

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

**IMPACTO DO ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO
NA DURAÇÃO DESSA PRÁTICA:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO ENVOLVENDO MÃES
ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS**

OLGA SUELY CLAUDINO BICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil
2011

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

**IMPACTO DO ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO
NA DURAÇÃO DESSA PRÁTICA:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO ENVOLVENDO MÃES
ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS**

OLGA SUELY CLAUDINO BICA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. 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
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Bica, Olga Suely Claudino

Impacto do aconselhamento em aleitamento materno na duração dessa prática: ensaio clínico randomizado envolvendo mães adolescentes e avós maternas / Olga Suely Claudino Bica. -- 2011.
272 f.

Orientador: Elsa Regina Justo Giugliani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Aleitamento materno. 2. saúde da criança. 3. Relações familiares. 4. Comportamento do adolescente. 5. Cuidado da criança. I. Giugliani, Elsa Regina Justo, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

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:

11/07/2011

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Prof. Dr. Roberto Gomes Chaves

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dra Elza Daniel de Mello

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

Prof. Dra Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Escola de Enfermagem/
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos Vinicius, Matheus e Tamirys, que me ensinaram a ser mãe, a amamentar e a ter paciência, e à minha mãe, minha primeira professora.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani, modelo de profissional de sucesso, dedicação e ética a ser seguido. Obrigada pela oportunidade, pela confiança e pelo acolhimento, que me fizeram descobrir ser capaz de superar os obstáculos do caminho.

À Lilian Córdova do Espírito Santo, sempre disponível na coordenação da pesquisa, à qual empresta a sua competência e experiência.

Às grandes amigas do grupo de pesquisa Lília Farret Refosco e Cléa Machado de Carvalho, companheiras de longa data e parceiras nas visitas domiciliares, sempre torcendo e acreditando em mim, pessoas dedicadas a ver o melhor das pessoas.

Ao amigo Leandro Meirelles Nunes, grande companheiro da pesquisa, e à Luciana Dias de Oliveira, a primeira pessoa a me estimular à pesquisa e que me contagiou com seu entusiasmo.

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

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, por ter-me recebido como aluna.

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

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

Às minhas colegas da unidade de internação obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e especialmente às chefias de unidade e do serviço de enfermagem materno-infantil (SEMI), que me apoiaram em todos os momentos.

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

À minha mãe, Olga, pelo exemplo de trabalho, dedicação e luta, aos meus irmãos Júlia e Alexandre e a meus cunhados e sobrinhos carinhosos, que deixaram de compartilhar os domingos com a tia para ela poder estudar.

Ao meu filho mais velho, Vinicius, pela sua paciência em me auxiliar nas dificuldades da bioestatística, nas pesquisas na internet e, especialmente, por ter sido o primeiro a dizer que eu seria capaz.

E, finalmente, a meu marido Joel, companheiro de todas as horas, um agradecimento especial pela compreensão e paciência; sem o seu apoio, não teria conseguido concretizar esta jornada.

*“O propósito do aprendizado é crescer, e nossas mentes,
diferentes de nossos corpos, podem continuar crescendo
enquanto continuarmos a viver”*

Mortmer Adler

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto de uma estratégia de promoção do aleitamento materno, baseada em múltiplas sessões de aconselhamento em amamentação direcionadas a mães adolescentes e avós maternas, na duração dessa prática.

Método: Foi conduzido ensaio clínico randomizado, em Porto Alegre, de maio de 2006 a janeiro de 2009, envolvendo 323 mães adolescentes, alocadas para quatro grupos distintos: (1) adolescentes não coabitando com suas mães, sem intervenção; (2) adolescentes não coabitando com suas mães, com intervenção para as mães; (3) adolescentes coabitando com suas mães, sem intervenção; (4) adolescentes coabitando com suas mães, com intervenção direcionada a ambas. A intervenção consistiu de seis sessões de aconselhamento em amamentação, a primeira na maternidade e as demais aos 7, 15, 30, 60 e 120 dias no domicílio. As informações sobre as práticas alimentares das crianças foram coletadas, por telefone, mensalmente até os seis meses e 8, 10 e 12 meses dos bebês. O impacto da intervenção foi avaliado comparando-se as curvas de sobrevida do aleitamento materno nos primeiros 12 meses de vida das crianças nos diferentes grupos, e a regressão de Cox estimou a magnitude do impacto.

Resultados: A comparação das curvas de sobrevida mostrou que a intervenção teve impacto significativo nas taxas de aleitamento materno apenas para o grupo em que a avó não

residia junto com a mãe e a criança. Com a intervenção, o risco de desmame nos primeiros 12 meses foi 49% menor no grupo de adolescentes que não coabitava com as avós (RDI = 0,51; IC95% 0,30-0,85), e 26% menor (RDI = 0,74; IC95% 0,47-1,16) no grupo das mães que coabitavam com as avós.

Conclusões: É possível aumentar significativamente a duração do aleitamento materno em mães adolescentes com sessões sistemáticas de aconselhamento em amamentação iniciadas na maternidade e mantidas nos domicílios. No entanto, a coabitação dessas mães com as avós maternas das crianças pode interferir negativamente nos resultados da intervenção, exigindo abordagem diferenciada.

Descritores: aleitamento materno; saúde da criança; relações familiares; comportamento do adolescente; cuidado da criança.

ABSTRACT

Background: We assessed the impact of a breastfeeding promotion strategy based on multiple counselling sessions directed at adolescent mothers and their own mothers (the maternal grandmothers of their children) on the duration of breastfeeding.

Methods: A randomised clinical trial was conducted involving 323 adolescent mothers, assigned to four distinct groups as follows: (1) adolescent mothers not living with their own mothers, no intervention; (2) adolescent mothers not living with their own mothers, with intervention; (3) adolescent mothers living with their own mothers, no intervention; and (4) adolescent mothers living with their own mothers, with intervention directed toward both. The study intervention consisted of six breastfeeding counselling sessions, the first one held at the maternity ward and the others at home (at 7, 15, 30, 60, and 120 days). Information on feeding practices was collected monthly until the 6th month of life and at 8, 10, and 12 months thereafter, by means of telephone interviews. Intervention effect was assessed by comparison of survival curves for breastfeeding in the first 12 months of life in each group. Cox regression was used to estimate effect size.

Results: Survival curves showed a significant intervention effect on breastfeeding rates only when adolescent mothers did not live with their own mothers. In the intervention arms, the risk of weaning before the 12th month of life was 49% lower when adolescent

mothers did not live with their own mothers (HR = 0.51, 95%CI 0.30–0.85) and 26% lower (HR = 0.74, 95%CI 0.47–1.16) when they did.

Conclusions: Systematic breastfeeding counselling sessions, begun at the maternity ward and continued by means of home visits, can lead to a significant increase in the duration of breastfeeding by adolescent mothers. However, grandmother co-residence may have a negative impact on intervention outcomes. A distinct approach to breastfeeding promotion is required in such cases.

Keywords: breastfeeding, child health, family relationships, adolescent behavior, child care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Foto da intervenção sendo realizada com a mãe adolescente	63
Figura 2 – Foto da intervenção sendo realizada com a avó materna	64
Figura 1 – (artigo) Distribuição esquemática da população do estudo	102
Figura 2 – (artigo) Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier do aleitamento materno nos primeiros 12 meses de vida para o grupo de mães adolescentes sem coabitação com avós maternas (A = controle; B = intervenção) e grupo de mães coabitando com avós maternas (C = controle; D = intervenção)	104

LISTA DE TABELAS

Tabela – (artigo) Características das mães adolescentes, seus bebês e avós	103
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

- AM - Aleitamento materno
- AME - Aleitamento materno exclusivo
- BPP - *Borge Priens Prove*
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- DF - Distrito Federal
- DMG - Diabetes melito gestacional
- DP - Desvio padrão
- EUA - Estados Unidos da América
- HAC - Hospital Amigo da Criança
- HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- IBLCE - *International Board Lactation Consultant Examiners*
- IC 95% - Intervalo de confiança de 95%
- IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IMC - Índice de massa corporal
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- NHS - *Nurse's Health Study*
- OR - *Odds ratio*
- PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
- QI - Quociente de inteligência
- RC - Razão de chance
- RDI - Razão de densidade de incidência
- RP - Razão de prevalência
- RR - Risco relativo

- RS - Rio Grande do Sul
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido
- UNICEF - *United Nations Children's Fund*
- USA - *United States of America*
- WAIS - *Wechsler Adult Intelligence*
- WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1 SITUAÇÃO ATUAL E TENDÊNCIAS DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	29
2.2 IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO CONTINUADA.....	34
2.3 AMAMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	43
2.4 INFLUÊNCIA DAS AVÓS NA AMAMENTAÇÃO	48
3 JUSTIFICATIVA.....	53
4 OBJETIVOS	54
4.1 GERAL	54
4.2 ESPECÍFICO	54
5 HIPÓTESE	55
6 POPULAÇÃO E MÉTODO	57
6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	57
6.2 LOCAL DO ESTUDO	57
6.3 POPULAÇÃO	58
6.4 AMOSTRA	58
6.5 COLETA DE DADOS.....	60
6.6 INTERVENÇÃO.....	61
6.7 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO	67
6.8 ESTUDO PILOTO.....	69
6.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	70
6.10 EQUIPE DE TRABALHO.....	71
6.11 ANÁLISE DOS DADOS.....	71
6.12 FINANCIAMENTO.....	72
7 REFERÊNCIAS	73
8 ARTIGO ORIGINAL	86
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105

10 APÊNDICES	109
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INICIAL PARA MÃES ADOLESCENTES (MATERNIDADE).....	111
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INICIAL PARA AVÓS MATERNAS (MATERNIDADE).....	117
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO AOS 30, 60, 90,120,150 E 180 DIAS.....	123
APÊNDICE D – ÁLBUM SERIADO DESTINADO À MÃE ADOLESCENTE.....	133
APÊNDICE E – ÁLBUM SERIADO DESTINADO À AVÓ MATERNA	185
APÊNDICE F – CARTILHA COM ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ..	231
APÊNDICE G – CARTILHA COM ORIENTAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	239
APÊNDICE H – LISTA DE PROBLEMAS COM AS MAMAS.....	249
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA MÃES ADOLESCENTES SEM INTERVENÇÃO.....	253
APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA MÃES ADOLESCENTES COM INTERVENÇÃO.....	257
APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA MÃES ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS SEM INTERVENÇÃO	261
APÊNDICE L - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA MÃES ADOLESCENTES E AVÓS MATERNAS COM INTERVENÇÃO	265
11 ANEXO.....	269
ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA	271

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que adolescentes entre 15 e 19 anos representem 15% a 19% do total de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) no Brasil. Aproximadamente 22% dos nascidos vivos são filhos de mães adolescentes. Em 2009, esse percentual significou 573.712 nascimentos, sendo 19,5% deles na região Sul (BRASIL, 2009 a).

A adolescência é um período de profundas modificações, com características biopsicossociais próprias, o que faz com que a maternidade seja vivenciada pelas jovens de forma diversa, de acordo com a sua história de vida e expectativas para o futuro. Esse fato impõe aos profissionais de saúde a elaboração de estratégias específicas com vistas a atingir as mães adolescentes de acordo com as suas peculiaridades. Estudos realizados no Brasil, a exemplo de outros países, têm encontrado associação entre idade materna de até 20 anos e menor duração do aleitamento materno (AM) (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007; GIGANTE, VICTORA, BARROS, 2000; VENANCIO *et al.*, 2002).

Entre as características das mães adolescentes que podem interferir no AM, a dependência emocional e financeira em relação à família é questão relevante a ser examinada. Muitas adolescentes, mesmo após o nascimento de seus filhos, continuam a residir com a

família de origem. Entre os membros da família, as mães (avós maternas dos bebês) têm sido apontadas como importante fonte de apoio e orientação para essas jovens durante a amamentação. Essa influência pode ser mais marcante quanto menores forem a idade da adolescente e sua experiência em amamentação (NIQUINI; BITTENCOURT; LACERDA, 2009).

Alguns estudos têm aventado a possibilidade de que a influência das avós seja negativa para o AM. Por desejarem ajudar suas filhas na amamentação e, com frequência, estarem muito presentes nesse período, elas costumam transmitir-lhes sua experiência pessoal, que pode até comprometer o AM, visto terem tido seus filhos em uma época em que essa prática estava em declínio, especialmente no que se refere à duração do AM (GIUGLIANI *et al.*, 2008).

Existe a necessidade de investir em uma forma capaz de auxiliar as avós a fornecerem às suas filhas orientações e apoio adequados, de modo a favorecer a maior duração do AM, com vantagens reconhecidas para mães e crianças.

Apesar da relevância do tema, não foram encontrados estudos investigando a relação entre duração do AM, adolescência e coabitação com avó materna. Por isso, este estudo se propõe avaliar uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM para mães adolescentes, levando em consideração a proximidade física das avós maternas, e dimensionar o seu impacto na duração do AM.

Inicialmente, na revisão da literatura serão abordadas a situação atual e as tendências da duração do AM, com ênfase no Brasil; a importância da amamentação continuada; a

amamentação por mães adolescentes, enfocando especialmente as variáveis que podem influenciá-la; e, por fim, a influência das avós maternas na amamentação de seus netos.

Na sequência, são apresentados os objetivos geral e específico do estudo e a metodologia empregada, incluindo o detalhamento da intervenção proposta e vários aspectos da logística empregada.

Os resultados e sua discussão são apresentados no artigo “Impacto do aconselhamento em aleitamento materno na duração dessa prática: ensaio clínico randomizado envolvendo mães adolescentes e avós”.

Por fim, tecemos algumas considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, desde 2001, AM até os dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Essa recomendação baseia-se nos inúmeros benefícios do AM descritos na literatura científica e na preocupação com a população infantil, especialmente as mais vulneráveis dos países menos desenvolvidos.

Considera-se em AM a criança que recebe leite materno diretamente da mama ou ordenhado, acompanhado ou não de alimento sólido ou líquido, incluindo leite não humano ou fórmulas lácteas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

2.1 Situação atual e tendências da duração do aleitamento materno

Os países desenvolvidos, em geral, apresentam taxas menores de AM, tanto de iniciação da amamentação, como de exclusividade e duração. Na Austrália, por exemplo, a situação do AM se mantém praticamente estagnada nos últimos anos. Em 1995, a proporção de crianças amamentadas aos 12 meses era de 21,3%, enquanto em 2004-2005 era de 23,3%. Apesar disso, o tempo de AM das crianças daquele país cresceu de forma diretamente proporcional ao aumento da renda familiar (AMIR; DONATH, 2008).

Nos Estados Unidos, o percentual de crianças amamentadas aos 12 meses vem crescendo nos últimos anos, tendo passado de 15,7% em 2000, para 22,7% em 2006 (THE UNITED STATES OF AMERICA, 2007).

De acordo com o monitoramento divulgado pela Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2009, 85% das crianças africanas entre 12 e 15 meses e 49% daquelas entre 20 e 23 meses ainda estavam sendo amamentadas. Na Ásia, esses percentuais foram – 73% e 53%, respectivamente; na América Latina e Caribe esses percentuais são menores – 56% e 28%, respectivamente (UNICEF, 2009).

As mulheres de países menos desenvolvidos, como Bangladesh, Madagascar, Etiópia e Uganda, por exemplo, amamentam por mais tempo. Estima-se que 91% das crianças entre 12 e 15 meses e 67% das entre 20 e 23 meses são amamentadas nesses países. Nos países em desenvolvimento, representados pela China, Chile, Colômbia e Costa Rica, entre outros, as prevalências de AM em crianças nessas faixas etárias são menores – 75% e 50%, respectivamente (UNICEF, 2009).

A evolução da duração do AM na América Latina e Caribe foi analisada por Pérez-Escamilla (1993) a partir de 23 pesquisas demográficas em saúde conduzidas nas décadas de 80 e 90. Os resultados indicam que a mediana da duração da amamentação continuava sendo maior nas áreas rurais em comparação com as urbanas e entre mulheres com menos escolaridade, embora essas diferenças estivessem diminuindo ao longo do tempo.

No Brasil, o período de amamentação das crianças vem aumentando nos últimos 30 a 40 anos (RÉA, 2003); entretanto, apesar de todos os benefícios para a população infantil e adulta, o AM por no mínimo um ano continua sendo praticado bem aquém do recomendado.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 (BRASIL, 2009b), 47,5% das crianças estavam em AM aos 12 meses, percentual que era de 25,2% aos 24 meses. Esses resultados demonstram avanço em relação às pesquisas de 1986 e 1996, em que 27% e 37,1% das crianças eram amamentadas entre 10 e 14 meses, respectivamente. O mesmo avanço pode ser observado nas prevalências de amamentação de crianças entre 22 e 26 meses, com percentuais de 10,2% e 15,5%, respectivamente (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1989; SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

Segundo a PNDS, a mediana de duração do AM no Brasil em 2006 foi de 14 meses, sendo mais elevada nas regiões Norte e Nordeste, em crianças do sexo masculino e em filhos de mulheres com baixa escolaridade. A região Norte apresentou a maior estimativa de duração da prática do AM (434,8 dias – 14,3 meses), seguidas das regiões Centro-Oeste (373,6 dias – 12,3 meses), Nordeste (346,8 dias – 11,4 meses), Sudeste (303,5 dias – 10,0 meses) e Sul (302,1 dias – 9,9 meses) (BRASIL, 2006). Houve um grande avanço em relação às pesquisas anteriores, que obtiveram medianas de 6,6 meses em 1986 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1989) e de sete meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

A pesquisa realizada em 2008 nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) em dia da campanha nacional de multivacinação estimou probabilidade de 45,5% das crianças estarem em AM aos 12 meses. A região Norte destacou-se, com 63,1% de probabilidade; as regiões Sudeste e Sul tiveram as estimativas mais baixas, em torno de 39%. No tocante às capitais, Macapá-AP e Belém-PA destacaram-se com as maiores probabilidades de crianças ainda estarem sendo amamentadas aos 12 meses – 79% e 66% respectivamente; Curitiba-PR

apresentou a menor probabilidade (37%), situação semelhante à de Porto Alegre-RS (39%) (BRASIL, 2009c).

Quando comparados os resultados das duas pesquisas nacionais de prevalência em AM, realizadas em 1999 e 2008, as regiões Nordeste e Norte apresentaram os maiores avanços na duração do AM, e a região Sul foi a que menos avançou. Em relação às capitais, destaca-se Fortaleza, que, apesar de apresentar piora da situação do aleitamento materno exclusivo (AME), foi a que mais evoluiu no indicador AM em crianças de 9 a 12 meses (VENANCIO *et al.*, 2010).

A mediana do AM no conjunto das capitais brasileiras e DF aumentou um mês e meio em nove anos, passando de 295,9 dias (IC95% 289,3–302,7) em 1999, para 341,6 dias (IC95% 331,8–352,4) em 2008 (BRASIL, 2009c). Segundo parâmetros propostos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), os valores revelados pela pesquisa estão longe do ideal. Quanto à duração do AM, a situação do Brasil é considerada “ruim” (mediana inferior a 17 meses), e apenas Macapá é classificada como “razoável” (mediana entre 18 e 20 meses).

Em Porto Alegre-RS, a mediana do AM passou de 193 dias no ano de 1999 (BRASIL, 2001) para 299 dias em 2008 (IC95% 274,2-352,4), configurando um aumento de 106 dias em nove anos, bem acima do desempenho nacional (46 dias). Contudo, Porto Alegre ainda se encontra entre as quatro capitais brasileiras com menores medianas de duração do AM, acompanhada por São Paulo (292 dias), Recife (293 dias) e Curitiba (300 dias) (BRASIL, 2009c).

Pesquisas com a população usuária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ao longo das últimas duas décadas permitiram fazer um diagnóstico das tendências nos indicadores de AM nessa população.

Em 1987, um estudo de coorte prospectivo acompanhou 202 crianças até os seis meses de idade e encontrou, no final do seguimento, menos da metade das crianças sendo amamentadas (48,5%) (ISSLER *et al.*, 1990). Comparando essa coorte a outra realizada em 1994, que acompanhou 187 crianças utilizando metodologia semelhante, não foi observado nenhum avanço na prevalência de crianças amamentadas aos seis meses (48,2%) (KUMMER *et al.*, 2000).

Em 1999, o mesmo grupo idealizou uma pesquisa para avaliar o impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no HCPA, nas taxas de AM aos seis meses de vida das crianças nascidas nesse hospital. Esse estudo observacional prospectivo acompanhou 250 crianças nascidas em 1999, encontrando 58% delas em AM aos seis meses, portanto um aumento de dez pontos percentuais, atribuído à implementação da IHAC (BRAUN *et al.*, 2003).

Assim, apesar dos avanços, a situação do AM no País está longe do ideal, o que demonstra a necessidade de novas estratégias de incentivo à amamentação nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) para que o Brasil atinja índices de AM compatíveis com a recomendação da OMS.

2.2 Importância da amamentação continuada

A amamentação pode ser a estratégia mais impactante para reduzir a morbimortalidade no primeiro ano de vida (ESCUDEK; VENANCIO; PEREIRA, 2003).

Está bem documentado que o leite materno no primeiro ano de vida se constitui em importante fonte de nutrientes, com vantagens documentadas na proteção contra morbimortalidade por infecções gastrintestinais (KRAMER *et al.*, 2001; QUIGLEY, KELLY, SACKER, 2007; DUIJTS, RAMADHANI, MOLL, 2009; CREECK *et al.*, 2010), respiratórias (CÉSAR *et al.*, 1999; ODDY *et al.*, 2003; GOYA, FERRARI, 2005), otites (HODDNOTT; TAPPIN; WRIGHT, 2008), doenças alérgicas e asma (VAN ODJIK *et al.*, 2003; MUIÑO *et al.*, 2008), doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e obesidade (HORTA *et al.*, 2007), bem como contra a desnutrição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; RODRIGUEZ *et al.*, 2009), a qual está intimamente ligada ao risco de infecções. Além desses benefícios, pode-se acrescentar ainda o favorecimento do desenvolvimento neuropsicomotor (MORTENSEN *et al.*, 2002; HORTA *et al.*, 2007).

Muitos dos benefícios da amamentação são gradiente-dependentes; o que significa dizer que quanto maior a quantidade de leite ingerido e maior a duração do aleitamento materno, maiores serão os benefícios para crianças e mães.

Estudo realizado em 2001 para estimar o efeito do AM sobre a mortalidade por infecções gastrintestinais e respiratórias agudas na América Latina concluiu que o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros três meses e o AM parcial para o restante do

primeiro ano evitaria a morte de cerca de 52.000 crianças por ano na América Latina, o que corresponderia a 13,9% dos óbitos infantis por todas as causas (BETRÁN *et al.*, 2001).

No Brasil, uma pesquisa em 14 municípios da Grande São Paulo, com o objetivo de estudar o impacto da amamentação na redução dos óbitos infantis por infecção respiratória e diarreia no primeiro ano de vida, calculou a fração de mortalidade evitável devida a cada doença. No caso da infecção respiratória, essa fração variou entre 33% e 72%, conforme o município e a faixa etária, enquanto no caso da diarreia a variação ficou entre 35% e 86%. A estimativa média de impacto da amamentação foi de redução de 9,3% no coeficiente de mortalidade infantil, com variações segundo o município entre 3,6% e 13,0% (ESCUADER; VENANCIO; PEREIRA, 2003).

Uma meta-análise realizada com dados provenientes do Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal mostrou que a proteção contra mortalidade por doenças infecciosas em crianças amamentadas varia conforme a idade da criança, de 4,1 a 1,4 vezes entre os 2 e os 12 meses de vida, tanto contra mortes por doenças diarreicas quanto respiratórias. No segundo ano de vida, o resultado conjunto dos cinco estudos demonstrou proteção contra mortalidade entre 1,6 e 2,1 vezes (WHO COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREASTFEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY, 2000).

A desnutrição tem sido responsável, direta ou indiretamente, por mais de seis milhões de mortes de crianças menores de cinco anos, anualmente, em todo o mundo. Mais de quatro milhões dessas mortes são associadas com práticas alimentares inadequadas e ocorrem durante o primeiro ano de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). A introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno permite que o organismo da criança se adapte à diminuição do aporte imunológico e nutricional do leite materno, protegendo contra

morbidade grave, fato que tem sido evidenciado em estudos que mostraram maior suscetibilidade da criança para adquirir infecções, com chance de maior gravidade (FUCHS, VICTORA, MARTINES, 1996; FUCHS, VICTORA, 2002; QUIGLEY, KELLY, SACKER, 2007) e consequente mortalidade no período próximo ao desmame (ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003).

O AM também atenua a gravidade das doenças diarreicas, especialmente em áreas e situações em que as condições de saúde são adversas. De acordo com estudo realizado em Bangladesh, o AM mudou substancialmente o espectro da gravidade da shigelose em crianças com até três anos de idade. Nesse estudo, a comparação das 53 crianças com doença grave (casos) com as 487 crianças controles, com doença de baixa gravidade, mostrou que 42% dos casos e 59% dos controles ainda eram amamentados (RC=0,49; IC95% 0,28-0,86). A proteção foi observada mesmo em crianças desnutridas ou com histórico recente de sarampo (CLEMENS *et al.*, 1986).

Outrossim, o AM continuado por 12 meses ou mais tem sido associado a proteção contra sobrepeso e obesidade. Estudo realizado no Brasil sugere associação entre AM continuado por mais de 24 meses e menor chance de sobrepeso e obesidade. Participaram do estudo 566 crianças pré-escolares, matriculadas em escolas particulares do município de São Paulo. Foram analisadas características sociodemográficas das crianças e suas famílias, como peso ao nascer, estado nutricional dos pais, AM, alimentação complementar e alimentação atual. Foram fatores de proteção contra sobrepeso e obesidade AME por seis meses ou mais (RC=0,57; IC95% 0,38-0,86) e AM por mais de 24 meses (RC=0,13; IC95% 0,05-0,37) (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009).

Por outro lado, outro estudo, também realizado em São Paulo, envolvendo 555 crianças com idades entre seis e 14 anos que estudavam em uma escola particular, de famílias de alto nível socioeconômico, não mostrou efeito dose-resposta na associação entre duração do AM e obesidade na idade escolar. No entanto, a chance de obesidade em crianças que nunca receberam AM (OR=2,06; IC95% 1,02-4,16) foi duas vezes superior à das demais crianças (SIQUEIRA; MONTEIRO, 2007).

A proteção conferida pela amamentação contra diabetes melito tipo I tem sido evidenciada em algumas pesquisas. Estudo realizado com 517 crianças (268 meninos e 249 meninas) no sudeste da Suécia e 286 crianças (133 meninos e 153 meninas) na Lituânia, na faixa etária entre 0 e 15 anos, com diagnóstico recente de diabetes melito, indicou que AME por mais de cinco meses (RC=0,54; IC95% 0,36-0,81) e tempo de AM superior a sete meses (RC=0,56; IC95% 0,38-0,84) ou nove meses (RC=0,61; IC95% 0,38-0,84) foram fatores de proteção independentes contra diabetes tipo I (SADAUSKAITE-KUEHNE *et al.*, 2004).

Há evidências de que o AM favorece o desenvolvimento neuropsicomotor e que a magnitude dessa associação é influenciada pela duração do AM. Mortensen *et al.* (2002) investigaram a relação entre duração do AM e desempenho em testes de inteligência de adultos jovens, participantes de uma coorte prospectiva. O estudo foi realizado com uma amostra de 973 homens e mulheres, submetidos ao *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS), e uma amostra de 2.280 homens, nos quais foi aplicado o *Børge Priens Prøve* (BPP). Os sujeitos do estudo nasceram em Copenhague (Dinamarca) e foram divididos em cinco categorias baseadas na duração do AM (menos de 1 mês; 2 a 3 meses; 4 a 6 meses; 7 a 9 meses; e mais de 9 meses), avaliada em entrevista com as mães no primeiro ano de vida. Independentemente de ampla gama de fatores confundidores analisados, foi observada associação significativa entre duração do AM e desempenho cognitivo em amostras

independentes, avaliadas com dois testes distintos. A diferença obtida nos escores dos indivíduos amamentados por menos de um mês e nos daqueles que receberam leite materno por sete a nove meses foi de seis pontos em ambos os testes cognitivos. As percentagens de indivíduos com escores de QI abaixo de 90 foram 28, 20, 18, 9 e 4, em ordem crescente da duração do AM nas cinco categorias de AM, diferença estatisticamente significativa.

Outro aspecto do desempenho cognitivo tem sido avaliado por meio de estudos sobre o desempenho escolar no final da adolescência e início da idade adulta, os quais têm sugerido que o AM é positivamente associado com a performance educacional (HORTA *et al.*, 2007).

Outro estudo analisou as associações entre duração da amamentação, informação coletada prospectivamente no primeiro ano de vida, e habilidade cognitiva e desempenho acadêmico no período de 8-18 anos, em uma coorte de mais de 1.000 crianças da Nova Zelândia. Os resultados mostraram que as crianças amamentadas tiveram escores médios maiores em testes de capacidade cognitiva, melhor desempenho em testes padronizados de leitura e matemática e na avaliação de seus professores de classe, bem como tiveram menos necessidade de exames no final do ano. O índice de abandono escolar foi tanto menor quanto maior foi o tempo de amamentação: foi de 14% em crianças amamentadas por oito meses ou mais, de 16,4% em crianças amamentadas por quatro a sete meses, de 19,2% nas amamentadas por menos de quatro meses e de 22,2% nas não amamentadas. Os fatores maternos relacionados com a amamentação reduziram essa associação; no entanto, mesmo após o ajuste para fatores de confusão, as crianças amamentadas por mais de oito meses apresentaram escores médios significativamente maiores nos testes do que os das crianças não amamentadas, tendo essa associação se mantido até a idade adulta jovem (HORWOOD, FERGUSSON; 1998).

A duração da amamentação também foi associada à escolaridade de adolescentes brasileiros acompanhados desde o nascimento. Houve aumento da escolaridade com a duração do AM até 12 meses. Indivíduos amamentados por 9 - 11 meses alcançaram oito anos de escolaridade (IC95% 7,5-8,5), e os amamentados por menos de um mês, 7,2 anos (IC95% 6,9-7,6). A análise estratificada mostrou que a amamentação foi associada com maior escolaridade em todos os estratos de renda familiar (VICTORA *et al.*, 2005).

Um importante benefício do AM bastante citado diz respeito ao favorecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho; porém, estudos que avaliem adequadamente esse aspecto são difíceis de realizar devido ao grande número de fatores de confusão envolvidos (BRITTON *et al.*, 2006).

Um dos poucos estudos que exploraram a relação entre amamentação, apego e sensibilidade concluiu que o AM até o final do primeiro ano de vida está associado a vínculo afetivo reforçado entre mãe e filho. Nesse estudo, 154 díades foram acompanhadas nos primeiros 12 meses após o parto. Os autores acompanharam mães desde o período pré-natal, comparando as que haviam decidido não amamentar com aquelas que pretendiam fazê-lo e que expressaram a duração desejada de AM, tendo encontrado correlação significativa entre duração do AM e sensibilidade materna nas interações com seus filhos. Entre as mães que iniciaram a amamentação, as pontuações médias de sensibilidade nas interações com a criança foram maiores para aquelas que amamentaram por 12 meses (BRITTON *et al.*, 2006). Os autores admitiram que o desejo de amamentar por um tempo mais prolongado já seria um fator indicativo de maior predisposição para interações com o bebê.

Outrossim, a falta da sucção fisiológica ao peito pode interferir no desenvolvimento motor-oral, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e outras alterações

(NEIVA *et al.*, 2003). Estudo realizado em Porto Alegre-RS envolvendo 153 crianças demonstrou que o AM por período superior a 12 meses é fator protetor contra distoclusão na dentição decídua, reduzindo em 56% a sua prevalência aos 3-5 anos, em relação às crianças amamentadas por menos tempo (RP=0,44; IC95% 0,23-0,82). O efeito protetor se manteve após controle para possíveis fatores de confusão, como uso de chupeta e de mamadeira (SILVA, 2010).

Além de todas as vantagens já mencionadas para as crianças, a amamentação por um período mais prolongado também apresenta benefícios para as mulheres. Maior duração da amamentação foi associada com menor incidência de diabetes tipo II em dois grandes grupos de mulheres americanas, incluindo mulheres jovens e de meia idade. Nesse estudo, amamentar uma criança por um ano resultou em redução de 44% no risco ajustado por idade, enquanto amamentar dois filhos por um tempo total de um ano resultou em redução de 24%. Na análise categórica das mulheres com apenas um filho, houve associação inversamente significativa entre diabetes e AM por 6 a 11 meses (RDI=0,68; IC95% 0,46-0,99) e AM por 11 a 23 meses (RDI=0,56; IC95% 0,34-0,93) (STUEBE *et al.*, 2005).

Há evidências sugerindo que a duração do AM está associada à incidência da síndrome metabólica em mulheres em idade reprodutiva. Gunderson *et al.* (2010), em estudo multicêntrico prospectivo de base populacional, realizado com 1.399 mulheres norte-americanas, nulíparas e sem síndrome metabólica basal, reavaliadas em 7, 10, 15 e/ou 20 anos após a linha de base, constatou que a maior duração da lactação (mais de nove meses) estava associada com menor incidência de síndrome metabólica por anos após o desmame, entre mulheres com e sem histórico de diabetes melito gestacional (DMG), após controle para índice de massa corporal (IMC), variáveis sociodemográficas e características do estilo de vida. Quando comparadas mulheres que amamentaram até um mês com as que amamentaram

por mais de nove meses, observou-se que as taxas de incidência de síndrome metabólica diminuíram com o aumento da duração da lactação: de 15,8 (IC95% 11,3-21,5) para 9,2/1.000 pessoas-ano (IC95% 5,3-14,6) no grupo sem DMG e de 49,4 (IC95% 25,8-84,7) para 8,5/1.000 pessoas-ano (IC95% 1,8-24,8) no grupo com DMG.

Outro estudo, que corrobora os anteriores, estimou que, para cada ano de AM, o risco de diabetes tipo II para a mulher diminui em 15%, mesmo após ajuste para múltiplos fatores, incluindo dieta, exercícios e IMC. Essa proteção durou por até 15 anos após o último nascimento (STUEBE *et al.*, 2005). Esse estudo foi realizado com mais de 150.000 enfermeiras nos Estados Unidos.

A duração da amamentação também tem sido associada com o desenvolvimento de pelo menos três tipos de câncer em mulheres: mama, útero e ovário.

Uma revisão sistemática incluindo 47 estudos provenientes de 30 países, envolvendo 50.302 mulheres com câncer de mama invasivo e 96.973 controles, estimou que o risco de câncer de mama diminui 4,3% (IC95%: 2,9-5,8) para cada 12 meses de amamentação, além de diminuir em 7,0% (IC95%: 5,0-9,0) para cada nascimento. Os casos tiveram menor chance de nunca ter amamentado (71% *versus* 79%) e menor duração média do AM (9,8 *versus* 15,6 meses). A redução do risco de câncer de mama associada com a amamentação não diferiu significativamente entre as mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento, e não variou com idade, status menopausal, origem étnica, número de nascimentos por mulher ou idade no nascimento do primeiro filho, bem como com outras nove características pessoais (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

De maneira semelhante, a duração do AM foi inversamente associada com câncer de mama em mulheres pré-menopáusicas, em estudo realizado em duas áreas no sul da Índia, o qual incluiu 1.866 casos e 1.873 controles. Entre outros, foram identificados como fatores protetores o número de filhos amamentados e a soma do tempo de amamentação de todos os filhos igual ou maior de dois anos (RC=0,75; IC 95% 0,47-1,18). A proteção conferida aumentou progressivamente com o tempo de amamentação até sete anos ou mais (RC=0,54; IC95% 0,32- 0,92) (GAJALAKSHMI *et al.*, 2009).

A associação entre amamentação e câncer endometrial foi avaliada por meio de dados de seis países, coletados entre 1979 e 1988. Foram comparados 136 casos com 933 controles, pareados por idade, hospital e ano da entrevista. Os autores observaram significativa redução no risco com o aumento da duração do AM e do tempo de amamentação por criança. Concluíram que o efeito protetor diminuiu no decorrer do tempo a partir da cessação do AM, não havendo evidência de sua manutenção após os 55 anos de idade (ROSENBLATT, THOMAS; 1995).

Com relação ao câncer de ovário, foi demonstrada associação inversa linear entre duração da amamentação e risco de câncer epitelial de ovário em estudo que utilizou dados de duas grandes coortes prospectivas constituídas por 391 mulheres que desenvolveram câncer epitelial de ovário entre 149.693 mulheres não nulíparas, acompanhadas por até 16 anos. Amamentação por 18 meses ou mais esteve associada com diminuição significativa no risco de câncer de ovário em relação a nunca ter amamentado (RR=0,66; IC95% 0,46-0,96). Para cada mês de aleitamento materno, o RR diminuiu 2% (RR=0,98 a cada mês; IC95% 0,97-1,00) (DANFORTH *et al.*, 2007).

Dois outros estudos caso-controle de base populacional foram realizados para investigar a associação entre AM e câncer de ovário. Um deles, realizado na Austrália com 1.092 casos e 1.288 controles, encontrou forte associação inversa entre duração total do AM (todos os episódios combinados) e ocorrência de câncer de ovário (OR=0,986; IC95% 0,978-0,994 por mês de amamentação), independentemente da paridade da mulher (JORDAN *et al.*, 2010). Já o outro estudo, conduzido em quatro grandes áreas da Itália, não confirmou a associação, após análise ajustada por fatores de confusão (CHIAFFARINO *et al.*, 2005).

2.3 Amamentação na adolescência

A OMS define adolescência como o período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e 19 anos de idade, no qual ocorre um rápido desenvolvimento biológico, psicológico, cognitivo e social necessários à transição da infância para a idade adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A adolescência tem sido considerada fator de risco para a interrupção precoce do AM em vários estudos nacionais e internacionais. Uma revisão sistemática realizada com 78 estudos de países desenvolvidos encontrou fortes evidências de seis determinantes do desmame precoce, dentre eles a menor idade materna (WIJNDAELE *et al.*, 2009).

Os Estados Unidos da América têm, no mundo industrializado, a maior taxa de natalidade entre adolescentes, sendo esse grupo etário responsável pelas menores taxas de AM aos 12 meses naquele país (FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007), junto com as mães afro-americanas e as não casadas. Em 2006, apenas 9% das mulheres menores que 20 anos amamentavam aos 12 meses; em 2000, esse percentual era ainda menor (7,5%) (THE UNITED STATES OF AMERICA, 2007).

No Brasil, a última Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009c) revelou que a prevalência de AM em crianças menores de um ano foi maior em mães adolescentes (82,3%) do que em mães entre 20 e 35 anos (80,7%) e com mais de 35 anos (77,6%). Já a prevalência de AME em menores de seis meses foi menor em mães adolescentes (35,8%) do que entre mulheres das outras duas faixas etárias (44,4% e 42,1%, respectivamente). Não há dados quanto à duração do AM.

Algumas pesquisas com população brasileira têm constatado que pouca idade materna está associada com desmame antes do final do primeiro ano de vida (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007; GIGANTE, VICTORA, BARROS, 2000; VENANCIO *et al.*, 2002). Lima e Osório (2003) verificaram menor mediana de duração do AM em mulheres com idade entre 15 e 19 anos ao avaliarem os dados da PNDS de 1996 dos estados da região Nordeste. Esse fenômeno tem sido atribuído a características próprias do período de desenvolvimento psicossocial das adolescentes, falta de experiência com amamentação (NIQUINI *et al.*, 2009), dependência em relação à família e primiparidade, comuns a essas mães (VENANCIO *et al.*, 2002; FRANÇA *et al.*, 2007).

A gestação em adolescentes ocorre com mais frequência entre jovens de condições social e econômica menos favorecidas (DUARTE; NASCIMENTO; AKERMAN, 2006), em que as oportunidades de melhoria nessas condições são escassas. Assim sendo, as contribuições positivas do AM para essas mães e seus filhos são ainda mais importantes, tornando necessário que os profissionais de saúde atuem considerando as particularidades biopsicossociais dessa população, visando obter sucesso no apoio e promoção do AM.

A maternidade pode ser vivenciada por mães adolescentes como um facilitador da passagem para a vida adulta, vinculado à representação social da maternidade, ou pode ser

rejeitada, por vir a prejudicar planos futuros. E é dentro desse contexto que a incipiente mãe toma decisões importantes, tais como a forma de alimentar o seu bebê (DURHAND, 2004).

A adolescência é um período já marcado por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Uma gestação nessa idade muitas vezes potencializa problemas prévios do cotidiano, como a pobreza e a falta de estrutura emocional. Estudo realizado no Rio de Janeiro, com uma amostra de 3.508 puérperas divididas em três grupos, sendo um deles constituído por adolescentes e outro por mulheres adultas, mas que haviam sido mães na adolescência, constatou que gestação na adolescência contribui ou mesmo agrava condições de vida já desfavoráveis. Entre as puérperas adultas, as que tiveram filhos na adolescência apresentaram maior exposição a aborto, pior nível de escolaridade, maior ausência de emprego remunerado, maior percentual de prole numerosa e maior consumo de cigarros e drogas ilícitas na gestação (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002).

Um estudo de abordagem qualitativa realizado com familiares de adolescentes grávidas em município do interior de São Paulo (Brasil) observou, nas falas dos familiares, que a gestação deve ser assumida e vivenciada pela jovem mãe, porém com o apoio da família. As famílias se mobilizam com compromisso e alegria, apesar da frustração com a mudança do projeto de vida familiar em relação à adolescente (SILVA; TONETE, 2006).

Na Inglaterra, outro estudo qualitativo, desta vez com mães adolescentes que iniciaram a amamentação, observou que as experiências de mães adolescentes deram origem a cinco temas: sentimento de ser observada e julgada, falta de confiança, cansaço, desconforto e compartilhamento de responsabilidade. Outros cinco temas foram gerados para descrever os apoios necessários às adolescentes: apoio emocional, apoio à auto-estima, suporte instrumental, suporte de informações e suporte de rede. Essas formas de apoio foram mais

eficientes quando fornecidas de forma sinérgica e dentro de um relacionamento de confiança (DYKES *et al.*, 2003).

As bruscas mudanças físicas e emocionais dos primeiros dias da maternidade, bem como os cuidados muitas vezes exaustivos com o bebê formam o cenário em que a jovem mãe precisa experimentar e praticar a amamentação. A esses fatores somam-se o desconhecimento do processo de amamentação e do comportamento normal do recém-nascido, que gera ainda mais estresse e insegurança. Muitas vezes, nesse cenário, a mãe se vê à mercê da pressão dos familiares (principalmente as avós) e amigos, o que torna necessária a atuação de profissionais de saúde para oferecer o aconselhamento adequado às mães e suas famílias (BARROS *et al.*, 1994).

A falta de experiência tem sido identificada em diversos estudos como um fator de risco para o desmame e introdução de leite artificial. Um estudo transversal realizado com 1.057 mães de crianças menores de seis meses atendidas em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro, em 2007, apontou a chance significativamente maior de introdução de leite artificial para mães sem experiência em amamentação. O mesmo estudo encontrou relação entre situação conjugal e idade materna como fator interferente na introdução do leite artificial: entre as mães com companheiro, as adolescentes apresentaram chance 2,1 vezes maior (IC95% 1,32-3,21) de introduzir leite artificial quando comparadas às mães adultas; no entanto, nas mulheres sem companheiro, a adolescência aparece como fator protetor para o mesmo evento (OR=0,24; IC95% 0,10-0,58), reforçando que as mães adolescentes necessitam de abordagem especial dos profissionais de saúde (NIQUINI; BITTENCOURT; LACERDA, 2009).

Os estudos encontrados na literatura científica enfocando a amamentação em mães adolescentes são, na sua maioria, observacionais ou qualitativos e, raramente, enfocam a duração do AM. Por sua vez, estudos de intervenção que utilizem estratégias de promoção do AM direcionadas a esta população também são escassos.

Grande parte dos estudos de intervenção visando à promoção do AM tem demonstrado êxito. Revisão sistemática incluindo 34 estudos randomizados ou quase randomizados e controlados comparando diferentes tipos de apoio oferecidos a mães lactantes, além do oferecido de rotina pela maternidade, concluiu que todas as formas de apoio, prestadas tanto por profissionais como por leigos, têm impacto positivo na duração não só do AME como do AM parcial (BRITTON *et al.*, 2007).

No entanto, estudos que abordem intervenções dirigidas a mães adolescentes são raros.

Na Inglaterra, estudo avaliou diferentes formas de apoio prestadas às mães adolescentes por profissionais de saúde e por leigos. Para tal, os autores fizeram uso de vinhetas com quatro situações-problema do cotidiano das adolescentes para instigá-las a externar opiniões, sentimentos, dificuldades e dúvidas, com vistas a favorecer o diálogo. Voluntários ou profissionais (parteiras) treinados mediavam as discussões de maneira diferente de acordo com a sua prática usual. Os autores concluíram sobre a necessidade de avaliar detalhadamente a efetividade das diversas abordagens destinadas a mães adolescentes sobre a manutenção do AM (MORAN *et al.*, 2006).

O único estudo de intervenção direcionado às mães adolescentes encontrado na literatura foi um ensaio clínico randomizado realizado no Canadá. Nesse estudo, destinado a avaliar o efeito de uma intervenção na duração da amamentação, foram selecionadas e

treinadas cinco mães adolescentes com experiência prévia em amamentação, para prestar apoio a outras mães adolescentes por meio de orientações telefônicas. Participaram 38 mães adolescentes no grupo de intervenção e 40 no grupo controle. A coleta dos dados para documentar os padrões de alimentação foi realizada semanalmente, por telefone, por um entrevistador cego. Como resultado, os autores encontraram duração do AME significativamente maior no grupo intervenção (mediana de 35 dias *versus* 10 dias; $p=0,004$); no entanto, a duração do AM não diferiu significativamente entre os dois grupos (mediana de 75 *versus* 35 dias; $p=0,26$) (MEGLIO; MCDERMOTT; KLEIN, 2010).

A fim de ter sucesso na amamentação, não basta optar pelo AM; é necessário que a mãe esteja inserida em um ambiente que a ajude a levar adiante a sua opção (GIUGLIANI, 2004). Para as mães adolescentes em particular, a rede social de apoio é fundamental, sobretudo o apoio do companheiro e da mãe (avó materna da criança) (WAMBACH, COLE, 2000; DURHAND, 2004).

2.4 Influência das avós na amamentação

A presença das avós junto às suas filhas no período após o nascimento dos seus netos é bastante frequente e costuma exercer grande influência sobre as jovens mães, favorecendo ou dificultando a amamentação. As avós transmitem às filhas a sua própria experiência, a qual pode não estar de acordo com as recomendações atuais (GIUGLIANI, 2004), como tem sido demonstrado em alguns estudos.

Estudo prospectivo realizado com 601 duplas mãe-bebê demonstrou que as avós dos bebês, tanto maternas quanto paternas, podem influenciar na duração do AM. Os dados foram coletados na maternidade do HCPA e nos domicílios, mediante entrevista com as mães nos

primeiros seis meses de vida dos bebês. No estudo, a interrupção do AM nesse período esteve associada com avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de outro leite (Razão de Chance de 2,4 e 2,1, respectivamente). No estudo, o contato não diário com a avó materna foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos seis meses (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

A influência das avós pode ser explicada pelo fato de a maioria das adolescentes continuar a morar com sua família de origem. A gestação na adolescência altera o equilíbrio da família, tornando necessária a mobilização de recursos internos de seus integrantes, no sentido de dar um mínimo de suporte à adolescente para vivenciar a situação. Em estudo qualitativo realizado com mães adolescentes e avós maternas dos bebês, houve diferença entre a visão das adolescentes e suas mães sobre aspectos positivos e negativos da maternidade nessa etapa da vida, sendo que as avós perceberam mais aspectos desfavoráveis, ao contrário das mães. Além disso, as avós, muitas vezes, desempenhavam o papel de mães substitutas, gerando conflito nos papéis de mãe e avó (SILVA; SALOMÃO, 2003).

Estudo qualitativo realizado em Porto Alegre, RS com 16 mães adolescentes observou que, no processo de gerar, parir e nutrir seus filhos, as adolescentes apresentam-se duplamente fragilizadas, pelo processo de maternidade e pelo período de transição em que se encontram, o que as torna mais suscetíveis à influência de pessoas próximas, mulheres mais experientes, como a mãe ou outros familiares e amigos. Algumas orientações dadas pelas mães às adolescentes entravam em conflito com as fornecidas pelos profissionais de saúde; no entanto, adolescentes mais tranquilas e confiantes não acatavam as sugestões maternas indiscriminadamente, indicando que, quando orientadas adequadamente no pré-natal, elas se sentiam mais seguras em relação à amamentação. Nesse estudo, na maioria das adolescentes

que mantinha AME aos dois meses, pôde ser percebida a atuação prévia da mãe, por meio do exemplo e do discurso, num padrão coerente de apoio e incentivo ao AM (KOHLENER, 2005).

Presenciar as dificuldades da adolescente ao lidar com a alimentação e cuidados com o bebê pode gerar ansiedade nos familiares, fazendo-os muitas vezes fornecer orientações contraditórias que confundem as adolescentes, mesmo que tenham a intenção de ajudar. Isso reforça a importância de as mães de adolescentes terem oportunidade de trocar ideias com profissionais de saúde, constituindo-se, assim, em forte apoio para suas filhas, ajudando-as a lembrar e reforçando orientações recebidas (KOHLENER, 2005).

A necessidade de apoio às mães adolescentes que iniciam a amamentação e a importância das avós nesse processo, emergiram em grupos focais e entrevistas semi-estruturadas realizadas em um estudo no noroeste da Inglaterra, Reino Unido. Os principais personagens identificados nesse apoio foram a mãe da adolescente (avó materna do bebê) e o companheiro, além dos profissionais de saúde envolvidos na sua assistência (DYKES *et al.*, 2003).

A influência das avós ficou evidente em outro estudo realizado no HCPA no qual 220 duplas mãe-bebê foram acompanhadas até os seis meses de idade. Os pesquisadores encontraram associação entre introdução de água / chás de ervas medicinais no primeiro mês de vida com idade materna menor que 20 anos (RP=1,55; IC95% 1,14-2,09) e coabitação com a avó materna (RP=1,51; IC95% 1,10-2,10), entre outros (GIUGLIANI *et al.*, 2008).

Outros estudos também concluíram que as avós influenciam na prática do AM. Nos Estados Unidos, pesquisa qualitativa desenvolvida com mães adolescentes afro-descendentes confirmou a influência das avós nas práticas alimentares de seus netos. Foram realizadas

quatro entrevistas separadas com as adolescentes e pelo menos duas com as avós. Os resultados mostraram que, no grupo em questão, é norma cultural a introdução de alimentos sólidos já no primeiro mês de vida; além disso, a maioria das avós desempenhou papel dominante na decisão do que a criança deveria comer e de qual o momento apropriado para a introdução dos alimentos. Esse padrão ocorreu não só pelo constante contato físico das avós com seus netos, como pela relação de dependência entre as mães adolescentes e as avós (BENTLEY *et al.*, 1999).

Apesar da importância do apoio das avós, especialmente as maternas, para as mães mais jovens, estudos de intervenção direcionados especificamente para esse público são raros. No único estudo encontrado (AUBEL; TOURÉ; DIAGNE, 2004), realizado no Senegal, foram realizadas intervenções com avós, encorajando-as a promover práticas alimentares adequadas aos bebês (AM e alimentação complementar) e cuidados durante a gravidez. As intervenções ocorreram em oficinas com duração de uma semana, com uso de músicas, histórias e discussões sobre os temas em questão. Coletaram-se dados quantitativos (técnica de pré-teste e pós-teste) e qualitativos para avaliar o efeito da intervenção. Após 12 meses do início do estudo, foi possível observar resultados positivos nas condutas com relação à alimentação infantil. A recomendação, por parte das avós, de que o AM seguisse por cinco ou mais meses triplicou, passando de 26% para 94%, e a de que o colostro poderia ser dado ao recém-nascido passou de 57% para 97%. Porém, não foi avaliada a efetividade desta modificação no comportamento das avós na prática da amamentação.

Outro estudo utilizou a metodologia de grupo focal para conceber uma investigação de intervenção que facilitasse o desenvolvimento de conhecimentos sobre o apoio das avós à amamentação. Entre os temas identificados pelos autores, esteve o desejo das avós de serem úteis; havia, no entanto, o receio dos autores de as crenças das avós prejudicarem a

amamentação. Um segundo tema levantado foi o desejo das avós de atualizar seus conhecimentos, o que demonstra receptividade para a mudança quando elas recebem informação atualizada. Outro tema levantado, por sugestão das avós, foi o desejo de um tipo de programa de aconselhamento que possibilitasse o aprendizado conjunto de avós e mães (GRASSLEY; ESCHITI, 2008).

A avó pode ser importante suporte para as novas mães no apoio à amamentação. No entanto, são necessárias mais pesquisas para identificar intervenções eficazes que preparem as avós para apoiar as jovens mães nesse período. Segundo Giugliani (2004), o aconselhamento em amamentação é uma forma adequada de incluir as avós, pois utiliza o diálogo para tentar modificar práticas que possam prejudicar a amamentação.

3 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a importância do AM por 12 meses ou mais para a saúde de crianças e mães;
- as baixas taxas de AM continuado por 12 meses ou mais no Brasil e, sobretudo, em Porto Alegre;
- os altos índices de gravidez na adolescência no Brasil;
- a menor duração do AM em mães adolescentes;
- a influência das avós maternas nas práticas alimentares de seus netos; e
- a inexistência de estudos de intervenção que abordem mães adolescentes e avós maternas, avaliando o efeito da intervenção na duração do AM;

fôo idealizada a presente pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar a eficácia de sessões de aconselhamento em amamentação dirigidas a mães adolescentes e avós maternas para aumentar a duração do AM entre mães adolescentes do município de Porto Alegre.

4.2 Específico

Comparar as probabilidades de crianças de quatro grupos de mães adolescentes estarem em AM nos primeiros 12 meses de vida: (a) adolescentes não coabitando com a mãe (avó materna da criança), sem intervenção; (b) adolescentes não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente; (c) adolescentes coabitando com a mãe, sem intervenção; (d) adolescentes coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente e sua mãe.

5 HIPÓTESE

Intervenção para promoção de aleitamento materno direcionada para mães adolescentes e avós maternas aumenta significativamente a duração dessa prática.

6 POPULAÇÃO E MÉTODO

6.1 Delineamento da pesquisa

Este é um ensaio clínico randomizado, cego para avaliação do desfecho, envolvendo quatro grupos de mães adolescentes: dois que receberam a intervenção, diferenciando-se quanto à coabitação ou não com suas mães, e os seus respectivos controles.

O estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, que teve como objetivo geral avaliar a eficácia de múltiplas sessões de aconselhamento em alimentação infantil nos primeiros quatro meses de vida da criança, direcionadas a mães adolescentes e avós maternas, sobre as práticas alimentares no primeiro ano de vida, com ênfase no AM. Ele tem como foco principal a manutenção do AM por 12 meses ou mais.

6.2 Local do estudo

A seleção da amostra, a entrevista inicial e a primeira sessão de aconselhamento foram realizadas no HCPA, um hospital geral universitário credenciado como Hospital Amigo da Criança (HAC) em dezembro de 1997 e que realiza aproximadamente 3.500 partos por ano. O hospital atende, principalmente, população de menor nível socioeconômico, usuária do

sistema público de saúde. As demais sessões de aconselhamento ocorreram no domicílio das adolescentes. O seguimento dos sujeitos foi realizado por telefone e, quando necessário, de forma presencial nos seus domicílios.

6.3 População

A população-alvo foi constituída de mães adolescentes em alojamento conjunto com seus bebês no HCPA e as avós maternas dos bebês quando compartilhavam a residência com suas filhas e netos (as).

6.4 Amostra

6.4.1 Tamanho da amostra

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior que acompanhou uma corte de 342 adolescentes e seus bebês no primeiro ano de vida. Ao final do seguimento foi possível localizar 260 duplas.

Adotando-se $\alpha=5\%$, $\beta=20\%$, relação de expostos/não expostos=1:1 e prevalência do AM aos 12 meses no grupo não exposto à intervenção=40% (BRASIL, 2001), o $n=260$ sujeitos permitiu um poder de 80% para detectar diferenças de 18 pontos percentuais ou mais entre o grupo exposto e o grupo não exposto à intervenção.

6.4.2 Seleção dos participantes

Os sujeitos da pesquisa foram identificados no período de 1º de maio de 2006 a 30 de janeiro de 2008, a partir da planilha de nascimentos do Centro Obstétrico do HCPA. Nessa planilha, encontram-se registrados idade das mães e peso, horário e condições de nascimento dos bebês. Foram incluídas no estudo todas as adolescentes que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos.

6.4.3 Critérios de inclusão

Foram elegíveis para participar do estudo as mães com 19 anos de idade ou menos, residentes no município de Porto Alegre, com recém-nascidos saudáveis em alojamento conjunto, não gêmeares, com peso de nascimento igual ou maior que 2.500 g e que haviam iniciado a amamentação. Não foram incluídas as adolescentes que residiam com suas sogras, o que poderia ser um fator de confusão; mães com déficit cognitivo que impedisse a compreensão das orientações; bem como aquelas com cirurgias mamárias que interferissem na amamentação, como mastectomia e mamoplastia redutora.

6.4.4 Critérios de exclusão

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

6.4.5 Alocação para os grupos

Uma vez identificadas e preenchendo todos os critérios de inclusão, as adolescentes eram divididas em dois grupos de acordo com a coabitação ou não com suas mães. Posteriormente, era realizado sorteio que determinava sua alocação para grupo controle ou intervenção. O sorteio era realizado em blocos de dois, utilizando-se duas esferas de mesma textura e dimensão com os dizeres “sim” (intervenção) e “não” (controle), que eram retiradas de um invólucro de coloração escura, por um funcionário da maternidade. Posteriormente, a adolescente e sua mãe eram orientadas sobre a pesquisa, para a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Desta forma, as mães foram distribuídas em quatro grupos distintos: (1) não coabitando com a mãe, sem intervenção; (2) não coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente; (3) coabitando com a mãe, sem intervenção; (4) coabitando com a mãe, com intervenção direcionada à mãe adolescente e à sua mãe.

6.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dez momentos distintos: na maternidade, mensalmente nos primeiros seis meses e, no segundo semestre, ao final do oitavo, décimo e 12º meses de vida dos bebês. Na maternidade, a coleta foi realizada por quatro pesquisadores (duas enfermeiras, uma nutricionista e um pediatra), sendo três deles vinculados ao HCPA. Nos outros nove momentos de coleta, os dados foram obtidos, por telefone ou no domicílio das mães, por auxiliares de pesquisa contratados especialmente para o projeto.

6.5.1 Na maternidade

Após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o TCLE, as mães e avós maternas, quando houvesse coabitação, eram entrevistadas separadamente com o objetivo de obter informações sociodemográficas da família e sobre experiência com amamentação. Ao questionário das adolescentes foram incluídas perguntas relacionadas ao parto e ao acompanhamento pré-natal. Os instrumentos utilizados foram dois questionários estruturados diferentes, um para as mães (Apêndice A) e um para as avós (Apêndice B), elaborados especialmente para a pesquisa.

6.5.2 No domicílio

No seguimento, por telefone ou em visita domiciliar quando era impossível contato telefônico, foram coletados dados relativos à alimentação da criança, utilizando-se questionário estruturado especialmente elaborado para a pesquisa (Apêndice C), e realizado inquérito de frequência alimentar. Os entrevistadores no seguimento eram cegos quanto ao grupo a que pertenciam as mães e avós.

A qualidade das informações coletadas foi checada pela pesquisadora coordenadora de campo, por meio de entrevistas telefônicas contendo algumas perguntas-chave do questionário de seguimento, aplicadas em 5% das mães, sorteadas a cada mês.

6.6 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 elaborados os instrumentos de coleta de dados (para as mães e para as avós), o conteúdo mínimo da intervenção, bem como o material de apoio a ser utilizado na intervenção. Esses foram testados em estudo piloto com dez mães adolescentes e avós, recebendo os devidos ajustes e adaptações, chegando-se à versão final.

As intervenções foram conduzidas por um membro do grupo formado pelos seguintes profissionais: duas enfermeiras, uma nutricionista e um médico, todos com ampla experiência em AM, sendo três deles consultores em lactação certificados pelo *International Board Certified Lactation Consultant* (IBCLC).

A primeira sessão de aconselhamento foi feita na maternidade, individualmente, com as mães e as avós, após a entrevista inicial, em uma sala especialmente cedida para a intervenção que permitia privacidade e era livre de interrupções. Essa sessão durava, em média, uma hora. Utilizaram-se os princípios do aconselhamento em amamentação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1997), considerado a forma mais adequada de oferecer informações à mãe, e que consiste em: ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, em saber ouvir e aprender, em desenvolver a confiança e em dar apoio. Algumas atitudes facilitam o sucesso do aconselhamento, quais sejam: fornecer informações na medida da necessidade em cada aconselhamento, em linguagem acessível, por meio de sugestões; valorizar a comunicação não verbal; fazer perguntas abertas; demonstrar empatia; aceitar os sentimentos e as opiniões das mães; e reconhecer o esforço das mães, elogiando-as e encorajando-as para manter práticas saudáveis (GIUGLIANI, 2004).

Procurou-se escolher o momento mais adequado para a atividade: era 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, sempre se dirigindo à mãe e ao bebê pelo nome.

A mãe permanecia confortavelmente sentada, e o bebê era colocado em berço ao lado dela ou permanecia no seu colo. O profissional sentava-se em frente ou ao lado da mãe, sem barreiras físicas entre eles, e a mãe era encorajada a amamentar durante a sessão (Figura 1).



Figura 1 – Foto da intervenção sendo realizada com a mãe adolescente

Na primeira sessão de aconselhamento, no hospital, mãe e profissional dialogavam sobre vários aspectos da amamentação, tais como importância e duração do AM, 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 temas que não constavam no roteiro, de acordo com as peculiaridades e vivências de cada par mãe/bebê.

A intervenção para as avós na maternidade seguia os mesmos princípios e conteúdo da intervenção com as mães, todavia continha conteúdos adicionais que levavam em consideração o papel exercido pelas avós (Figura 2).

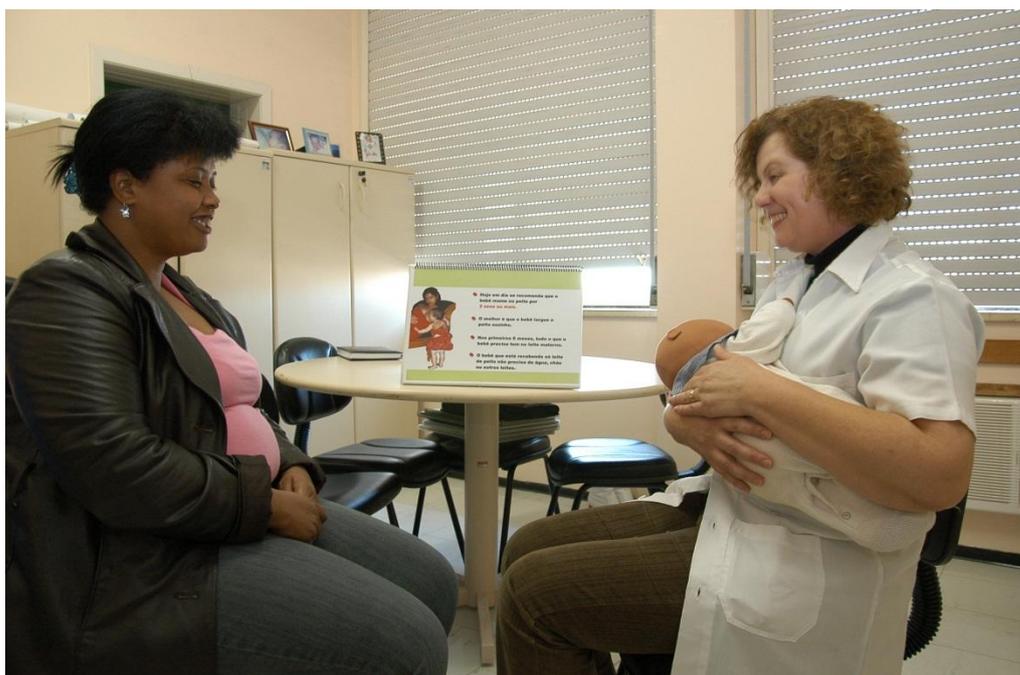


Figura 2 – Foto da intervenção sendo realizada com a avó materna

Como material de apoio, foram utilizados dois álbuns seriados – um para a mãe adolescente (Apêndice D) e outro para a avó (Apêndice E) – contendo mensagens básicas, especialmente confeccionados para a pesquisa.

No final da sessão, a mãe recebia uma cartilha ilustrada (Apêndice F) que, além das mensagens básicas, continha espaços para colar fotos suas, do bebê e/ou da família. As fotos eram tiradas em cada intervenção e dadas de presente para a mãe pelo profissional que aplicou a intervenção na visita subsequente.

Durante o acompanhamento, as mães e as avós, quando em coabitação, recebiam sessões de reforço de aconselhamento em amamentação nos seus domicílios, quando as crianças completavam 7, 15, 30, 60 e 120 dias, pelo mesmo profissional que havia conduzido a intervenção na maternidade. Nessas sessões, discutiam-se as dificuldades na amamentação enfrentadas pelas mães e seu manejo, e se abordavam novamente, para reforçar, alguns aspectos básicos já discutidos anteriormente no aconselhamento na maternidade. Dessas sessões participavam as mães, as avós e, eventualmente, outros familiares. As visitas duravam em torno de uma hora. Aos 120 dias, além do reforço das orientações de amamentação, eram abordados tópicos sobre alimentação complementar, com o apoio de um álbum seriado e de uma cartilha ilustrada (Apêndice G) especialmente criado para o estudo com base nas diretrizes do “Guia alimentar para crianças menores de dois anos” (BRASIL, 2002). Durante cada visita, era preenchido um questionário sobre problemas com as mamas (Apêndice H).

A seguir, são detalhados os tópicos abordados na intervenção nos momentos supracitados.

- **Aleitamento materno exclusivo:** as mães recebiam informações sobre a importância do AME nos primeiros seis meses de vida dos bebês e a recomendação de alimentar o bebê com leite materno sem nenhum outro tipo de alimento, nem água, nem chás, abrindo-se exceção apenas para remédios ou gotas de vitaminas e minerais.

- **Duração do aleitamento materno:** as mães foram orientadas sobre a importância de manter o AM por dois anos ou mais, complementando com outros alimentos a partir dos seis meses.
- **Frequência e duração das mamadas:** as mães foram orientadas a amamentar a criança em livre demanda, ou seja, toda vez que a criança demonstrasse interesse em mamar, e que a duração de cada mamada poderia variar, dependendo da fome da criança e do tempo que ela levava para retirar o leite da mama.
- **Produção do leite:** a produção de leite foi abordada explicando à mãe a sua relação com a sucção do bebê, o esvaziamento da mama, a pega correta e a frequência das mamadas.
- **Posicionamento e pega:** foram abordados aspectos da técnica de amamentação, tais como posições adequadas que a mãe poderia adotar ao amamentar para facilitar a exposição da mama e manter o bebê bem posicionado, assim como características de uma pega adequada, tais como, boca do bebê bem aberta abocanhando o mamilo e boa parte da aréola.
- **Prevenção de problemas na mama:** as mães receberam informações sobre a prevenção de problemas como traumas mamilares e ingurgitamento mamário, decorrentes de má técnica, bem como orientações de como realizar a ordenha manual.
- **Uso de chupeta e mamadeira:** as mães foram esclarecidas sobre os riscos da utilização de chupetas e mamadeiras, tais como serem veículos de contaminação, provocar má-formação orofacial e levar ao desmame precoce.
- **Início da alimentação complementar:** no aconselhamento programado para o final do quarto mês, as mães e as avós, quando coabitavam, foram orientadas a

introduzir os alimentos complementares a partir dos seis meses, conforme os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos” (BRASIL, 2005).

Além dos tópicos descritos, foi discutido com as avós a importância do apoio às mães no período de amamentação, como: acreditar que a mãe é capaz de amamentar, incentivá-la, ajudar com os afazeres domésticos (cuidar da roupa, preparar as refeições, receber as visitas), ajudar com o bebê quando necessário (colo, troca de fraldas, banho), explicando que dessa forma a mãe poderia ficar mais tranquila para amamentar e cuidar do bebê.

6.7 Variáveis envolvidas no estudo

6.7.1 Desfecho

- Probabilidade de a criança estar em AM nos primeiros doze meses de vida. Foi considerada em AM a criança que recebia leite materno, acompanhado de outros alimentos líquidos ou sólidos, incluindo leite não humano ou fórmulas lácteas, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009).

6.7.2 Exposição

- Intervenção

6.7.3 Outras variáveis

- Idade materna, em anos completos – dado informado pela mãe e apresentado como média \pm DP.
- Cor da mãe – dado informado pela mãe e categorizado em: branca; não branca.
- Escolaridade materna, em anos completos – dado informado pela mãe e categorizado em: ≥ 8 anos; < 8 anos.
- Tabagismo materno durante a gestação – dado informado pela mãe e categorizado em: sim, quando a mãe fumou durante a gestação; não, quando a mãe não fumou durante a gestação.
- Coabitação com companheiro – dado informado pela mãe e categorizado em: sim, quando a mãe morava com companheiro; não, quando a mãe não residia com companheiro.
- Número de consultas pré-natais – dado informado pela mãe e categorizado em: < 7 consultas; ≥ 7 consultas.
- Orientação, individual ou em grupo, sobre o AM no acompanhamento pré-natal – dado informado pela mãe e categorizado em: sim; não.
- Ordem de nascimento do bebê – dado informado pela mãe e categorizado em: primeiro filho; segundo filho ou mais.
- Tipo de parto – dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em: vaginal; cesariana.
- Sexo do bebê – dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em: masculino; feminino.
- Peso de nascimento do bebê – dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e expresso em média aritmética \pm desvio padrão (DP).

- Tempo de amamentação dos filhos anteriores (média aritmética do tempo de amamentação de todos os filhos anteriores) – dado informado pela mãe e categorizado em: < 6 meses ; \geq 6 meses.
- Idade da avó, em anos completos – dado informado pela avó e apresentado como média \pm DP.
- Número de filhos nascidos vivos da avó – dado informado pela avó e apresentado como média \pm DP.
- Trabalho da avó fora do domicílio – dado informado pela avó e categorizado em: sim, quando ela trabalhava fora de casa; não, quando não trabalhava fora.
- Avó mora com o companheiro – dado informado pela avó e categorizado em: sim, quando ela morava com companheiro; não, no caso contrário.
- Escolaridade da avó, em anos completos – dado informado pela avó e categorizado em: \geq 8 anos; < 8 anos.
- Tempo de amamentação da filha adolescente, em meses – dado informado pela avó e apresentado como mediana e intervalo interquartilico.

6.8 Estudo piloto

Após a aprovação do projeto de pesquisa, foi realizado um estudo piloto com dez mães adolescentes e avós maternas dos bebês para testar a logística do estudo e os instrumentos de coleta dos dados na maternidade do HCPA, em dezembro de 2005, tendo sido efetuados os ajustes que se fizeram necessários.

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

6.9 Considerações éticas

Todas as mães e avós participantes foram informadas a respeito do estudo. Após concordarem em participar, assinaram o TCLE (Apêndices I, J, K, L). O anonimato das participantes e a utilização dos dados somente para fins de pesquisa foram garantidos. A pesquisa 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.

Todas as adolescentes e avós incluídas no estudo, independente do grupo ao qual pertenciam, receberam as orientações e o atendimento de rotina do HCPA, que conta com equipe treinada em AM, bem como com três consultoras em amamentação para as quais são encaminhadas as mães com problemas na amamentação. Além disso, o hospital coloca à disposição das mães o pronto atendimento após a alta, realizado pelas mesmas consultoras durante o dia. Esse pronto atendimento também é realizado durante a noite pelo Banco de Leite e por meio do Disque Amamentação nas 24 horas, por profissionais treinados.

Nas visitas domiciliares, quando era detectado algum problema de saúde da mãe e/ou do bebê, era dada orientação para procurar atendimento em serviço de saúde utilizado pela família.

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

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA, conforme consta na Resolução do Projeto nº 02-389 (Anexo 1), e registrado no *ClinicalTrials.gov* sob o número NCT00910377.

6.10 Equipe de trabalho

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

- Orientadora: responsável pela orientação e supervisão de todas as etapas da pesquisa.
- Três alunos do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente: uma aluna de doutorado, responsável pela coordenação de campo, que realizou o acompanhamento e a supervisão da coleta de dados; e dois alunos de mestrado, responsáveis pela realização de uma parte das sessões de intervenção.
- Duas pesquisadoras contratadas: responsáveis pela realização de parte das sessões de intervenção.
- Oito auxiliares de pesquisa contratados: responsáveis pela coleta dos dados no seguimento.

6.11 Análise dos dados

Os programas epidemiológico e estatístico escolhidos pertencem ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA. O EPI-INFO (versão 3.5.1) foi utilizado para o cálculo amostral; o programa *Microsoft Excel* (versão 2007) foi empregado para o armazenamento dos dados,

tendo sido realizada dupla digitação e validação; o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 16.0) foi utilizado para a análise dos dados.

As análises se basearam no princípio da “intenção de tratar”. Inicialmente, foram comparadas as características dos sujeitos dos grupos controle e intervenção, utilizando o teste de qui-quadrado com correção de Yates. As curvas de sobrevida de Kaplan-Meier do AM nos primeiros 12 meses de vida da criança foram construídas para os diferentes grupos, sendo testada a diferença entre as curvas empregando o teste de log-rank. Para quantificar o impacto da intervenção no abandono do AM no primeiro ano, utilizou-se a regressão de Cox por meio da razão de densidade de incidência (*hazard-ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

6.12 Financiamento

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

7 REFERÊNCIAS

1. Amir LH, Donath SM. Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Austrália: evidence from three recent national health surveys. *Med JAust.* 2008; 189:254-6.
2. Aubel J, Touré I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Soc Sci Med.* 2004; 59:954-9.
3. Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. A randomized intervention trial to increase breastfeeding prevalence in southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 1994; 28:277-83.
4. Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: an ecological, multigeracional perspective. *Soc Sci Med.* 1999; 49:1085-100.
5. Betrán AP, Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ.* 2001; 323:303-6.

6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). 2009a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/csv/A152455189_6_181_103.csv> Acesso em: 17 mar. 11.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b. 300 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>> Acesso em: 20 dez. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf> Acesso em: 10 set. 2010.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno_2001.pdf> Acesso em: 14 mar. 2011.

11. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003; 93:1277-9.
12. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007; 24:CD001141.
13. Britton JH, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*. 2006; 118:1436-43.
14. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J*. 1999; 318:1316-20.
15. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83:241-6.
16. Chiaffarino F, Pelucchi C, Negri E, Parazzini F, Franceschi S, Talamini R, *et al*. Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population. *Gynecol Oncol*. 2005; 98:304-8.
17. Clemens JD, Stanton B, Stoll B, Shahid NS, Banu H, Chowdhury AK. Breast feeding as a determinant of severity in shigellosis: evidence for protection throughout the first three years of life in Bangladeshi children. *M J Epidemiol*. 1986; 123:710-20.

18. 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.
19. Creek TL, Kim A, Lu L, Bowen A, Masunge J, Arvelo W, *et al*. Hospitalization and mortality among primarily nonbreastfed children during a large outbreak of diarrhea and malnutrition in Botswana, 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 53:14-9.
20. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*. 2007; 18:517-23.
21. Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2009; 5:199-210.
22. Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19:236-43.
23. Durhand SB. Amamentação na adolescência: utopia ou realidade? *Adolescência & Saúde*. 2004; 1:12-6.
24. Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs: an exploratory study. *J Hum Lact*. 2003; 19:391-401.

25. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saude Publica*. 2003; 37:319-25.
26. Feldman-Winter L, Shaikh U. Adolescent mothers. *J Hum Lact*. 2007; 23:362-7.
27. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2007; 41:711-8.
28. Fuchs SC, Victora CG, Martines J. Case-control study of risk of dehydrating diarrhea in infants in vulnerable period after full breastfeeding weaning. *BMJ*. 1996; 313:391-4.
29. Fuchs SC, Victora CG. Risk and prognostic factors for diarrheal disease in Brazilian infants: a special case-control design application. *Cad. Saude Publica*. 2002; 18:773-82.
30. Gajalakshmi V, Mathew A, Brennan P, Rajan B, Kanimozhi VC, Matheus A, *et al*. Breastfeeding and breast cancer risk in India: a multicenter case-control study. *Int J Cancer*. 2009; 125:662-5.
31. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saude Publica*. 2002;18:153-61.
32. Gigante DP, Victora CG, Barros CF. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2000; 34:259-65.

33. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. 3 ed. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 219-31.
34. Giugliani ERJ, Santo LCE, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Earl Hum Dev.* 2008; 84: 305-10.
35. Goya A, Ferrari GF. Risk factors for morbidity and mortality due to pneumonia in children: a systematic review. *Rev Paul Pediatr.* 2005; 23:99-105.
36. Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth.* 2008; 35:329-35.
37. Gunderson EP, Jacobs DR, Chiang V, Lewis CE, Fenq J, Quesenberry CP, *et al.* Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). *Diabetes.* 2010; 59:495-504.
38. Horwood LJ, Fergusson MD. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics.* 1998; 101: E9.
39. Hoddnott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. *BMJ.* 2008; 336:881-7.
40. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health

Organization; 2007. Disponível em:

<http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/index.html>

Acesso em: jan. 2011.

41. Issler RMS, Giugliani ERJ, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 1990;10:141-5.
42. Jordan SJ, Siskind V, Green AC, Whiteman DC, Webb PM. Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control*. 2010; 21:109-16.
43. Kohler CMF. Vivências da adolescente no aleitamento materno e participação de sua mãe nesse processo [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. Disponível em: <[HTTP://hdl.handle.net/10183/6973](http://hdl.handle.net/10183/6973)> Acesso em: 10 mar. 2011.
44. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, *et al.* Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic Belarus. *JAMA*. 2001; 285:413-20.
45. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica*. 2000; 34:143-8.
46. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003; 3:305-14.

47. 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.
48. Moran VH, Dykes F, Burt S, Shuck C. Breastfeeding support for adolescent mothers: similarities and differences in the approach of midwives and qualified breastfeeding Supporters. *Int Breastfeed J.* 2006; 25:1:23. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/>> Acesso em: 15 mar. 2011.
49. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA.* 2002; 287:2365-71.
50. Muiño A, Menezes AMB, Reichert FF, Duquia RP, Chatkin M. Padrões de sibilância respiratória do nascimento até o início da adolescência: coorte de Pelotas (RS) Brasil, 1993-2004. *J Bras Pneumol.* 2008; 34:347-55.
51. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr (Rio J).* 2003; 79:7-12.
52. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Leal MC. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, município do Rio de Janeiro, 2007. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12:446-57.

53. Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, *et al.* Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003; 88:224-8.
54. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. São Paulo: OMS/UNICEF; 1997.
55. Pérez-Escamilla R. Breast-feeding patterns in nine Latin American and Caribbean Countries. *Bull Pan Am Health Organ.* 1993; 27:32-42.
56. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom millennium cohort study. *Pediatrics.* 2007; 119:837-42.
57. Réa MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(Sup.1):37-45.
58. Rodriguez MM, Rilo JCN, Fernández EB, Arias C, Fernández MR, Casado AP. Prevalencia y duración de la lactancia materna: influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp.* 2009; 24:213-7.
59. Rosenblatt KA, Thomas DB. Prolonged lactation and endometrial cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol.* 1995; 24:499-503.

60. Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev*. 2004; 20:150-7.
61. Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8:135-45.
62. Silva FC. Associação entre duração do aleitamento materno e distoclusão na dentição decídua [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
63. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14:199-206.
64. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saude Publica*. 2009; 43:60-9.
65. Siqueira RS, Monteiro CA. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. *Rev Saude Publica*. 2007; 41:5-12.
66. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre sa de materno-infantil e planejamento familiar 1986, PNSMIPF-Brasil. Rio de Janeiro: DHS; 1989.
67. 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.

68. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005; 294:2601-10.
69. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica*. 2005; 39:141-7.
70. The United States of America. Centers for Disease Control and Prevention. CDC National Immunization Survey. Breastfeeding among US children born 1999-2007(2007). Disponível em: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm> Acesso em: 3 fev. 2011.
71. UNICEF. Childinfo. Monitoring the Situation of Children and Women. Statistics by area/child nutrition: infant and young child feeding. Nov 2009. Disponível em: <http://www.childinfo.org/breastfeeding_iycf.php> Acesso em: 20 fev. 2011.
72. Van Odjik J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Deber GU, Hanson LA, *et al*. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003; 58:833-43.
73. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Réa MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002; 36:313-8.

74. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86:317-24.
75. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Lima RC. Breastfeeding and school achievement in brazilian adolescents. *Acta Paediatr.* 2005;94:1656-60.
76. Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2000; 29:282-94.
77. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000; 355:451-5.
78. Wijndaele K, Lakshman R, Landsbaugh JR, Ong KK, Ogilvie D. Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review. *J Am Diet Assoc.* 2009; 109:2017-28.
79. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290_eng.pdf> Acesso em: 14 jun. 2011.

80. 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.

8 ARTIGO ORIGINAL

**IMPACTO DO ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO NA
DURAÇÃO DESSA PRÁTICA:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO ENVOLVENDO MÃES
ADOLESCENTES E AVÓS**

Olga Claudino Bica

Elsa Regina Justo Giugliani

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto de uma estratégia de promoção do aleitamento materno, baseada em múltiplas sessões de aconselhamento em amamentação direcionadas a mães adolescentes e avós maternas, na duração dessa prática.

Método: Ensaio clínico randomizado em Porto Alegre-RS, de 2006 e 2009, envolvendo 323 mães adolescentes, alocadas para quatro grupos distintos: (1) adolescentes não coabitando com suas mães, sem intervenção; (2) adolescentes não coabitando com suas mães, com intervenção; (3) adolescentes coabitando com suas mães, sem intervenção; (4) adolescentes coabitando com suas mães, com intervenção direcionada a ambas. A intervenção consistiu de seis sessões de aconselhamento em amamentação, a primeira na maternidade e as demais aos sete, 15, 30, 60 e 120 dias no domicílio. As informações sobre as práticas alimentares das crianças foram coletadas, por telefone, mensalmente até os seis meses e aos oito, dez e 12 meses dos bebês. O impacto da intervenção foi avaliado comparando-se as curvas de sobrevida do aleitamento materno nos primeiros 12 meses de vida das crianças nos diferentes grupos, e a regressão de Cox estimou a magnitude do impacto.

Resultados: A comparação das curvas de sobrevida mostrou que a intervenção teve impacto significativo nas taxas de aleitamento materno apenas para o grupo em que a avó não residia junto com a mãe e a criança. Com a intervenção, o risco de desmame nos primeiros 12 meses foi 49% menor no grupo de adolescentes que não coabitavam com as avós (RDI=0,51; IC95% 0,30-0,85), e 26% menor (RDI=0,74; IC95% 0,47-1,16) no grupo das mães que coabitavam com as avós.

Conclusões: É possível aumentar significativamente a duração do aleitamento materno em mães adolescentes com sessões sistemáticas de aconselhamento em amamentação iniciadas na maternidade e mantidas nos domicílios. No entanto, a coabitação dessas mães com as avós maternas das crianças pode interferir negativamente nos resultados da intervenção, exigindo abordagem diferenciada.

Descritores: aleitamento materno; saúde da criança; relações familiares; comportamento do adolescente; cuidado da criança.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros seis meses.¹ Essa recomendação baseia-se nos inúmeros benefícios do AM descritos na literatura científica, para crianças^{2,3} e mães,^{4,5} bem como na preocupação com a saúde da população infantil, especialmente a das mais vulneráveis dos países menos desenvolvidos.⁶ Apesar de todos os benefícios, a duração do AM no Brasil ainda está muito aquém do recomendado. Em pesquisa de âmbito nacional realizada em 2008, a duração mediana do AM foi menor que um ano (346 dias).⁷

Algumas pesquisas apontam que mães mais jovens (idade inferior a 20 anos) têm um risco maior de desmamar precocemente seus filhos.^{8,9} Esse fato pode ser explicado por um conjunto de fatores comuns às mães adolescentes, tais como primiparidade¹⁰ e dependência emocional e financeira em relação à família, fragilizando suas chances de sucesso na amamentação. Na condição biopsicossocial característica dessas mães, o apoio familiar assume importância ainda maior.¹¹ Identificada como uma das pessoas que mais

atua junto à mãe adolescente, a mãe (avó materna da criança), com sua experiência e opinião pessoal, pode influenciar decisivamente as práticas alimentares de crianças pequenas.¹² Alguns estudos têm tentado dimensionar essa influência, porém, em sua maioria, eles são descritivos.¹³

Considerando a importância da manutenção do AM por dois anos ou mais, como recomenda a OMS, o maior risco de mães adolescentes não cumprirem com essa recomendação, a influência que a avó materna exerce na alimentação infantil e, ainda, a ausência de estudos de intervenção pró-aleitamento materno direcionados a mães adolescentes e avós maternas, o presente estudo tem o objetivo de avaliar o impacto de uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM, baseada em múltiplas sessões de aconselhamento direcionadas a mães adolescentes e a avós maternas, na duração do AM.

MÉTODOS

Realizou-se um ensaio clínico randomizado envolvendo mães adolescentes, seus bebês e mães (avós maternas), quando residiam no mesmo domicílio, atendidos na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Credenciado como “Hospital Amigo da Criança”, o HCPA realiza aproximadamente 3.500 partos ao ano. A população assistida pelo hospital é, na sua maioria, de baixo nível socioeconômico, usuária do sistema público de saúde brasileiro.

Durante o planejamento da intervenção, foram realizadas conversas com mães adolescentes e avós maternas para conhecer melhor o público alvo da pesquisa e, assim, direcionar a intervenção ao atendimento de seus interesses e necessidades. Posteriormente,

foi realizado estudo piloto com 20 mães para testar a logística do estudo e os instrumentos de coleta de dados, tendo depois sido realizadas as alterações julgadas pertinentes.

A amostra foi recrutada diariamente, no período de maio de 2006 a janeiro de 2008, na unidade de internação obstétrica do HCPA. Os critérios de elegibilidade para a entrada das mães no estudo foram os seguintes: ter idade inferior a 20 anos, residir no município de Porto Alegre, estar em alojamento conjunto com os seus recém-nascidos, ter recém-nascidos não gemelares e com peso de nascimento igual ou superior a 2.500 g, ter iniciado a amamentação e não coabitar com a avó paterna da criança.

As mães adolescentes e as avós maternas identificadas, após concordarem em participar da pesquisa e assinarem termo de consentimento livre e esclarecido, foram entrevistadas para a obtenção de dados sociodemográficos e os relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação.

As mães adolescentes eram classificadas em dois grupos, segundo a coabitação ou não com as avós maternas das crianças. Esses dois grupos, por sua vez, foram subdivididos de acordo com a exposição ou não à intervenção. Assim, formaram-se quatro grupos com a seguinte constituição: (1) adolescentes não coabitando com suas mães, sem intervenção; (2) adolescentes não coabitando com suas mães, com intervenção; (3) adolescentes coabitando com suas mães, sem intervenção; (4) adolescentes coabitando com suas mães, com intervenção direcionada a ambas. A alocação para os grupos foi feita por sorteio aleatório, em blocos de dois, utilizando-se duas esferas de mesma textura e dimensão com os dizeres “sim” (intervenção) e “não” (controle), que eram retiradas de um invólucro de coloração escura, de modo a impedir sua identificação. Quando as mães e as avós

coabitavam, ambas eram submetidas à intervenção; caso contrário, somente a mãe recebia a intervenção.

A primeira sessão da intervenção era realizada na maternidade, entre 24 e 72 horas após o parto, realizadas separadamente para as mães e para as avós, e as demais no domicílio das mães, aos sete, 15, 30, 60 e 120 dias. As sessões de aconselhamento em amamentação (seis no total) seguiam os princípios preconizados pela OMS,¹⁵ e eram conduzidas por um membro da equipe constituída por duas enfermeiras, uma nutricionista e um pediatra, todos com ampla experiência em AM, três dos quais consultores em lactação pelo *International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)*.

As informações sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida foram obtidas mensalmente nos primeiros seis meses e aos oito, dez e 12 meses, por meio de entrevistas telefônicas com as mães ou, na impossibilidade de contato telefônico, por meio de visitas domiciliares. Os entrevistadores eram cegos quanto ao grupo ao qual pertenciam as mães. A qualidade das informações coletadas foi checada em 5% da amostra, por meio de entrevistas telefônicas contendo algumas perguntas-chave do questionário de seguimento.

Nas sessões de aconselhamento, o profissional incentivava a mãe (e a avó, quando era o caso) a externar suas opiniões, vivências e crenças, por meio de diálogos que abordavam alguns aspectos relevantes da amamentação, tais como importância e duração do AM, frequência e duração das mamadas, fatores que interferem na produção de leite, técnica de amamentação, consequências do uso de chupeta e mamadeira, choro e comunicação do bebê. Outros tópicos não constantes no roteiro também eram abordados, de acordo com a vivência e os questionamentos de cada mãe e avó. Sempre que possível,

as mães eram encorajadas a amamentar durante a intervenção, aproveitando-se a oportunidade para observar a mamada e reforçar orientações quanto ao posicionamento e à pega.

A intervenção para as avós, na maternidade, era semelhante à intervenção direcionada às mães; contudo, tópicos adicionais foram incluídos, levando em consideração o papel das avós no apoio e incentivo à amamentação.

Como material de apoio, foram utilizados álbuns seriados especialmente elaborados para a pesquisa (um preparado para a mãe adolescente e outro para a avó), contendo informações gerais sobre amamentação e sobre prevenção e manejo dos problemas mais comuns. Uma cartilha com conteúdo semelhante ao do álbum seriado foi distribuída ao final do aconselhamento na maternidade; nela, havia espaços para colocar fotos do bebê obtidas pelos profissionais e que eram apresentadas às mães nas visitas subsequentes.

Nos domicílios, as mães e as avós, quando coabitavam, recebiam sessões conjuntas de aconselhamento. Nessas sessões, discutiam-se as dificuldades enfrentadas na amamentação e seu manejo, bem como se reforçavam as mensagens repassadas no aconselhamento na maternidade. Aos 120 dias, a intervenção abordava também a alimentação complementar, de acordo com as diretrizes do Guia de Alimentação para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos.¹⁶

As análises estatísticas basearam-se no princípio da “intenção de tratar”. Inicialmente, foram comparadas as características dos sujeitos dos grupos controle e intervenção utilizando o teste de qui-quadrado com correção de Yates. A duração do AM foi avaliada por meio de curvas de sobrevida do AM (Kaplan-Meier), sendo testada a

diferença entre as curvas pelo teste de long-rank. Para quantificar o impacto da intervenção na manutenção do AM no primeiro ano de vida, empregou-se a regressão de Cox por meio da razão de densidade de incidência (RDI) (*hazard-ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

Na avaliação do desfecho, a amostra (n=260) permitiu, com poder de 80%, detectar diferenças de pelo menos 18 pontos percentuais entre os grupos expostos e os não expostos à intervenção, adotando-se os seguintes parâmetros: $\alpha=5\%$; relação expostos/não expostos=1:1; e prevalência do AM aos 12 meses no grupo não exposto à intervenção=40%.¹⁷

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e registrada no *ClinicalTrials.gov* sob o número NCT00910377.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta a composição amostral envolvida no ensaio clínico desde o recrutamento até a última avaliação do desfecho, aos 12 meses de vida da criança. Das 342 mães adolescentes elegíveis para o estudo, 19 (5,6%) não foram incluídas por recusa em participar. Após a randomização, houve 63 perdas ao longo do estudo (intervenção: n=27/163 - 17,6%; controles: 36/160 - 22,5%).

A Tabela descreve algumas características das mães adolescentes, de seus bebês e das avós incluídas no estudo. Houve homogeneidade na distribuição das características

básicas entre os componentes dos grupos controle e intervenção ($p > 0,05$ para todas as características testadas).

A Figura 2 apresenta as curvas de Kaplan-Meier do AM nos primeiros 12 meses de vida das crianças, para o grupo que não coabitava com as avós (curvas A e B) e para o grupo que coabitava com as avós (curvas C e D). Houve diferença significativa entre as curvas A e B ($p = 0,009$), mas não entre as curvas C e D ($p = 0,182$), o que indica que a intervenção teve impacto significativo nas taxas de AM apenas para o grupo em que a avó não residia junto com a mãe e a criança. A probabilidade de as crianças estarem sendo amamentadas aos 12 meses nos grupos que não coabitavam com as avós maternas foi de 38% (controle) e 62% (intervenção), configurando uma diferença de 24 pontos percentuais. Nos grupos em que havia coabitação com as avós, essa diferença foi de 8% (41% *versus* 49%, respectivamente).

O cálculo da RDI mostrou que, com a intervenção, o risco de desmame nos primeiros 12 meses de vida foi 49% menor no grupo de adolescentes que não coabitavam com as avós (HR=0,51; IC95% 0,30-0,85); no grupo das mães que coabitavam com as avós, o risco foi 26% menor (HR=0,74; IC95% 0,47-1,16).

DISCUSSÃO

Com os resultados do presente estudo, pode-se chegar a duas principais conclusões: as mães adolescentes são suscetíveis a mudanças no sentido de adotar práticas mais saudáveis de alimentação de seus filhos, como aumentar a duração do AM, quando submetidas a intervenções como a testada; e a coabitação das mães adolescentes com suas mães deve ser levada em consideração na elaboração dessas intervenções.

Apesar de não terem sido encontradas na literatura científica pesquisas passíveis de comparação com o presente estudo, cabe citar um ensaio clínico randomizado conduzido no Canadá, que selecionou e treinou mães adolescentes com experiência prévia em amamentação para prestar apoio ao AM a outras mães adolescentes por meio de orientações telefônicas.¹⁸ A intervenção foi eficaz em aumentar o tempo de AM exclusivo, mas não a duração do AM. Além de avaliarem populações distintas, esse e o presente estudo diferem quanto ao modo de abordagem (telefone *versus* presencial) e às características das pessoas que conduziam as intervenções (mães adolescentes *versus* profissionais qualificados).

Contrariando as expectativas, a presente intervenção, que se mostrou bem sucedida entre as mães adolescentes que não coabitavam com suas mães, não teve impacto significativo nas frequências de AM no primeiro ano de vida quando a avó materna da criança residia no mesmo domicílio e era incluída na intervenção. O planejamento de incluir as avós na intervenção a ser testada baseou-se em evidências, na população estudada, de que elas poderiam influenciar negativamente a amamentação. Um estudo envolvendo mães de todas as idades constatou que o contato diário com a avó materna foi fator de risco para desmame antes dos seis meses de idade da criança¹⁹. Outro trabalho identificou, entre os fatores de risco para introdução de água e/ou chás no primeiro mês de vida, a coabitação com a avó materna.²⁰ Portanto, era de se esperar que as crianças do grupo controle que coabitavam com as avós tivessem menor chance de estarem sendo amamentadas no final do primeiro ano de vida quando comparadas com as que não coabitavam com as avós. Mas os resultados deste estudo não confirmaram essa expectativa, pois as prevalências de AM aos 12 meses nos dois grupos controles (com e sem coabitação com a avó materna) foram semelhantes (41% e 38%, respectivamente). O resultado mais surpreendente, no entanto, foi o achado de que o impacto da intervenção só

foi significativo no grupo em que não havia coabitação com as avós. Isso indica que a intervenção conseguiu modificar significativamente o comportamento das mães adolescentes relacionado à manutenção do AM de seus filhos, mas somente naquelas que não residem com as suas mães; no entanto, a intervenção não foi suficiente para modificar os fatores envolvidos na ausência de impacto significativo quando há coabitação com as avós. É provável que a intervenção não tenha conseguido as mudanças necessárias nas avós para que elas influenciassem mais positivamente na manutenção do AM em suas filhas. Mas é possível também que as mães adolescentes que residem com as suas mães deleguem a elas parte do seu papel de mãe, ficando mais livres para dedicarem-se a outras atividades, com possível repercussão na duração do AM. O desenho do estudo não permite verificar o impacto da intervenção caso a mãe adolescente coabitasse com sua mãe, e somente ela recebesse a intervenção. Esse modelo não foi planejado, por considerarmos que, na prática, seria inviável e deslegante oferecer a intervenção no domicílio excluindo as avós quando residissem no local, tal o envolvimento que elas costumam ter nos cuidados com as crianças, sobretudo de mães adolescentes.

Um aspecto que merece ser destacado é o fato de o efeito da intervenção com mães adolescentes que não coabitam com suas mães aumentar com a idade da criança, expresso pelo distanciamento das curvas de sobrevivência do AM dos grupos controle e intervenção à medida que a idade da criança progride. Esse resultado é surpreendente, se considerarmos que as sessões de intervenção eram interrompidas quando a criança atingia quatro meses. É provável que algumas mudanças na alimentação das crianças nos primeiros quatro meses nesse grupo de mães, induzidas pela intervenção, tenham contribuído para esse fenômeno. Fala a favor dessa hipótese a observação de que a intervenção postergou o início da introdução de água e/ou chás por 44 dias²¹ e a de outros leites por quase 60 dias, além de

ter adiado a introdução dos alimentos complementares, resultando em redução do risco de não praticar o AM exclusivo nos primeiros seis meses em 48% nessa coorte.²²

O maior mérito deste estudo é o seu ineditismo, haja vista não haverem sido encontrados outros estudos que tivessem testado estratégias para aumentar a duração do AM em mães adolescentes, que incluíssem as avós maternas quando residiam no mesmo domicílio. Se, por um lado, o estudo trouxe novos conhecimentos, por outro, trouxe novos questionamentos, tais como quais os fatores que diminuem significativamente a eficácia da intervenção quando a mãe adolescente coabita com sua mãe. Conhecer esses fatores contribuiria na elaboração de estratégias mais eficazes de promoção do aleitamento materno junto às avós e, conseqüentemente, entre as mães adolescentes.

É necessário cautela na generalização dos resultados deste estudo, uma vez que a pesquisa foi feita em uma única população e constitui um estudo de eficácia. São necessários estudos em distintas populações e que avaliem o impacto desta intervenção no contexto da prática clínica. No Brasil, essa intervenção poderia ser incorporada às atividades que já são rotineiramente desempenhadas pelos profissionais de saúde. A quase totalidade dos partos (98%) é realizada em hospitais, e visitas domiciliares são realizadas de rotina por profissionais da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde²³ e também por voluntários de organizações não-governamentais, como a Pastoral da Criança.

Concluindo, este estudo mostrou ser possível aumentar significativamente a duração do AM em mães adolescentes, um grupo considerado vulnerável ao desmame precoce, com sessões sistemáticas de aconselhamento em amamentação iniciadas na maternidade e mantidas nos domicílios. No entanto, quando as avós maternas estão

presentes no cotidiano dessas mães, a abordagem deve ser diferenciada. Considerando-se a frequência da coabitação das mães adolescentes com suas mães e a inevitável influência que elas exercem nos cuidados com a criança, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias efetivas para modificar os fatores que possam comprometer a continuidade do AM nessa situação. Já há estudos demonstrando que as avós querem ser úteis e manifestam desejo de atualizar seus conhecimentos relacionados à prática do AM.¹³ O desafio que se impõe é elaborar estratégias que correspondam às expectativas dessa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290_eng.pdf> Acesso em: 14 jun. 2011.
2. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Impact estimates of breastfeeding over infant mortality. *Rev Saude Publica*. 2003; 37:319-25.
3. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Gunderson EP, Jacobs DR, Chiang V, Lewis CE, Fenq J, Quesenberry CP, *et al*. Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). *Diabetes*. 2010; 59:495-504.

5. Jordan SJ, Siskind V, Green AC, Whiteman DC, Webb PM. Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control*. 2010; 21:109-16.
6. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362:65-71.
7. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86: 317-24.
8. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83:241-6.
9. Wijndaele K, Lakshman R, Landsbaugh JR, Ong KK, Ogilvie D. Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109:2017-28.
10. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Réa MF, Monteiro CA. Frequency and determinants of breastfeeding in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2002; 36:313-8.
11. Durhand SB. Amamentação na adolescência: utopia ou realidade? *Adolescência & Saúde*. 2004; 1:12-6.
12. Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: an ecological, multigeracional perspective. *Soc Sci Med*. 1999; 49:1085-100.
13. Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth*. 2008; 35:329-35.

14. Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8:135-45.
15. World Health Organization. *Infant and young child feeding counselling: an integrated course*. Geneva: World Health Organization; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno_2001.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2011.
18. 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.
19. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica*. 2005; 39:141-7.
20. Giugliani ERJ, Santo LCE, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev*. 2008, 84:305-10.
21. Nunes LM, Giugliani ER, Espírito Santo LC, Oliveria LD. Reduction of unnecessary intake of water and herbal teas on breastfed infants: a randomized clinical trial with adolescent and grandmothers. *J Adol Health*. In press.

22. Oliveira LD, Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, Nunes LM. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first six months of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum Develop.* In press.
23. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). 2009 Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/csv/A152455189_6_181_103.csv Acesso em: 17 mar. 11.

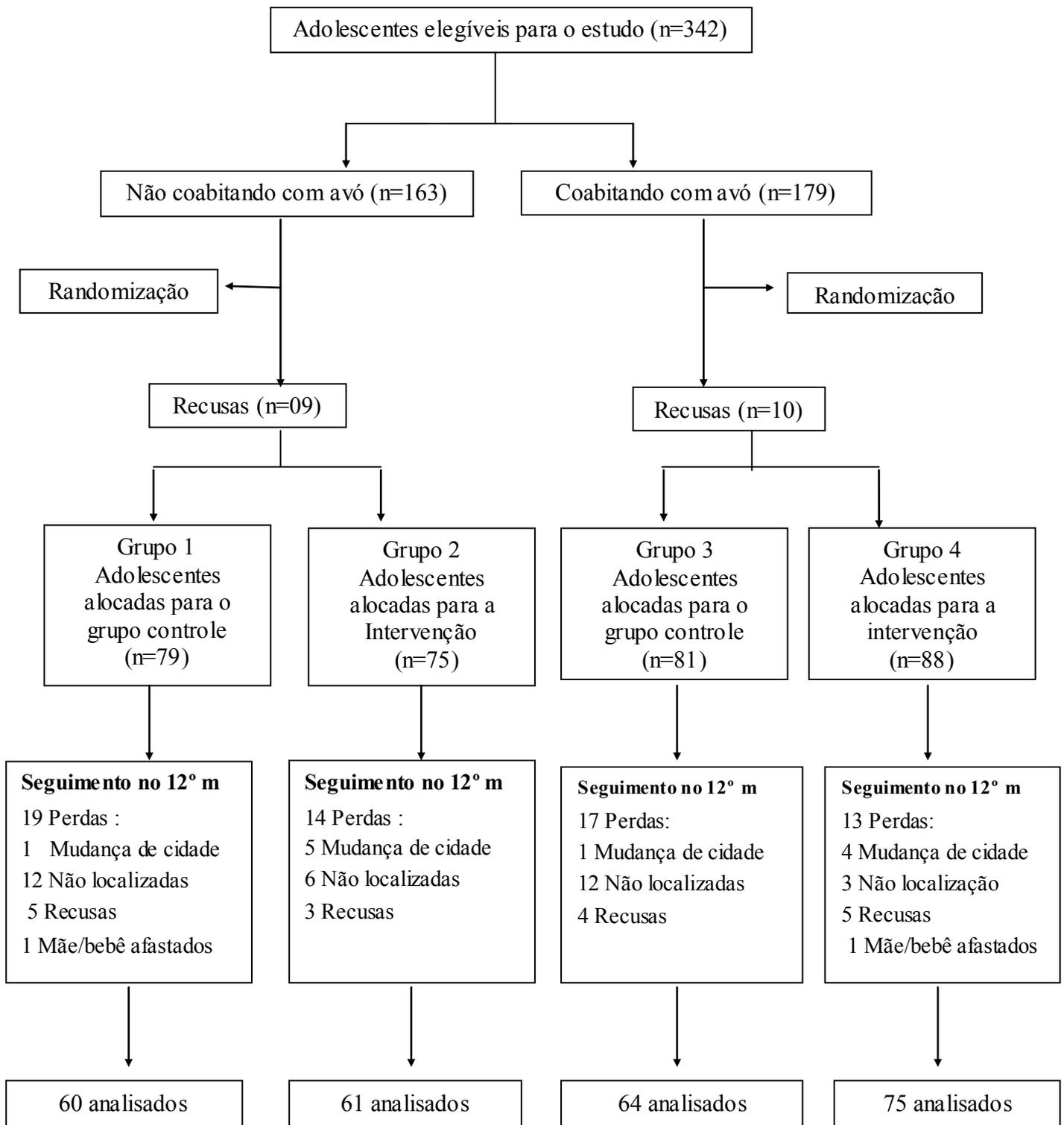


Figura 1 – Distribuição esquemática da população do estudo

Tabela - Características das mães adolescentes, seus bebês e avós*

Características das adolescentes e bebês	Intervenção (n=163)	Controle (n=160)	Total (n= 323)
Idade média ± DP (anos)	17,4 (1,5)	17,5 (1,4)	17,5 (1,5)
Cor da pele branca: n (%)	104 (63,8)	99 (61,9)	203 (62,8)
Escolaridade ≥ 8 anos: n (%)	44 (27,0)	37 (23,1)	81 (25,0)
Tabagismo na gestação: n (%)	48 (29,4)	56 (35,0)	104 (32,2)
Morando com companheiro: n (%)	102 (62,6)	100 (62,5)	202 (62,5)
≥7 consultas pré-natais: n (%)	106 (65,0)	97 (60,6)	203 (62,8)
Primiparidade: n (%)	141 (86,5)	135 (84,4)	276 (85,4)
Parto vaginal: n (%)	120 (73,6)	121 (75,6)	241 (74,6)
Bebê do sexo masculino: n (%)	76 (46,6)	88 (55,0)	164 (50,8)
Peso de nascimento do bebê: média± DP (g)	3280,5 (406,9)	3205,9 (398,0)	3.243,5 (402,5)
Relato de orientações sobre AM nas consultas pré-natais: n (%)	61 (37,4)	64 (40,0)	125 (38,7)
Amamentação filhos anteriores por ≥ 6 meses**: n (%)	13 /22 (59,0)	11/25 (44,0)	24 /47 (51,6)
Características das avós maternas	Intervenção (n=88)	Controle (n=81)	Total (n= 169)
Idade média ± DP (anos)	43,9 (7,4)	45,1 (8,4)	44,4 (7,8)
Número de filhos nascidos vivos: média ± DP	3,8 (1,9)	4,1 (2,1)	3,9 (2,0)
Trabalho fora: n (%)	51 (57,9)	56 (69,1)	107 (63,3)
Morando com companheiro: n (%)	53 (60,2)	47 (58,8)	100 (59,2)
Escolaridade ≥ 8 anos: n (%)	21 (24,1)	13 (16,5)	34 (20,1)
Tempo de amamentação da filha adolescente: mediana (P25-P75) (meses)	8 (3-33)	6 (3-32)	6 (3-24)

* p>0.05 para todas as variáveis

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

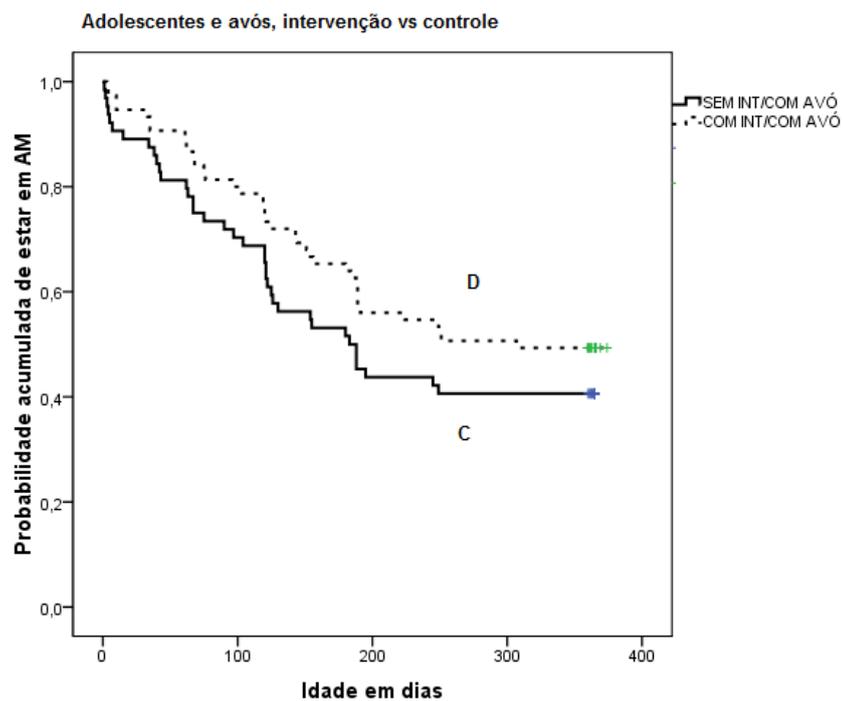
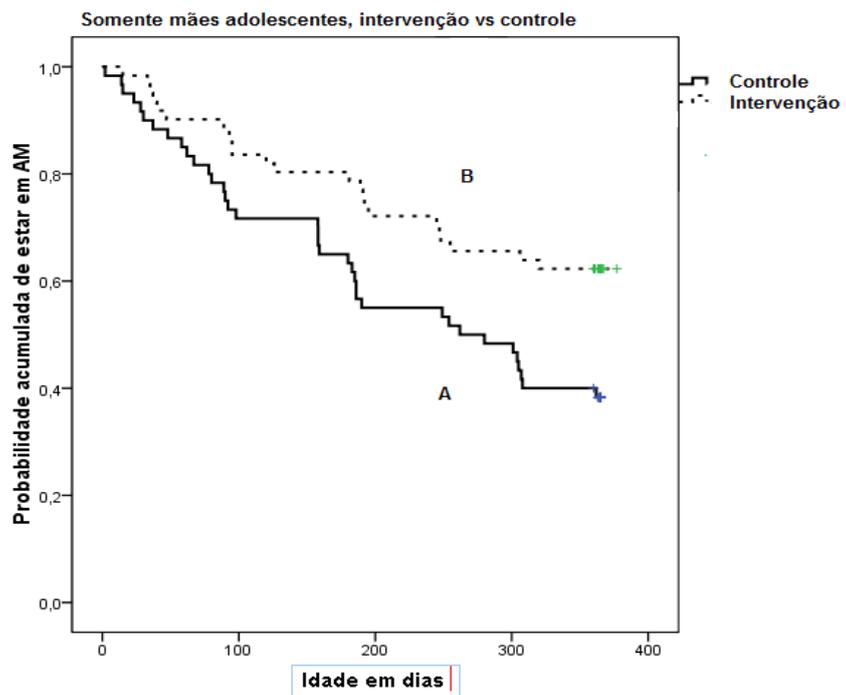


Figura 2 - Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier do aleitamento materno nos primeiros 12 meses de vida para o grupo de mães adolescentes sem coabitação com avós maternas (A = controle; B = intervenção) e grupo de mães coabitando com avós maternas (C = controle; D = intervenção)

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A última pesquisa nacional de prevalência de AM nas capitais brasileiras e DF (Brasil, 2009c) demonstrou que a evolução na mediana da duração do AM tem sido muito lenta, fato que evidencia a necessidade da implementação de novas estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM. Apesar do esforço do governo, de profissionais de saúde e da sociedade civil organizada, a promoção do AM carece de estratégias que demonstrem maior efetividade, especialmente sobre as populações mais vulneráveis, tais como as mães adolescentes.

A recomendação de AM até os dois anos ou mais acarreta uma série de benefícios para a saúde física, mental e emocional da população de crianças e mães, especialmente das classes menos favorecidas, maior parte das mães adolescentes brasileiras, que utilizam o sistema público de saúde. No Brasil, nascem todos os anos quase três milhões de crianças, sendo aproximadamente 22% delas filhos de mães adolescentes (BRASIL, 2009a). Esses dados podem nos dar a noção do impacto de estratégias efetivas de incentivo ao AM nessa população.

Para que o AM seja bem sucedido, a mãe precisa superar as eventuais dificuldades iniciais de adaptação à maternidade e à amamentação, que facilmente sabotam seus esforços, evidenciando a necessidade de apoio de profissionais de saúde e familiares. Esse apoio é

essencial para que elas consigam superar com êxito essa fase de aprendizado, especialmente em se tratando de mães adolescentes. As avós maternas constituem-se, via de regra, o principal apoio para essas mães desde a gestação. Essas avós necessitam ser preparadas para oferecer o apoio adequado, a fim de favorecer a amamentação. Essa necessidade motivou este trabalho.

Nosso estudo é o primeiro a evidenciar a eficácia de um programa de repetidas sessões de aconselhamento na manutenção do AM por 12 meses ou mais em mães adolescentes, na sua maioria primíparas, e, em grande parte, sob a influência das avós maternas dos bebês. O impacto foi bastante expressivo, colocando-se como uma estratégia que poderia ser implementada pela rede pública de saúde.

No Brasil, essa estratégia poderia ser implementada com a rede de serviços de saúde já instituída, pois 98% dos partos são hospitalares e a Estratégia de Saúde da Família, que consegue atingir 51% da população nacional, prevê visitas domiciliares. Poderia também ser incorporada no trabalho dos agentes comunitários de saúde, que atinge 61% da população, e de algumas organizações não governamentais, dentre elas a Pastoral da Criança (BRASIL, 2009a).

Consideramos que o maior mérito desta pesquisa foi demonstrar o quanto podemos fazer diferença nessa população. No entanto para a generalização dos resultados, são necessárias novas pesquisas em condições habituais (estudos de efetividade) e em outras populações, visto ter sido esta pesquisa realizada em apenas um município e em condições especiais.

Concluindo, este estudo apontou que a atuação junto às mães e avós de maneira cada vez mais próxima, sensível às suas necessidades, respeitando a sua história e experiência de vida e valorizando os seus saberes, torna possível influenciá-las positivamente na adoção de práticas mais saudáveis de alimentação infantil.

10 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()
<p>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p>Grupo: (1) adolescente SEM avó SEM intervenção; (2) adolescente SEM avó COM intervenção; (3) adolescente COM avó SEM intervenção; (4) adolescente COM avó COM intervenção</p> <p>01. Data de nascimento do bebê: ___/___/___</p> <p>02. Tipo de parto: (1) parto vaginal (2) cesárea</p> <p>Sexo do bebê: (1) masculino (2) feminino</p> <p>04. Peso de nascimento do bebê: _____ g</p> <p>05. Cor da mãe: (1) branca (2) mista (3) preta (4) outras</p> <p>06. Idade da mãe: _____ anos</p> <p>07. Idade do pai do bebê: ___ anos (77) não sabe</p> <p>08. Você tem companheiro ou namorado? (1) sim (2) não</p> <p>09. Ele é o pai do seu bebê? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>10. Você mora com ele? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>11. Há quanto tempo você estava com o pai do seu bebê quando engravidou? _____(meses) (anos)</p> <p>(000) <1 mês (555) não estava com ele (777) não sabe</p> <p>12. Renda familiar: R\$ _____ (77) não sabe/não informou</p> <p>13. Número de pessoas que vivem com esta renda: _____</p> <p>14. Renda per capita: Salários mínimos: _____(88) NSA</p> <p>15. Quantos anos completos de estudo você tem? _____</p> <p>16. Você estudava quando engravidou? (1) sim (2) não</p> <p>17. Se estudava, continuou com os estudos durante a gravidez?</p> <p>sim (2) não (8) NSA</p> <p>18. Se parou, pretende voltar a estudar? (1) sim (2) não (8)NSA</p> <p>19. Você trabalhava fora quando engravidou? (1) sim (2) não</p> <p>20. Se sim, continuou o trabalho durante a gravidez?</p> <p>sim (2) não (8) NSA</p> <p>24. Se parou, pretende voltar a trabalhar? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>25. Você fumou na gravidez? (1) sim (2) não</p> <p>26. Se sim, quantos cigarros por dia?</p> <p>até 5 cigarros por dia (2) 6 a 10 cigarros por dia</p> <p>11 a 20 cigarros por dia (4) mais de 20 cigarros por dia</p> <p>(8) NSA</p> <p>25. Se você fumava, parou durante a gravidez?</p> <p>sim (2) não (8) NSA</p> <p>Se parou durante a gravidez, com quantos meses você estava?</p>		<p>GRUPOM <input type="checkbox"/></p> <p>DNBBM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PARTOM <input type="checkbox"/></p> <p>SEXOBM <input type="checkbox"/></p> <p>PESOBM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CORM <input type="checkbox"/></p> <p>IDADEM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IDADEPM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COMP <input type="checkbox"/></p> <p>PAIBM <input type="checkbox"/></p> <p>MORPAIM <input type="checkbox"/></p> <p>QTEMPM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>RENDEM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PESSOAM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>REDPCM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ESTUDM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>EGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>CONTESM <input type="checkbox"/></p> <p>PRETESM <input type="checkbox"/></p> <p>TRBGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>CONTRBM <input type="checkbox"/></p> <p>PRETRBM <input type="checkbox"/></p> <p>FUMGRVM <input type="checkbox"/></p> <p>NCIGARM <input type="checkbox"/></p> <p>PARFUM <input type="checkbox"/></p> <p>MESFUM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MAEVVM <input type="checkbox"/></p>

<p>_____meses (88) NSA</p> <p>26. Você tem mãe viva? sim, biológica (2) sim, não biológica (3) não</p> <p>27. Você mora com ela? 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 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 depois que soube da gravidez 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? diariamente (2) 2 a 3 vezes por semana 1 vez por semana (4) 1 vez a cada 15 dias 1 vez por mês (6) Menos de uma vez por mês 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>MORAM <input type="checkbox"/></p> <p>VEMAEM <input type="checkbox"/></p> <p>QDMORM <input type="checkbox"/></p> <p>SOGRVIM <input type="checkbox"/> VESOGRM <input type="checkbox"/></p> <p>AJDAVM <input type="checkbox"/></p>
<p><u>DADOS DO PRÉ-NATAL</u></p> <p>33. A sua gravidez foi planejada? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>34. Você pensou alguma vez em abortar nessa gravidez? sim (2) não (3) não sabe</p> <p>35. A gravidez foi aceita pelo pai do bebê? (1) sim (2) não 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? 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? sim (2) não (8) NSA</p> <p>45. A sua mãe assistiu o nascimento do bebê? (1) sim (2) não</p>	<p>GRVPLAM <input type="checkbox"/> ABORTM <input type="checkbox"/></p> <p>GRVPAIM <input type="checkbox"/></p> <p>PRENATM <input type="checkbox"/> CONPNAM <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ORIAM <input type="checkbox"/></p> <p>CURSOM <input type="checkbox"/></p> <p>MAEPNM <input type="checkbox"/></p> <p>COPPNM <input type="checkbox"/></p> <p>SOGRAPM <input type="checkbox"/></p> <p>PESPNM <input type="checkbox"/> QUEPNM _____</p> <p>MAEPARM <input type="checkbox"/></p> <p>MAENASM <input type="checkbox"/></p>

<p>DADOS ALEITAMENTO MATERNO</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) > 1 mês</p> <p>50. Você pretende amamentar este bebê? (1) sim (2) não 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? 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? 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? 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? sim (2) não (3) não sabe</p> <p>61. Se sim, quando pretende iniciar? _____ dias (888) NSA</p> <p>62. Você se preocupa pensando que a amamentação pode mudar a estética (aparência) das mamas? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>63. Se sim, que mudança pode ocorrer? _____</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> <p>APMAMAS <input type="checkbox"/></p> <p>QMUDM _____</p>
<p>USO DE BICO/ MAMADEIRA</p> <p>64. Você tem bico em casa? (1) sim (2) não (3) não sabe</p> <p>65. Você pretende dar bico para o bebê? sim (2) não (3) não sabe</p> <p>66. Você vê algum problema em dar bico para o bebê enquanto ele estiver mamando no peito? sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe</p> <p>67. Você tem mamadeira em casa? (1) sim (2) não</p> <p>68. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto o bebê estiver mamando no peito? (1) sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe</p>	<p>BICOM <input type="checkbox"/></p> <p>PRTBICM <input type="checkbox"/></p> <p>PRBICM <input type="checkbox"/></p> <p>QPRBM _____</p> <p>MAMADM <input type="checkbox"/></p> <p>PRBMADM <input type="checkbox"/></p> <p>QPRBMDM _____</p>

Data da entrevista: Entrevistador

Entrevistadores:

Cléa

Leandro

Lília

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

Idade da avó: _____ anos

Situação marital: (1) mora com companheiro
não mora c/ companheiro (3) s/ companheiro

03. O seu companheiro é o pai de sua filha? (1) sim (2) não
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?

sim, ____ dias na semana (2) sim, turno integral

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?

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

17. Pouco leite/não tinha leite (1) sim (2) não (8) NSA

18. Outro. (1) sim (2) não (8) NSA Especificar _____

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:

20. Água antes dos 6 meses de vida?

sim (2) não (3) não sabe

21. Se sim, quando iniciou? _____ dias (888) NSA

(777) não sabe/ não lembra

GRUPOV

IDADEV

COMPV

PAIV

RENDV

PESSV

PCV

ESTUDV

TRABV

DIASV _____

FILHVIV

AMV

AMMV

TPAMV

FISSUV

INGURV

MASTV

LTFRCV

PCLTV

OTPRBV

PROBV _____

AMFILHV

AGUAV

INAGV

CHAV

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

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

USO DE BICO/ MAMADEIRA	
43. A senhora acha bom que o seu neto(a) chupe bico? sim (2) não (3) não sabe	NTBICV <input type="checkbox"/>
44. Se sim, por que? (1) acalmar (2) dormir (3) é costume/bonito não sabe (5) outros (8) NSA	PQBCV <input type="checkbox"/>
45. A senhora vê algum problema em o bebê chupar bico? sim/ Qual? _____ (2) não (3) não sabe	PRBCV <input type="checkbox"/> QPRBV _____
46. Sua filha chupou bico? (1) sim (2) não	BICFLHV <input type="checkbox"/>
47. Se sua filha chupou bico: Quando começou? _____ dias (777) não sabe Quando parou? _____ meses (777) não sabe	IBICOV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PBICOV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48. 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: Entrevistador

Entrevistadores:

Cléa

Leandro

Lília

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:

1. Idade do bebê em dias: _____	IDBB1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. O seu bebê mama no peito? (1) sim (2) não	BBMA1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Se sim, quantas vezes ao dia? _____ (00) não (88) NSA	QTVZ1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Se sim, tem horários certos para mamar? sim (2) não (3) não sabe (8) NSA	HORAM1 <input type="checkbox"/>
5. O seu bebê recebe: Água _____ vezes/ dia (00) não	AGUA1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Motivo da introdução: _____	QDAG1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	RECAG1 <input type="checkbox"/>
8. Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde (2) a avó materna (6) outros/ especificar _____ (3) a avó paterna (8) NSA o companheiro	CHA1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09. Chá _____ vezes/ dia (00) não (99) menos de 1x/dia	QDCH1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Motivo da introdução: _____	RECCH1 <input type="checkbox"/>
11. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	SUCO1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (5) algum profissional da saúde (2) a avó materna (6) outros/ especificar _____ (3) a avó paterna (8) NSA o companheiro	TSUCO1 <input type="checkbox"/>
13. Suco de frutas _____ vezes/ dia (00) não	QDSC1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tipo de suco utilizado:	RECSC1 <input type="checkbox"/>
14. Natural (1) sim (2) não (8) NSA	LEITE1 <input type="checkbox"/>
15. Concentrado – garrafa ou polpa (1) sim (2) não (8) NSA	
16. Diluído – caixinha (1) sim (2) não (8) NSA	
17. Artificial – pó/ xarope (1) sim (2) não (8) NSA	
18. Motivo da introdução: _____	
19. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	
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 o companheiro	
21. Leite _____ vezes/ dia (00) não	

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 o companheiro	RECLT1 <input type="checkbox"/>
Tipo de leite utilizado: 25. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Bebelac, Aptamil... sim (2) não (8) NSA	LEITES1 <input type="checkbox"/>
26. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê... 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... 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 Mucilon	FARIN1 <input type="checkbox"/>
33. Motivo da introdução: _____	
34. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QDLTGT1 <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 o companheiro	RECLGT1 <input type="checkbox"/>
36. Quem, na maioria das vezes dá o leite para o bebê? 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 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (aipim, batata-doce, batata-inglesa, cará...) +que 5x sema na (7) menos de 1x/semana (8) NSA	TUBER1 <input type="checkbox"/>
Quais?	
40. Verduras (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (folhas, tomate, moranga, cenoura, espinafre, beterraba brócolis...) +que 5x sema na (7) menos de 1x/semana (8) NSA	VERD1 <input type="checkbox"/>
Quais?	

41. Frutas Quais?	(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) Quais?	(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) Quais?	(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...) Quais?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) +que 5x sema na	(7) menos de 1x/semana	(8) NSA	CARNE1 <input type="checkbox"/>
45. Ovos Quais?	(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...) Quais?	(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: oferece a mesma comida mais tarde espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (8) NSA substitui por mamadeira substitui por outro alimento/ especificar _____	RECUSA1 <input type="checkbox"/>
Como você oferece os alimentos para o bebê?	RECSUB _____
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"/>

<p>(2) menor que a da família (8) NSA</p> <p>66. Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</p> <p>(1) mãe (5) funcionária da creche (2) pai (6) outra pessoa/ especificar _____ (3) avó materna (8) NSA avó paterna</p> <p>Durante as refeições a pessoa que alimenta seu filho(a):</p> <p>67. Deixa ele(a) levar o alimento à boca por si próprio? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>68. Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com ele(a)? (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>69. Precisa estimulá-lo (conversar, insistir, oferecer o alimento várias vezes...) a comer? sim (2) não (8) NSA</p> <p>70. Força quando ele não quer comer (briga, dá castigo...) (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>71. Oferece recompensa (doces, outros alimentos, brinquedos...) sim (2) não (8) NSA</p> <p>72. Na maioria das vezes, quem alimenta o bebê quando <u>você sai</u>?</p> <p>(1) avó materna (4) outra pessoa/ especificar _____ (2) avó paterna (8) NSA companheiro</p> <p>73. Que tipo de água é utilizada para preparar a comida e as bebidas do bebê?</p> <p>(1) do DMAE (5) de vertente (2) mineral (6) de cisterna (3) de poço artesiano (7) outro tipo/ especificar _____ (4) de poço comum (8) NSA</p> <p>74. Essa água é:</p> <p>fervida (2) filtrada (3) fervida e filtrada (4) sem tratamento caseiro (8) NSA</p> <p>75. A comida do bebê é preparada separadamente: 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: 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>81. 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>82. A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite de seu bebê lava as mãos antes do preparo:</p> <p>sempre (2) às vezes (3) nunca (4) não sabe (8) NSA</p> <p>83. A pessoa que alimenta o seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição? sempre (2) às vezes (3) nunca (4) não sabe (8) NSA</p>	<p>ALIBB1 <input type="checkbox"/></p> <p>OPAB1 _____</p> <p>COMES1 <input type="checkbox"/></p> <p>INTRAG1 <input type="checkbox"/></p> <p>EST1 <input type="checkbox"/></p> <p>FORÇ1 <input type="checkbox"/></p> <p>RECMP1 <input type="checkbox"/></p> <p>ALIBBS1 <input type="checkbox"/></p> <p>ABBMS1 _____</p> <p>AGUAC1 <input type="checkbox"/></p> <p>AGBB1 _____</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>
---	---

<p>84. Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?</p> <p>sim (2) não (3) não sabe (8) NSA Se sim, o que muda?</p> <p>85. Aumenta a frequência das mamadas (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>86. Aumenta a oferta de líquidos (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>87. Força a criança a comer (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>88. Oferece os alimentos preferidos da criança (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>89. Oferece os alimentos com maior frequência (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>90. Faz restrições alimentares (1) sim (2) não (8) NSA</p> <p>89. Outros. Especificar _____</p>	
---	--

APOIO NA AMAMENTAÇÃO

<p>91. Você está recebendo apoio de sua mãe para amamentar?</p> <p>muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA Você recebe apoio de mais alguém?</p> <p>92. Companheiro (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA</p> <p>93. Sogra (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) não (8) NSA</p> <p>94. 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>APMAE1 <input type="checkbox"/></p> <p>APCO1 <input type="checkbox"/></p> <p>APSOG1 <input type="checkbox"/></p> <p>APOT1 _____</p> <p>_____</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>_____</p> <p>PMAG1 <input type="checkbox"/></p> <p>PMCH1 <input type="checkbox"/></p> <p>PMSC1 <input type="checkbox"/></p> <p>PMOLT1 <input type="checkbox"/></p>
--	---

95. Cuida do bebê (banho, fralda, colo...) (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8)	PMOALI1 <input type="checkbox"/>
NSA	PSAG1 <input type="checkbox"/>
96. Fica com o bebê para a mãe trabalhar/estudar	PSCH1 <input type="checkbox"/>
sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA	PSSC1 <input type="checkbox"/>
97. Ajuda a posicionar o bebê para mamar (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8)	PSOLT1 <input type="checkbox"/>
NSA	PSOALI1 <input type="checkbox"/>
98. Alimenta o bebê (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA	PDESM1 <input type="checkbox"/>
99. Ajuda de outra forma/	PPAOP1 _____
especificar _____	LTORD1 <input type="checkbox"/>
Você, alguma vez, se sentiu pressionada pela sua mãe para dar ao bebê:	OLTOR1 <input type="checkbox"/>
100. Água (1) sim (2) não (8) NSA	LEOD1 _____
101. Chá (1) sim (2) não (8) NSA	_____
102. Suco (1) sim (2) não (8) NSA	
103. Outro leite (1) sim (2) não (8) NSA	
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	
106. Chá (1) sim (2) não (8) NSA	
107. Suco (1) sim (2) não (8) NSA	
108. Outro leite (1) sim (2) não (8) NSA	
109. Outros alimentos (1) sim (2) não (8) NSA	
110. Você, alguma vez, se sentiu pressionada para parar de amamentar?	
(1) sim, pela mãe (4) sim, por outra pessoa/ especificar _____	
(2) sim, pela sogra (5) não	
sim, pelo companheiro	
111. Você retira o seu leite e deixa guardado para o bebê antes de sair de casa?	
(1) sim, na geladeira (4) não	
(2) sim, no freezer/congelador (8) NSA	
sim, em temperatura ambiente	
112. Como você oferece o leite ordenhado para o bebê?	
(1) copo (2) mamadeira (3) outra forma/especificar _____ (8) NSA	

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	

125. Tipo de alimentação atual (NÃO PREENCHER)	
(1) aleitamento materno exclusivo	
(2) aleitamento materno predominante	TALIM1 <input type="checkbox"/>
(3) aleitamento materno complementado (peito+outros alimentos)	

Data da entrevista: DATA1
ENTRV1

Entrevistador

Bruna
Camila
Fernanda
Franciele
Jaqueline
Paula
Tanise
Vanessa

APÊNDICE D – Álbum seriado destinado à mãe adolescente



**Amamentar
faz a**

DIFERENÇA



Por que é importante
amamentar?

PARA O BEBÊ

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

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

É como uma vacina que protege o bebê contra doenças.

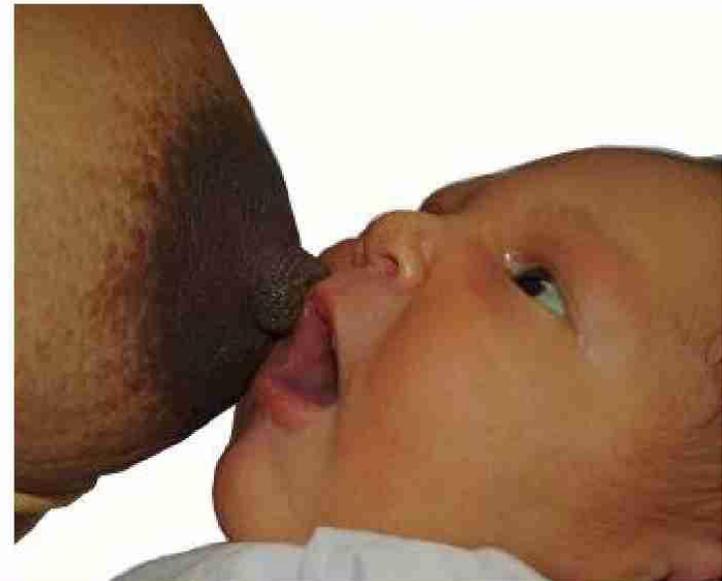
- O leite materno tem muitas substâncias de defesa contra diarreia, pneumonia, infecção de ouvido e outras infecções. Nenhum outro leite dá essa proteção para o bebê.

Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.

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

Para o BEBÊ

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



PARA A MÃE

Faz a mãe perder menos sangue depois parto.

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

Protege contra o câncer de mama.

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

Ajuda a perder peso mais rápido.

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

É mais econômico.

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

Para a MÃE

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



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

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

E mais...

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



Como o leite é
fabricado ?



O leite é fabricado nas glândulas da mama.

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

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

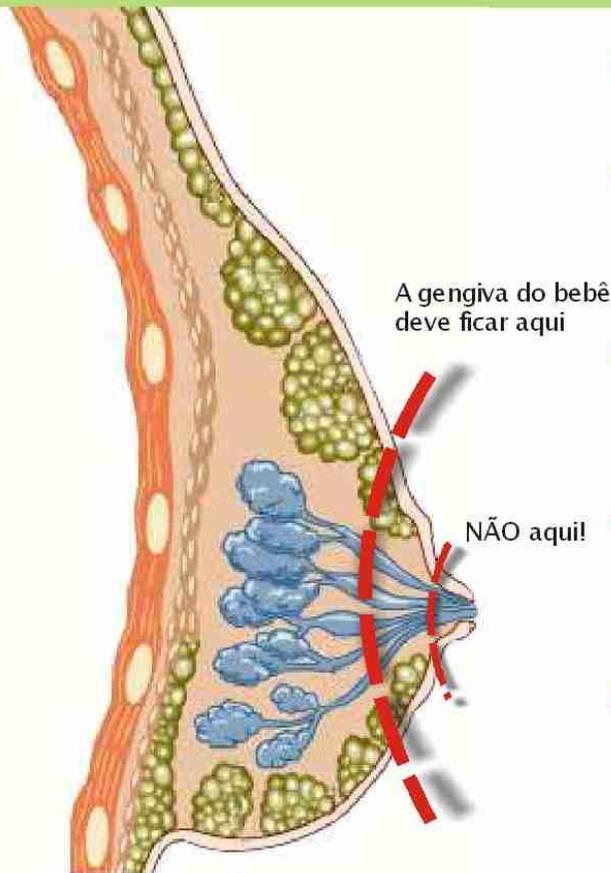
- Se o bebê pega só o mamilo, a língua não alcança as bolsinhas e o leite não sai.

O bebê retira o leite das bolsinhas com a língua.

- O bebê aperta as bolsinhas com a língua para retirar o leite.

- Por isso, é importante que o bebê pegue também a aréola, não só o mamilo.

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



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

Até **que idade** é bom o bebê mamar?



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

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

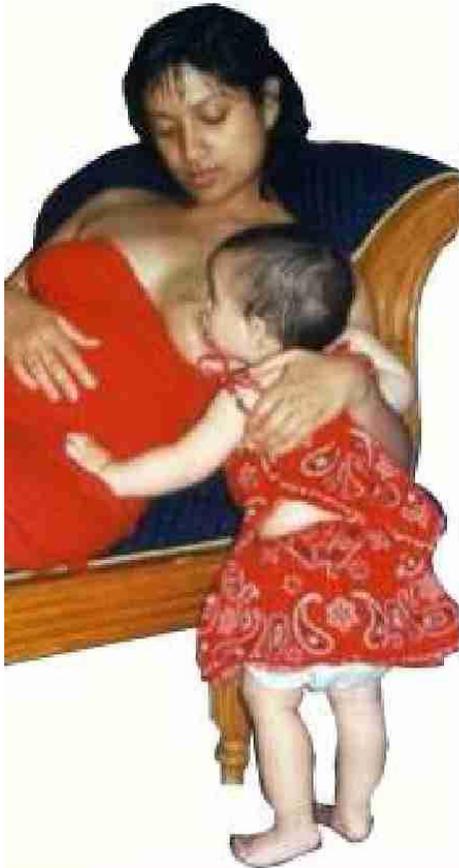
O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.

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

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

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

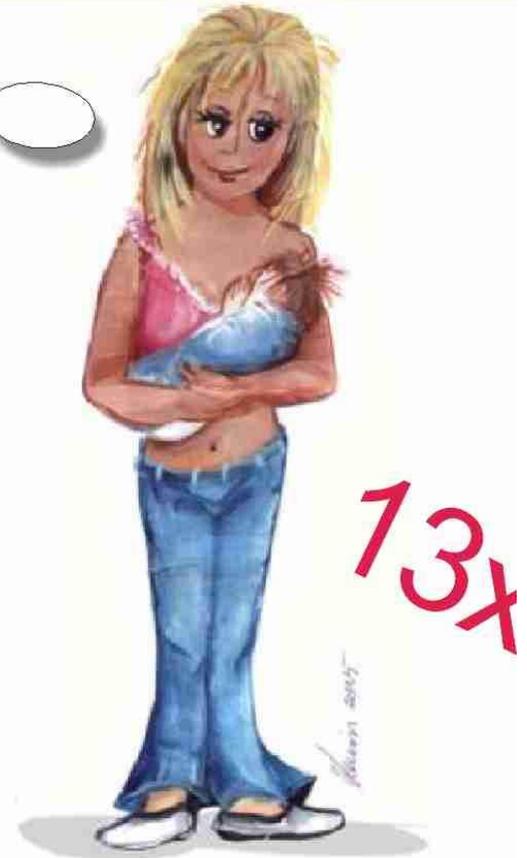
- O leite materno contém toda a água que o bebê precisa. Mesmo em dias quentes, o bebê não precisa de outros líquidos.



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

Quantas vezes
por dia o bebê
deve mamar?

8x ?
1x ? 5x ?
10x 18x



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

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

Bebê não tem horário para mamar!

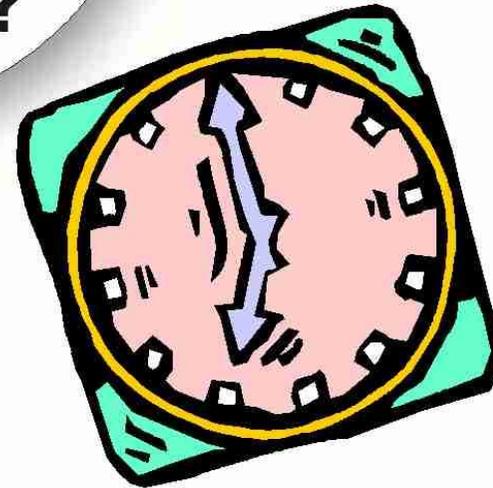
- Nos primeiros meses, não se pode esperar que a criança fique toda a noite sem mamar, pois seu estômago é pequeno. Com o tempo, o bebê passa a aumentar os intervalos entre as mamadas durante a noite.

- É importante lembrar que, às vezes, o bebê quer o peito não porque está com fome, mas porque está precisando ficar juntinho da sua mãe.

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



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



O tempo de cada mamada depende do bebê.

Cada criança tem o seu ritmo.

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

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

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

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



Mamadeira
faz **mal**?



SIM!

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

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

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

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

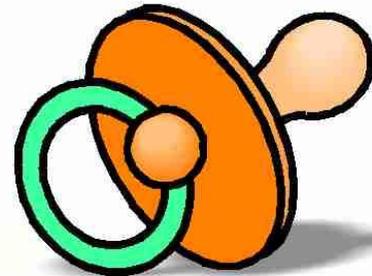
SIM!

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





**Bico
faz mal?**



SIM!

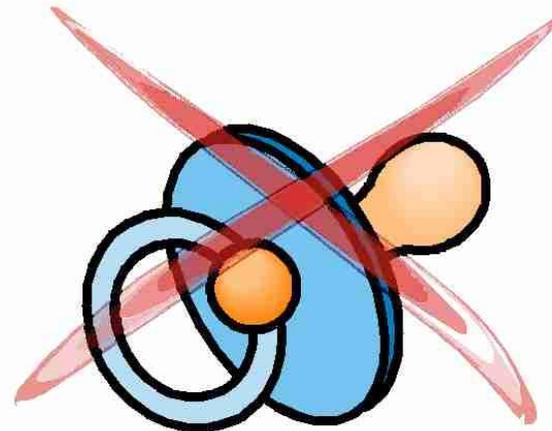
As crianças que usam bico largam o peito mais cedo e têm mais sapinho, diarréia e vermes do que as que não usam.

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

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

SIM!

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





O **jeito** de
amamentar
faz diferença?

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

A mãe deve sentar-se de um jeito confortável.

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

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

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

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

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

SIM!



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

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



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

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

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

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

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

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

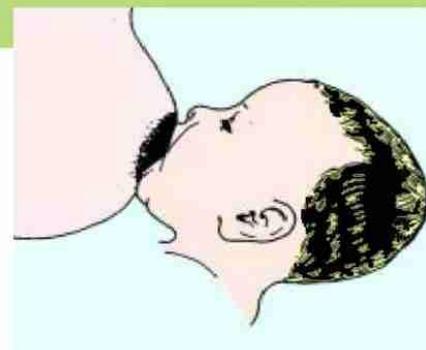
- Dessa maneira fica mais fácil para o bebê retirar o leite das bolsinhas. Além disso, o mamilo da mãe fica numa boa posição dentro da boca do bebê, protegido contra rachaduras.



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

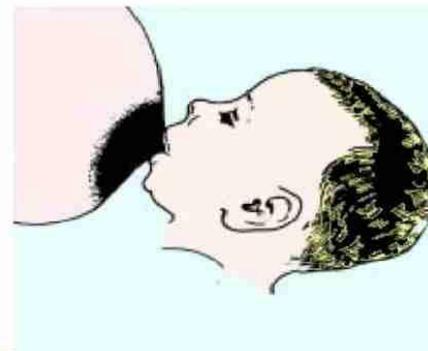


Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.



Pega correta

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



Pega incorreta



O que fazer para o
bico do seio
não rachar?

O mais importante é o jeito de amamentar.

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

Além disso, é importante manter os mamilos secos.

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

Não usar sabonete para lavar os mamilos.

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

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

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

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

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

O mais importante é o jeito de amamentar.

Além disso, é importante:

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





O que fazer
para a mama
não empedrar?

Deixar o bebê mamar à vontade.

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

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

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

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

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

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

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



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



Como retirar
o **excesso**
de leite?

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

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

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

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

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

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

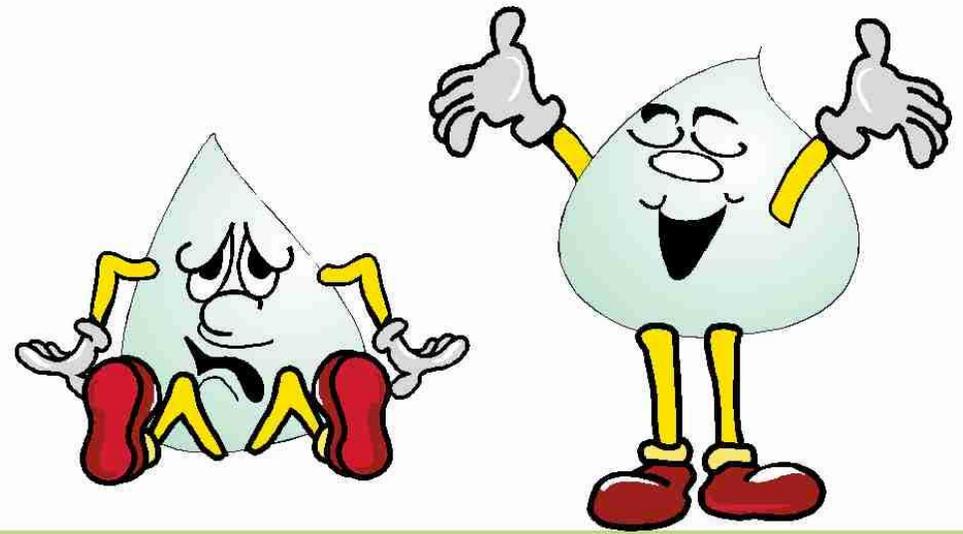
No início, o leite sai em gotas e, logo depois, em pequenos jatos.

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



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

Existe
leite **fraco**?



Não!

Não existe leite fraco!

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

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

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

- Isso não quer dizer que o leite seja fraco!

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

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

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

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

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

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

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

NÃO!

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





Por que os
bebês
choram?

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

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

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

“Dê colinho e não chazinho”.

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

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

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



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

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



Como a avó
pode **ajudar?**



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

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

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





Material elaborado por

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

Ilustração da adolescente amamentando: **Ilse Ana**

Fotografias: **Clóvis Prates (HCPA)**
Luciana Dias de Oliveira
Olga Claudino Bica
Vera Beatriz Zart

Projeto Gráfico: **MarcaVisual - Criações Gráficas**

Financiamento



Porto Alegre 2006.

APÊNDICE E – Álbum seriado destinado à avó materna

VOVÓ!
seu apoio vale OURO!



**Ajude sua filha
na amamentação.**

**Participe
desse momento!**

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

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

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



Por que é importante
amamentar?

PARA O BEBÊ

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

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

É como uma vacina que protege o bebê contra doenças.

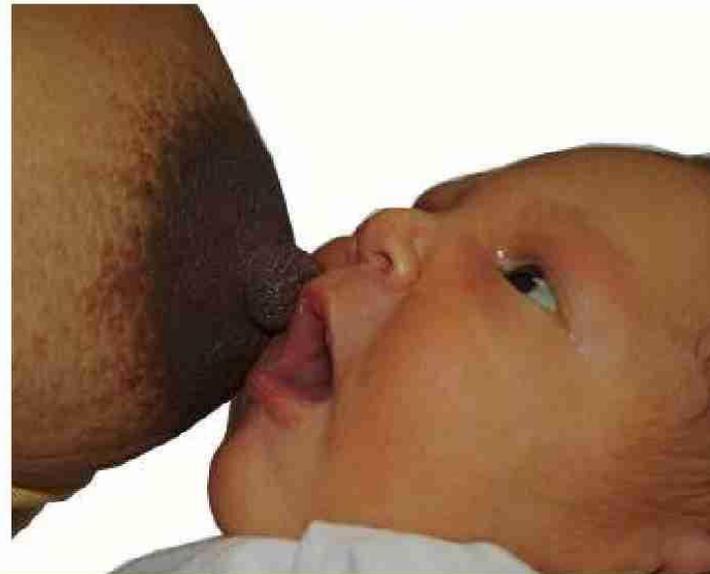
- O leite materno tem muitas substâncias de defesa contra diarreia, pneumonia, infecção de ouvido e outras infecções. Nenhum outro leite dá essa proteção para o bebê.

Ajuda a criança a desenvolver sua inteligência.

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

Para o BEBÊ

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



PARA A MÃE

Faz a mãe perder menos sangue depois parto.

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

Protege contra o câncer de mama.

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

Ajuda a perder peso mais rápido.

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

É mais econômico.

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

Para a MÃE

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



A photograph of two women, one with long dark hair in a blue top and one with short dark hair in a white top, both looking down at a baby wrapped in a yellow blanket. A large white thought bubble with a black outline is positioned to the right of the women, containing the text 'Até que idade é bom o bebê mamar?'. The background is a plain light color, and the image is framed by green horizontal bars at the top and bottom.

**Até que idade
é bom o bebê
mamar?**

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

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

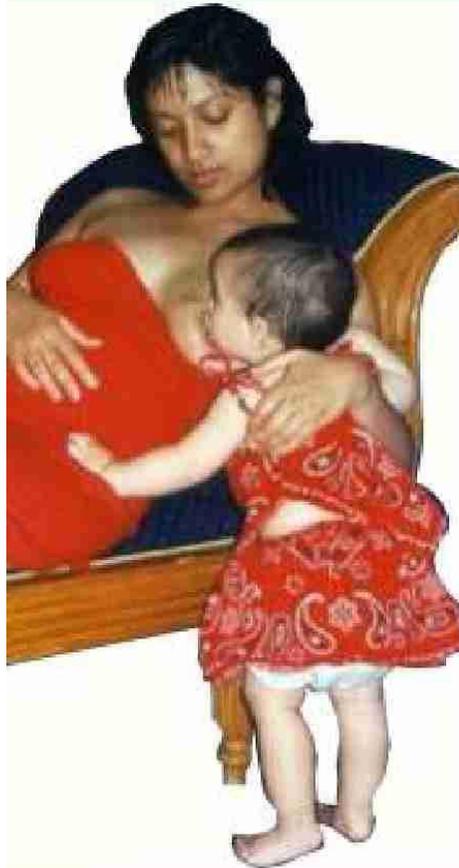
O melhor é que o bebê largue o peito sozinho.

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

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

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

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



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

Quantas vezes
por dia o bebê
deve mamar?

8x 18x

13x

? 10x

?

5x

?

1x



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

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

Bebê não tem horário para mamar!

- Nos primeiros meses, não se pode esperar que a criança fique toda a noite sem mamar, pois seu estômago é pequeno. Com o tempo, o bebê passa a aumentar os intervalos entre as mamadas durante a noite.

- É importante lembrar que, às vezes, o bebê quer o peito não porque está com fome, mas porque está precisando ficar juntinho da sua mãe.

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





O tempo de cada mamada depende do bebê.

Cada criança tem o seu ritmo.

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

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

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

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



Mamadeira
faz **mal**?



SIM!

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

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

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

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

SIM!

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





SIM!

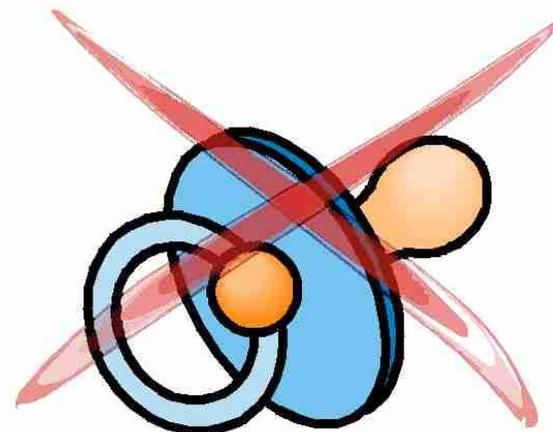
As crianças que usam bico largam o peito mais cedo e têm mais sapinho, diarréia e vermes do que as que não usam.

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

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

SIM!

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





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

A mãe deve sentar-se de um jeito confortável.

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

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

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

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

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

SIM!



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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

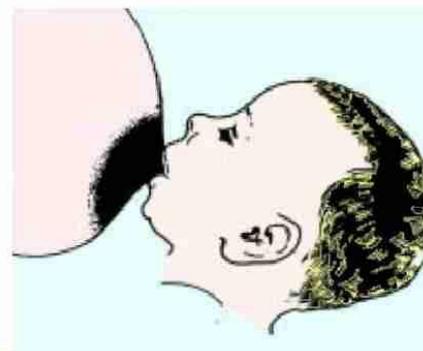


Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.



Pega correta

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



Pega incorreta



O que fazer
para o
bico do seio
não rachar?

O mais importante é o jeito de amamentar.

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

Além disso, é importante manter os mamilos secos.

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

Não usar sabonete para lavar os mamilos.

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

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

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

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

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

O mais importante é o jeito de amamentar.

Além disso, é importante:

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





O que fazer
para a mama
não empedrar?

Deixar o bebê mamar à vontade.

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

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

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

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

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

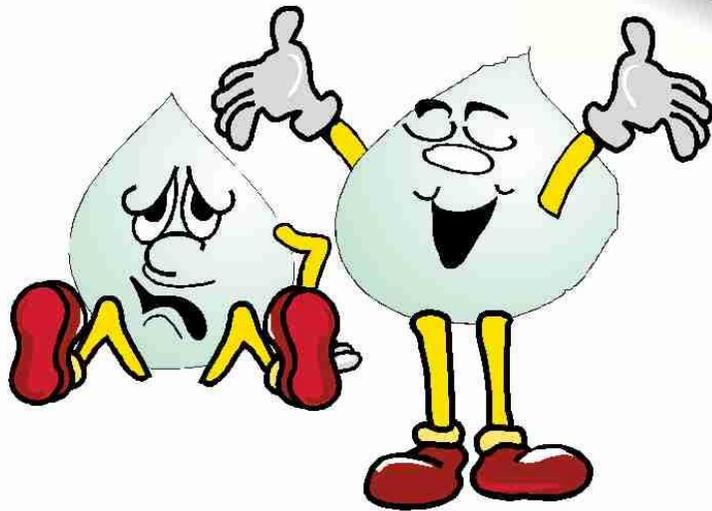
Se a mama fica muito cheia e dolorida, é importante que a mãe retire um pouco de leite para aliviar o desconforto.

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



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

Existe
leite **fraco**?



Não!

Não existe leite fraco!

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

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

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

- Isso não quer dizer que o leite seja fraco!

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

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

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

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

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

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

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

NÃO!

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



Por que os
bebês
choram?



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

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

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

“Dê colinho e não chazinho”.

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

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

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



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

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



Como a avó
pode **ajudar**?



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

- Apesar de sua filha ser novinha, ela agora é mãe, e a senhora pode ajudá-la a assumir esse papel.

- A amamentação faz parte da maternidade; por isso, é muito importante que a senhora acredite que sua filha é capaz de amamentar e que transmita isso para ela, dando força.

- Ajudando no que for preciso para que sua filha tenha tempo e tranquilidade para amamentar.

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



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

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





Material elaborado por

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

Fotografias: Clóvis Prates (HCPA)
Luciana Dias de Oliveira
Olga Claudino Bica
Vera Beatriz Zart

Projeto Gráfico: MarcaVisual - Criações Gráficas

Financiamento



Porto Alegre 2006

APÊNDICE F – Cartilha com orientações sobre aleitamento materno

Amamentar faz a
DIFERENÇA



Mamãe _____

Bebê _____

Data de Nascimento _____



Material elaborado por

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

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

Projeto Gráfico: **MarcaVisual - Criações Gráficas**

Financiamento



Porto Alegre, 2006

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.



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.



É normal sentir dor para amamentar?

NÃO!

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

O que fazer para o bico do peito não rachar?

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

O que fazer para a mama não empedrar?

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

O jeito de amamentar faz diferença?

SIMI!

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



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

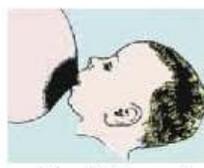


Só colocar o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca.



Pega correta

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



Pega NÃO correta

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

Dar água ou chá para o bebê faz mal?

PODE FAZER MAL!

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



Dar outro leite para a criança pode fazer mal?

SIMI!

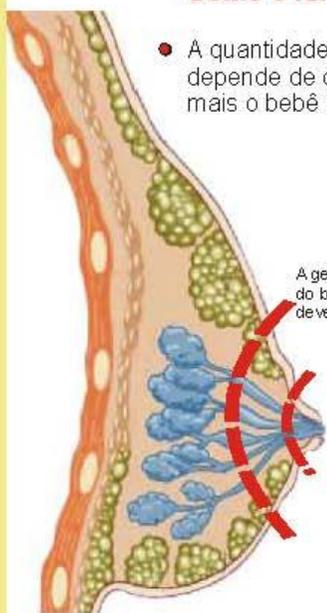
- Crianças que recebem outro leite pegam mais doenças, principalmente diarreia e outras infecções.
- O corpo dos bebês não está preparado para receber proteínas de outros leites.
- Quando isso acontece, as crianças têm mais facilidade para desenvolver asma, alergia e diabetes.
- Crianças que recebem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



Onde o leite é fabricado?

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

Como o leite é fabricado na mama?



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

- Toda a vez que o bebê mama, ele dá um aviso de que é preciso fabricar mais leite.

- Para ter bastante leite, é preciso que o bebê esvazie bem as mamas.

- Para aumentar a quantidade de leite, a mãe deve oferecer o peito mais vezes.

- Descansar também ajuda.

Foto
VD 2

APÊNDICE G – Cartilha com orientações sobre alimentação complementar

OS DEZ PASSOS PARA UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

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



Material elaborado por

Dr.^a Elsa Regina Justo Giugliani - Coordenadora
Enr. Lillian Cordova do Espírito Santo
Nut. Luciana Dias de Oliveira
Nut. Vera Boatriz Zart
Enr. Olga Cisudino Bios
Pod. Leandro Meirelles Nunes

Fotografias: Luciana Dias de Oliveira

Projeto Gráfico: Marco Venturi - Criar e Gráfica

Financiamento



Porto Alegre, 2006



OS DEZ PASSOS PARA UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Passo 1

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

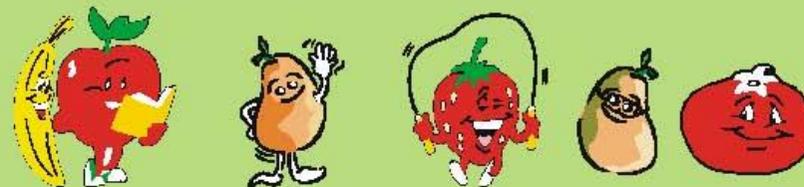
- ✚ A criança que recebe leite materno tem mais saúde, cresce e se desenvolve bem.
- ✚ O leite materno é um alimento completo para a criança até os seis meses, e contém água em quantidade suficiente para o bebê.
- ✚ A criança pode mamar sempre que tiver vontade (fome). Bebê não tem horário certo para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



Sugestões de lanches

- ✚ Frutas amassadas ou raspadas: mamão, abacate, oqui, 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, Pão-Pão e biscoito de água e sal.



Receitas

Purê de moranga com fígado

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

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 salsa 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 (anjo, bagre, cação, jundiá, etc)
- 2 colheres de sopa de cenoura em cubinhos
- 1 pires de couve em tirinhas finas
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja
- 1 colher de chá de cebola ralada
- 1 pitada de sal

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

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

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



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	Dois refeições ao dia, além da amamentação	2 a 3 colheres de sopa
7 a 8 meses	Alimentos amassados	Três refeições ao dia, além da amamentação	Aumentar ao pouco até 4 a 5 colheres de sopa
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou amassados e alimentos que o bebê possa segurar	Três refeições e um lanche ao dia, além da amamentação	6 a 7 colheres de sopa
12 a 24 meses	Refeições da família, bem cortadas ou amassadas, se for preciso	Três refeições e dois lanches ao dia, além da amamentação	8 a 10 colheres de sopa



Receitas

Papa de batata, cenoura e carne moída

- 2 colheres de sopa de carne moída
- 1 colher de sobremesa de óleo de soja
- 1 colher de óleo 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 moles 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 óleo de cebola picada
- 1 dente pequeno de alho amassado
- 1 pirete 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 arroz amassado.

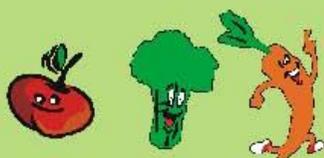


Dicas

Exemplos de cereais	Exemplos de tubérculos	Exemplos de leguminosas	Exemplos de carnes	Exemplos de verduras
Arroz, massa, polenta, pães, bolos sem cobertura, bolacha Maria.	Batata inglesa, batata doce, alívim.	Folgo, 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:

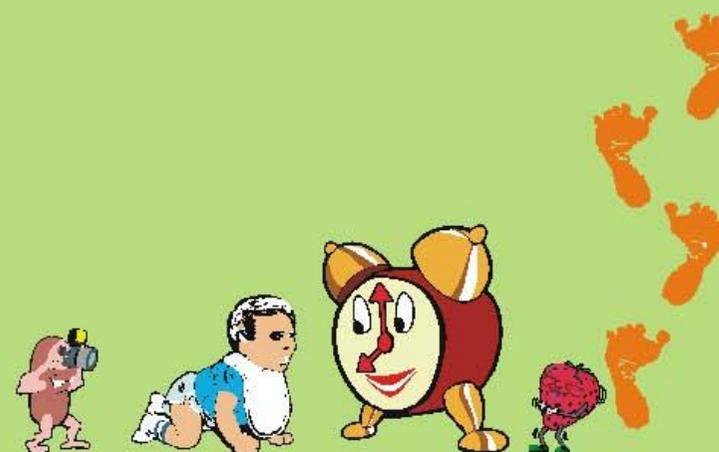
- ✚ Cuidar para que a hora da refeição seja agradável (não brigar, não forçar...).
- ✚ Sentar ao lado da criança nas refeições.
- ✚ Dar atenção.
- ✚ Ter paciência durante a refeição. Às vezes o bebê demora para comer.
- ✚ Quando a criança já consegue, é bom deixar que ela coma com sua própria colher,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



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 10

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

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

O que você pode fazer para a criança doente comer melhor

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



Passo 9

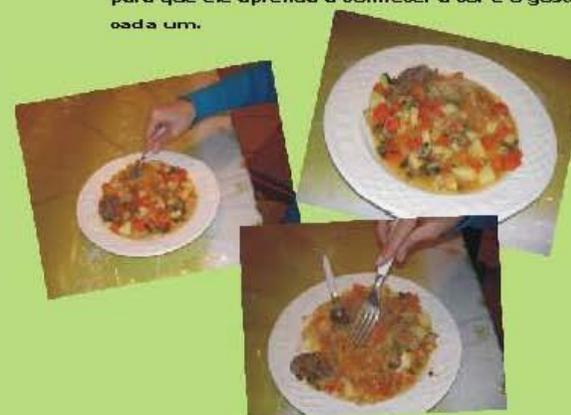
Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o armazenamento e a conservação adequados

- ✚ Cuidados de limpeza e higiene no preparo dos alimentos do bebê evitam doenças como a diarreia.
- ✚ A pessoa que prepara as refeições do bebê deve lavar bem as mãos com água e sabão, antes de iniciar o preparo.
- ✚ Lavar as mãos do bebê antes das refeições ajuda a evitar doenças.
- ✚ Todos os utensílios (prato, copo, colher, panela, etc.) do bebê devem ser bem lavados com água e sabão.
- ✚ As frutas e as verduras devem ser bem lavadas em água corrente, mesmo se forem desossadas 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 sobram alimentos no prato, não devem ser oferecidos mais tarde para a criança, pois podem estragar e provocar diarreia.
- ✚ Se sobram alimentos do bebê na panela, coloque-os em potes de plástico ou vidro com tampa, e guarde-os na geladeira.
- ✚ Não esfriar o alimento que vai ser dado para a criança soprando sobre ele e não provar o alimento com a colher que vai ser usada pela criança para comer, pois o alimento pode se contaminar com micróbios que causam cólera e diarreia.

Passo 6

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

- ✚ É bom que, desde cedo, a criança se acostume a comer alimentos variados (frutas, verduras, legumes, grãos como arroz e feijão e carnes).
- ✚ Uma alimentação colorida e variada ajuda a criança a ficar saudável e não ter anemia, além de crescer e se desenvolver bem.
- ✚ Para a criança não ter anemia é importante que ela coma carnes (gado, galinha e peixe), fígado (de galinha e de gado), gema de ovo, feijão ou lentilha e vegetais verde-escuras (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.



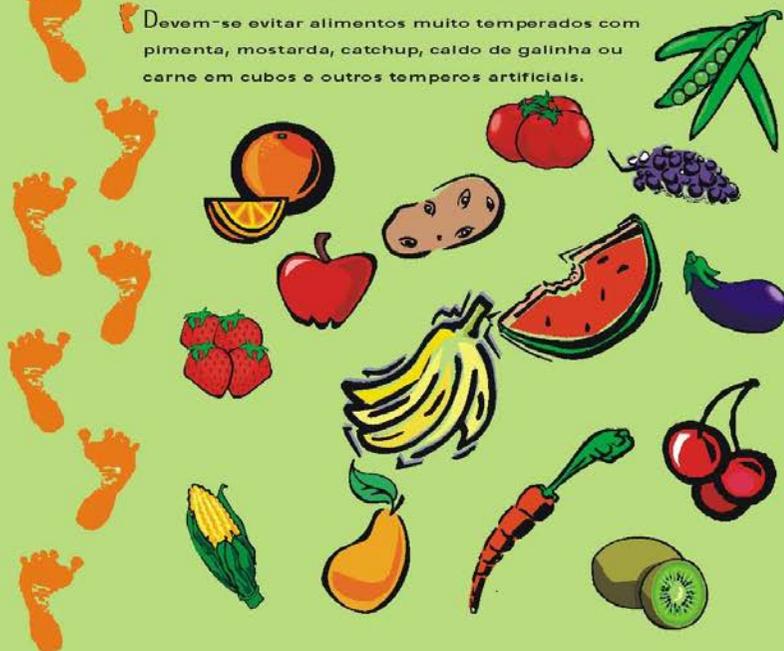
Passo 7

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 se 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.



APÊNDICE H – Lista de problemas com as mamas

Nome da mãe:	N°
QUANTIDADE DE LEITE (opinião da mãe) Com relação à quantidade de leite: mais do que o bebê precisa a quantidade que o bebê precisa (3) menos que o bebê precisa	QUALAT1 <input type="checkbox"/>
TRAUMA MAMILAR (verificado no momento da entrevista) 2. Trauma mamilar 2.1 Sente dor no bico do seio? (1) sim (2) não	DOR1 <input type="checkbox"/>
2.2 Como é a dor? (1) fraca (2) moderada (3) intensa (8) NSA	COMDR1 <input type="checkbox"/>
2.3 Usou analgésico para a dor no bico do peito? (1) sim (2) não Qual? _____ (8) NSA	ANALGE1 <input type="checkbox"/> QANAL1 _____
2.4 Está tomando ou tomou algum analgésico para outro tipo de dor? (1) sim (2) não	OANALG1 <input type="checkbox"/>
2.5 Presença de bolhas? (1) sim (2) não	BOLHA1 <input type="checkbox"/>
2.6 Presença de fissuras? (1) sim (2) não	FISSURA1 <input type="checkbox"/>
2.7 Presença de marca? (1) sim (2) não	MARCA1 <input type="checkbox"/>
2.8 Tratamento? (1) sim (2) não (8) NSA	TTOFIS1 <input type="checkbox"/>
Que tipo de tratamento? 2.9 Pomada, creme, óleo (1) sim (2) não (8) NSA	POMADA1 <input type="checkbox"/>
2.10 Banho de luz, secador, sol (1) sim (2) não (8) NSA	TRATSEC1 <input type="checkbox"/>
2.11 Leite do peito (1) sim (2) não (8) NSA	LEITE1 <input type="checkbox"/>
Se colocou algo mais, especificar _____	ALGO1 _____
2.12 Trauma mamilar (1) sim (2) não (3) duvidoso (não preencher)	TRAUMA1 <input type="checkbox"/>
INGRUGITAMENTO MAMÁRIO (se teve em algum momento até a data da visita) Está ou esteve com as mamas empedradas (ingurgitamento)? (1) sim (2) não	MAEMP1 <input type="checkbox"/>
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	DIAGNI1 <input type="checkbox"/>
3.5 Tratamento (1) sim (2) não (8) NSA	TTOING1 <input type="checkbox"/>
Tratamento: 3.6 Quente (1) sim (2) não (8) NSA	TTOQ1 <input type="checkbox"/>
3.7 Frio (1) sim (2) não (8) NSA	TTFRI1 <input type="checkbox"/>
3.8 Misto (quente e frio) (1) sim (2) não (8) NSA	TTMS1 <input type="checkbox"/>
3.9 Ordenha (1) sim (2) não (8) NSA	ORD1 <input type="checkbox"/>
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)	INGURG1 <input type="checkbox"/>
MASTITE (se teve em algum momento até a data da visita) 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	ANTIB1 <input type="checkbox"/>
Especificar: _____	QATB1 _____
4.8 Infecção nas mamas? (1) sim (2) não (3) duvidoso (não preencher)	MASTIT1 <input type="checkbox"/>

Data LP1: Entrevistador ENTRLP1:

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 1

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

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

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

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

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

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

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____ Responsável: _____

Pesquisador (a): _____

Se necessário, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatadas pelos telefones:
9246-7302 – Olga Claudino Bica 9933-8981– Luciana Oliveira

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 2

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

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

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

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

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

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

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____ Responsável: _____

Pesquisador: _____

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

9246-7302 – Olga Claudino Bica

9933-8981 – Luciana Oliveira

]

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 3

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

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

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

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

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

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

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____

Avó: _____

Pesquisador (a): _____

Se necessário, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados pelos telefones:
9246-7302 – Olga Claudino Bica 9933-8981– Luciana Oliveira

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO grupo 4

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

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

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

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

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

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

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Mãe: _____

Avó: _____

Pesquisador (a): _____

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

9246-7302 – Olga Claudino Bica 9933-8981 – Luciana Oliveira

11 ANEXO

ANEXO 1 - 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 Nadirê Clausell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA