo 5

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:

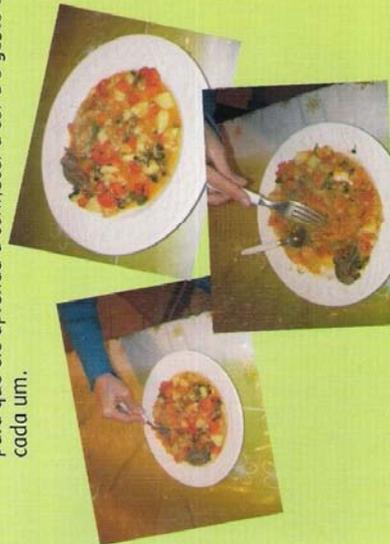
O alimento está no ponto certo quando gruda na colher.



## Passo 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.



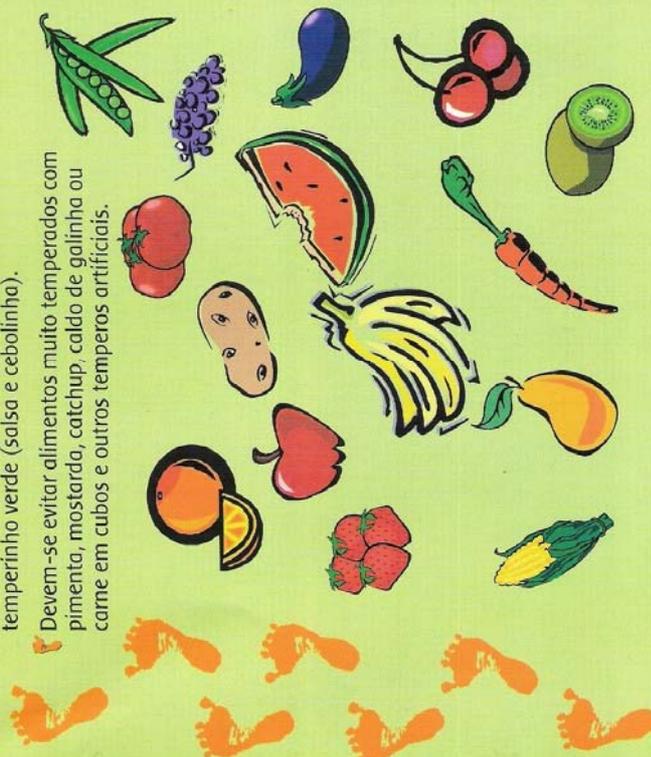
## Passo 7

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 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 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 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 microbóios que causam cólica e diarreia.

## 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.



## 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, morango, 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. As 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.



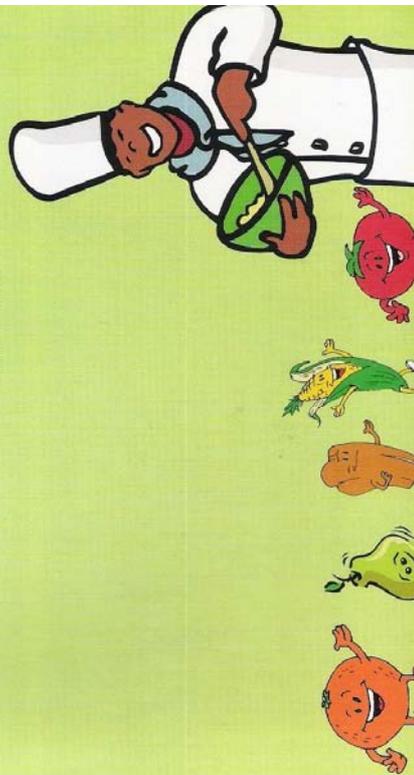
## Receitas

### 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.



## Receitas

### Purê de morango com figado

- 3 colheres de sopa de morango 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 figado de galinha
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja
- 1 pitada de sal

### 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)

### 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 (onho, bagre, caccão, 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



## 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.



### APÊNDICE F – Lista de problemas com as mamas

Nome da mãe:	Nº <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
--------------	--

<p><b>QUANTIDADE DE LEITE</b> (opinião da mãe)</p> <p>1. Com relação à quantidade de leite:</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) mais do que o bebê precisa</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) a quantidade que o bebê precisa</p> <p style="padding-left: 20px;">(3) menos que o bebê precisa</p> <p><b>TRAUMA MAMILAR</b> (verificado no momento da entrevista)</p> <p>2. Trauma mamilar</p> <p>2.1 Sente dor no bico do seio?</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) sim (2) não</p> <p>2.2 Como é a dor?</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) fraca (2) moderada (3) intensa (8) NSA</p> <p>2.3 Usou analgésico para a dor no bico do peito?</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) sim (2) não Qual? _____ (8) NSA</p> <p>2.4 Está tomando ou tomou algum analgésico para outro tipo de dor?</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) sim (2) não</p> <p>2.5 Presença de bolhas? (1) sim (2) não</p> <p>2.6 Presença de fissuras? (1) sim (2) não</p> <p>2.7 Presença de marca? (1) sim (2) não</p> <p>2.8 Tratamento? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>Que tipo de tratamento?</p> <p>2.9 Pomada, creme, óleo (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>2.10 Banho de luz, secador, sol (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>2.11 Leite do peito (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>Se colocou algo mais, especificar _____</p> <p>2.12 Trauma mamilar (1) sim (2) não (3) duvidoso (não preencher)</p> <p><b>INGRUGITAMENTO MAMÁRIO</b> (se teve em algum momento até a data da visita)</p> <p>3. Está ou esteve com as mamas empedradas (ingurgitamento)?</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) sim (2) não</p>	<p>QUALAT1 <input type="checkbox"/></p> <p>DOR1 <input type="checkbox"/></p> <p>COMDR1 <input type="checkbox"/></p> <p>ANALGE1 <input type="checkbox"/></p> <p>QANAL1 _____</p> <p>OANALG1 <input type="checkbox"/></p> <p>BOLHA1 <input type="checkbox"/></p> <p>FISSURA1 <input type="checkbox"/></p> <p>MARCA1 <input type="checkbox"/></p> <p>TTOFIS1 <input type="checkbox"/></p> <p>POMADA1 <input type="checkbox"/></p> <p>TRATSEC1 <input type="checkbox"/></p> <p>LEITE1 <input type="checkbox"/></p> <p>ALGO1 _____</p> <p>TRAUMA1 <input type="checkbox"/></p> <p>MAEMP1 <input type="checkbox"/></p>
---	---

3.1 Mamas dolorosas? (1) sim (2) Não (8) NSA	DOLOR1	<input type="checkbox"/>
3.2 Mamas endurecidas? (1) sim (2) não (8) NSA	ENDUR1	<input type="checkbox"/>
3.3 Mamas aumentadas de tamanho mais que o usual? (1) sim (2) não (8) NSA	AUMEN1	<input type="checkbox"/>
3.4 Diagnóstico (1) profissional/saúde (2) nutriz (3) outros (4) entrevistador (8) NSA	DIAGN1	<input type="checkbox"/>
3.5 Tratamento (1) sim (2) não (8) NSA Tratamento:	TTOING1	<input type="checkbox"/>
3.6 Quente (1) sim (2) não (8) NSA	TTOQ1	
3.7 Frio (1) sim (2) não (8) NSA	TTFRI1	
3.8 Misto (quente e frio) (1) sim (2) não (8) NSA	TTMS1	
3.9 Ordenha (1) sim (2) não (8) NSA	ORD1	
3.10 Ordenha (1) manual (2) bomba manual (3) bomba elétrica (8) NSA	ORDMAB1	<input type="checkbox"/>
3.11 Ingurgitamento? (1) sim (2) não (3) duvidoso (não preencher) <b>MASTITE</b> (se teve em algum momento até a data da visita)	INGURG1	<input type="checkbox"/>
4. Está, ou esteve, com infecção nas mamas? (1) sim (2) não	INFEC1	<input type="checkbox"/>
4.1 Mal-estar? (1) sim (2) não (8) NSA	MALEST1	<input type="checkbox"/>
4.2 Febre alta? (1) sim (2) não (8) NSA	FEBRE1	<input type="checkbox"/>
4.3 Mama avermelhada? (1) sim (2) não (8) NSA	MAVERM1	<input type="checkbox"/>
4.4 Mama afetada: (1) direita (2) esquerda (3) ambas (8) NSA	MAMAFE1	<input type="checkbox"/>
4.5 Mama dolorida? (1) sim (2) não (8) NSA	MAMDOR1	<input type="checkbox"/>
4.6 Diagnóstico (1) profissional/saúde (2) nutriz (3) outros (4) entrevistador (8) NSA	DIAGNM1	<input type="checkbox"/>
4.7 Tomou antibiótico? (1) sim (2) não (8) NSA Especificar: _____	ANTIB1	<input type="checkbox"/>
4.8 Infecção nas mamas? (1) sim (2) não (3) duvidoso (não preencher)	QATB1	_____
	MASTTT1	<input type="checkbox"/>

Data LP1: Entrevistador ENTRLP1: 

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

**APÊNDICE G - 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 pesquisadoras 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 H - 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 I- 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 J- 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 ANEXOS**

---

## ANEXO A - 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