

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

CURSO DE NUTRIÇÃO

Renata Oliveira Neves

**INFLUÊNCIA DA PARIDADE SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL
NOS PRIMEIROS SEIS MESES PÓS-PARTO**

Porto Alegre, 2016.

Renata Oliveira Neves

**INFLUÊNCIA DA PARIDADE SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL
NOS PRIMEIROS SEIS MESES PÓS-PARTO**

**Trabalho de conclusão de curso de
graduação apresentado ao Curso de
Nutrição da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para
a obtenção do Título de Bacharel em
Nutrição.**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Nut. Vera Lúcia Bosa

Prof^a Nut. Estela Beatriz Behling

Nut. Camila da Silva Tremarin

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido o dom da vida.

À minha família, em especial minha mãe Helena Oliveira Neves, por me encorajar a seguir uma profissão pela qual eu pudesse amar cada dia mais.

À minha irmã, Aline Elizabeth Oliveira Neves, por todo o carinho e apoio, e por me incentivar a seguir na Área da Saúde.

Ao meu namorado, Nilo Alejandro Cardozo Muñoz, por toda a ajuda e motivação ao longo de toda a graduação.

Ao grupo IVAPSA, por ter me acolhido e me mostrado o quão encantadora é a área Materno-Infantil.

À minha professora orientadora, Vera Lúcia Bosa, por ter aceitado me orientar e me proporcionar grande aprendizado.

À minha coorientadora, Juliana Rombaldi Bernardi, por ter se dedicado tanto e me ajudado em todos os detalhes do presente trabalho.

Por fim, agradeço aos meus amigos e familiares, pelo carinho e paciência em todos os momentos em que necessitei estar ausente por conta da graduação.

RESUMO

Introdução: Após a gestação, a amamentação é a principal alternativa nutricional para a criança, por associar os elementos fundamentais da nutrição como alimento, saúde e cuidados. Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientar e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação. Dentre os fatores capazes de influenciar na adesão ao aleitamento materno, a paridade parece estar ligada à propensão a oferecer leite materno, ao engajamento, confiança, habilidade e persistência na amamentação. A introdução da alimentação complementar também parece ser influenciada pela paridade, visto que mães multíparas podem ter maior probabilidade de oferecer alimentos complementares aos seus filhos no momento certo, em razão de já terem sido expostas às informações de educação alimentar em gestações anteriores.

Objetivo: Avaliar a influência da paridade na amamentação e na introdução de alimentação complementar em crianças até os seis primeiros meses pós-parto.

Métodos: Estudo realizado em uma amostra de conveniência de puérperas. A coleta de dados ocorreu entre 2011 e 2015, por meio de 6 entrevistas. Analisou-se o tempo da primeira mamada após o nascimento, frequência e tempo de aleitamento materno e frequência de consumo de outros leites; além de variáveis relacionadas à alimentação complementar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos hospitais, sob os números 11-027 e 11-0097, respectivamente. O teste qui-quadrado ou exato de Fisher foi utilizado nas análises para detectar diferenças entre proporções e médias. O teste t de *Student* ou *Mann Whitney* foi utilizado para detectar diferenças entre as médias e medianas.

Resultados: A amostra se consistiu de 152 pares mãe-bebê, contando com 69 mães primíparas e 83 multíparas. Houve tendência de mães multíparas amamentarem mais do que primíparas ($p=0,076$), além de oferecer o primeiro aleitamento materno ao seu filho em menor tempo após o parto ($p=0,027$). Dentre as primíparas observou-se maior oferta de alternativas ao aleitamento materno ($p=0,011$). Analisando o tempo da introdução alimentar, percebeu-se que as primíparas tendem a oferecer alimentos complementares mais cedo e inadequados às crianças ($p=0,038$).

Conclusão: Pôde-se perceber que a paridade influencia no aleitamento materno e na alimentação complementar. Faz-se necessário maior cuidado do sistema de saúde com mães primíparas, para que tenham maior nível de entendimento e realizem a alimentação infantil de forma correta.

Palavras-chave: amamentação; nutrição do lactente; paridade; puerpério.

ABSTRACT

Introduction: After pregnancy, breastfeeding is the main nutritional alternative to the child, because it associates nutritional fundamental elements like food, health and care. For a successful breastfeeding, it's important that the mother is motivated and her health professionals knows how to guide her and show proposals to solve common issues while breastfeeding. Among the factors that can influence breastfeeding offer, parity seems to be related to the propensity to offer breast milk, engagement, trust, breastfeeding ability and persistence. Insertion of complementary feeding seems to be influenced by parity, as well, since multiparous mothers are most likely to provide complementary feeding in the right time to their children, as they have already been exposed to educative nutritional information in previous pregnancies.

Objective: Evaluate the influence of parity on breastfeeding and on the introduction of complementary feeding in children up to six months after childbirth.

Methods: Study conducted through a convenience sample with women who had recently given birth. The data collection was from 2011 until 2015, via six interviews. There was an analysis of the time taken in the first baby feeding, the frequency and the time of breastfeeding and the frequency of using other types of milk; apart from the variables related to complementary feeding. The study was approved by the Ethics in Research Committee of the hospitals under the numbers 11-027 and 11-0097, respectively. The chi-square test or Fisher's exact test was used in the analysis to detect differences between proportions and means. The Student t test or Mann Whitney test was used to detect differences between the mean and median.

Results: The sample consisted of 152 mother-baby pairs, being 69 of them primiparous and 83 multiparous. There was a tendency among multiparous mothers to breastfeed their children more than the primiparous ones ($p=0.076$), moreover they breastfed their babies sooner than most primiparous mothers did after postpartum ($p=0.027$). Among primiparous there was a higher offer of other kinds of milk rather than their own breast milk ($p=0.011$). When investigating the time of the introduction to infant nutrition, it is noticeable that primiparous are more likely to offer complementary, and sometimes even inappropriate, food sooner to their children ($p=0.038$).

Conclusion: It was detected that parity influences on breastfeeding and on complementary feeding. It is a prior necessity of the health system to take a better care of primiparous mothers, just so that they can have a higher level of understanding in the matter and feed their babies properly.

Key words: breast feeding; infant nutrition; parity; postpartum period.

LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

AMEX – Aleitamento Materno Exclusivo

AM – Aleitamento Materno

AMT – Aleitamento Materno Total

DF – Distrito Federal

DP – Desvio Padrão

EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IMC – Índice de Massa Corporal

IVAPSA – Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida

MS – Ministério da Saúde

RN – Recém-Nascido

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
Aleitamento Materno.....	10
Fatores Associados à Prática do Aleitamento Materno.....	14
Alimentação Complementar.....	17
2. JUSTIFICATIVA.....	22
3. OBJETIVOS.....	23
Objetivo Geral.....	23
Objetivos Específicos.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
4. ARTIGO ORIGINAL.....	28
5. TABELAS.....	48
6. ANEXO.....	52
7. APÊNDICE.....	54

1. REVISÃO DA LITERATURA

Aleitamento Materno

Após a gestação, a amamentação é a principal escolha para a alimentação do recém-nascido, por associar os elementos fundamentais da nutrição: alimento, saúde e cuidados (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006). O aleitamento materno é a mais sábia estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). VICTORA et al., 2016, ressaltam que seja estimado que a ampliação da amamentação possa prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano.

O leite materno possui composição variada e complexa, que difere com o passar do tempo e entre mulheres; possuindo constituintes bioativos, como fatores antimicrobianos e anti-inflamatórios, enzimas, hormônios e fatores de crescimento (ROBINSON; FALL, 2012). Ele deve ser oferecido de forma exclusiva até os seis meses de idade; sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. Além disso, a oferta de água e chás diminui o volume de leite materno ingerido, que é mais nutritivo, aumentando os riscos de doenças, como alergias e diarreia (Ministério da Saúde, 2010).

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, denominado amamentação em livre demanda. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a doze vezes por dia, o que não deve ser interpretado como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite. É importante que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, mais calórico, promovendo maior saciedade, importante para o ganho adequado de peso do bebê (Ministério da Saúde, 2015).

A amamentação também confere benefícios à mãe, tanto para a saúde quanto economicamente. O leite materno não tem custo e protege a mãe de várias doenças, principalmente causando efeito protetor para os cânceres de mama e de ovário, além de prolongar a duração da amenorreia lactacional em mães que amamentam frequentemente – 10 a 14 vezes ao dia; e aumentar a perda de peso pós-parto (Organización Panamericana de la Salud, 2002; WHO, 2001).

Chowdhury et al, 2015, citam ainda outros benefícios para a mãe que amamenta. Foi observado que o aleitamento materno sustentado por mais de doze meses está associado com redução do risco de câncer. O ato de amamentar diminui o risco de diabetes *mellitus* tipo 2. Além disso, menor tempo de amamentação está relacionado com maior incidência de depressão pós-parto (CHOWDHURY ET AL, 2015; VICTORA et al., 2016).

O leite materno oferece grande proteção contra mortes por diarreia, infecções gastrointestinais, respiratórias e outras infecções, especialmente nos primeiros meses de vida (WHO, 2001). A amamentação, independente do tempo, protege contra doenças alérgicas, é efetivo contra asma (em crianças de cinco a dezoito anos) e rinite alérgica (em menores de cinco anos de idade); além de proteger contra doenças virais. O aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade está associado com menor risco de eczema, em países de baixa e média renda (LODGE et al, 2015). Em estudo recente, foi reafirmada a grande proteção que o aleitamento materno apresenta sobre a saúde infantil. O estudo mostrou que o aleitamento materno diminuiu o risco de morte infantil em 50%. Aproximadamente metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias em crianças poderiam ser evitadas pela amamentação (VICTORA et al., 2016).

Há evidências que mostram que crianças que receberam aleitamento materno apresentam redução na pressão sanguínea e nos níveis de colesterol na fase adulta e menor risco de obesidade e diabetes *mellitus* tipo 2. Além do mais, o aleitamento confere importantes benefícios na saúde cardiovascular e melhora o desenvolvimento neurocognitivo, por prover ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, que são encontrados em grande quantidade no cérebro, e necessitam ser acumulados durante o período de crescimento rápido da criança (ROBINSON; FALL, 2012).

A melhor composição corporal e um menor risco de obesidade estão relacionados ao aleitamento materno. Percebe-se que crianças amamentadas tem risco 13% menor de desenvolver sobrepeso e obesidade (HORTA et al, 2015). São muitas as razões que mostram que ser amamentado é um fator de proteção. Bebês amamentados conseguem controlar a quantidade de leite materno que eles consomem, aprendendo a fazer auto-regulação da quantidade de energia ingerida, levando isto para a vida adulta. Ademais, quando comparadas com crianças que recebem fórmulas lácteas, crianças amamentadas ganham peso mais lentamente; e o ganho de peso na infância de forma lenta está associado com um menor risco

de obesidade e menor Índice de Massa Corporal (IMC) na vida adulta (GIUGLIANI et al, 2015; ROBINSON; FALL, 2012).

A World Health Organization, 1991, apresenta as seguintes definições de aleitamento materno; seguidas até hoje, segundo o Ministério da Saúde (MS), 2015:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX): quando a criança recebe apenas aleitamento materno da sua mãe ou ama de leite, ou ainda leite materno ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, exceto gotas ou xarope de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento Materno Predominante: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno. No entanto, ela pode receber água ou líquidos à base de água (água aromatizada, chás, infusões), sucos ou soro de reidratação oral (em quantidades limitadas).
- Aleitamento Materno (AM): a criança recebe leite materno, direto do seio ou ordenhado.
- Alimentação Complementar: a criança recebe tanto aleitamento materno quanto alimentos sólidos ou semissólidos. A intenção é complementar o aleitamento materno, e não substituí-lo.

Para que o AMEX seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde esteja capacitado a orientar e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação (Ministério da Saúde, 2013). Apesar da circulação de informações pela mídia e profissionais da saúde, muitas mães oferecem água e chás para as crianças, não associando que esta prática deixa de se enquadrar no aleitamento materno exclusivo (LEE et al., 2013).

Segundo a WHO, todas as mães devem ter suporte de pessoas habilitadas no assunto para iniciar e sustentar práticas alimentares apropriadas, além de prevenir dificuldades e saber resolvê-las caso ocorram. Pesquisas indicam que os profissionais de saúde, em geral, têm conhecimento sobre a importância do AMEX desde as primeiras horas pós-nascimento até o sexto mês de vida da criança, apesar de ainda haver certas dúvidas pontuais que devem ser sanadas, principalmente sobre aleitamento materno exclusivo e duração do aleitamento materno. Estas falhas de conhecimento podem implicar na falta de habilidade e efetividade dos profissionais de saúde em promover o aleitamento materno à sociedade (DACHEW; BIFFTU, 2014).

Segundo o MS, 2015, o profissional de saúde promotor do aleitamento materno deve estar preparado, pois, por mais competente que seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, considerando os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar deve reconhecer a mulher como protagonista no seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.

Pesquisa realizada na Espanha revelou que os profissionais de saúde, por estarem pouco informados em relação ao aleitamento materno e por se mostrarem muitas vezes ausentes no acompanhamento da dupla mãe-filho, acabam por desencorajar a mãe e a abandonar o aleitamento materno exclusivo (ORIBE et al., 2015).

Acredita-se que a proximidade com um maior número de serviços de saúde qualificados, o acesso facilitado a esses e às informações sobre os benefícios da amamentação, inclusive pelos meios de comunicação, contribuem para o estímulo e promoção do aleitamento materno (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006). Salustiano et al., 2012, destacam que hospitais públicos prestam mais informações às mães do que os particulares, e que práticas facilitadoras da amamentação tendem a ser encontradas com maior consistência em mães que frequentam esses hospitais, principalmente nos hospitais universitários, pelo fato de estarem mais comprometidos com a educação e a ciência.

Em um estudo feito por Hopkins et al., 2015, foi analisada as diferenças entre crianças amamentadas com leite materno, fórmula industrializada e leite de vaca. Foi destacado que mães que amamentam seus filhos com leite de vaca estão relacionadas com menor nível educacional quando comparadas às outras mães, cuja alimentação do filho é fórmula ou leite materno. A partir dos oito meses de idade, crianças alimentadas com outros tipos de leite que não o materno tiveram maior aumento de peso, devido à oferta energética exacerbada, sendo caracterizado como prejudicial. Ambos os tipos de leite são causadores de grande aumento de peso na infância; porém, os efeitos de sobrepeso e obesidade não prevalecem em crianças maiores (a partir de quatro anos de idade) quando é ofertada fórmula láctea. (HOPKINS et al., 2015).

Para crianças amamentadas exclusivamente, não há vantagens em se iniciar a alimentação complementar antes dos seis meses de vida da criança, podendo, inclusive, causar prejuízos à saúde desta. A introdução precoce de alimentos está associada a maior número de

episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno (por exemplo alimentos muito diluídos), menor absorção de nutrientes importantes do leite materno (como ferro e zinco) e menor duração do aleitamento materno (Ministério da Saúde, 2015).

A introdução da alimentação complementar está diretamente relacionada com o aleitamento materno, pois este possibilita que crianças sejam introduzidas aos alimentos sólidos com mais meses de idade, quando comparadas às que recebem fórmula láctea. A criança que é amamentada no seio é exposta a diferentes *flavours* voláteis presentes na alimentação materna, e em comparação às crianças não amamentadas, estes *flavours* são mais variados. Isto se relaciona com o aprendizado de diferentes sabores na infância, e a aceitação de diferentes alimentos na época da introdução alimentar é melhor em crianças amamentadas (ROBINSON; FALL, 2012).

Fatores Associados à Prática do Aleitamento Materno

Há vários fatores capazes de influenciar a oferta de aleitamento materno, exclusivo ou não. Entre eles, destaca-se a técnica de amamentação, a idade materna, o local de residência, profissão materna, tempo de licença maternidade, tipo de parto, pré-natal, paridade, amamentação no primeiro dia de vida, a confiança materna e o uso de chupeta.

O acompanhamento pré-natal tem impacto sobre o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e a introdução da alimentação complementar (SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013). O fato da mãe participar de menos de quatro consultas pré-natal é associado com a descontinuação do aleitamento materno exclusivo. O acompanhamento pré-natal é uma importante ferramenta para divulgação dos Dez Passos Para a Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos; quanto maior o conhecimento da mãe sobre este guia, mais longo é o tempo de aleitamento materno exclusivo (BABAKAZO et al., 2015; Ministério da Saúde, 2010).

A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo na prevalência do aleitamento materno, em especial entre as primíparas (Ministério da Saúde, 2015). É observado que mães multíparas são duas vezes mais propensas a oferecer aleitamento materno exclusivo do que mães primíparas (DACHEW; BIFFTU, 2014;

FRANÇA et al., 2007). O abandono do aleitamento materno nos primeiros meses de vida da criança também está relacionado com o planejamento da mãe durante a gravidez com relação a qual tipo de aleitamento iria ser ofertado ao seu filho e a confiança na habilidade de amamentar; sendo que estas estão mais relacionadas com mães primíparas (BABAKAZO et al., 2015; ORIBE et al., 2015).

As primíparas são mais propensas a iniciar o aleitamento materno. No entanto, costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente alimentos complementares (OLIVEIRA et al., 2010). Outros estudos demonstram a multiparidade como fator de proteção à prática do aleitamento materno exclusivo, mantendo-o por maior período de tempo (SALUSTIANO et al., 2012). Outra pesquisa indica que mães primíparas tendem a pensar que não têm leite suficiente para oferecer ao seu filho ou que este seja fraco nutricionalmente, diminuindo o aleitamento materno. Estas também podem não conseguir amamentar por seu mamilo apresentar bico plano ou invertido, causando assim maior insegurança. A falta de experiência em mães primíparas leva estas a associar o choro da criança com insuficiência de leite materno (LEE et al., 2013).

A técnica de amamentação é de extrema importância para o sucesso deste. Apesar de a sucção do recém-nascido ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Isto envolve uma ampla abertura da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola e a posição em que a dupla mãe-bebê se encontra. A posição inadequada de um ou ambos caracteriza na denominada “má pega”, que dificulta o esvaziamento da mama, resulta em má nutrição do bebê e desconforto para a mãe, pois acaba machucando os mamilos, causando lesões (Ministério da Saúde, 2015).

Mulheres que amamentam seus filhos exclusivamente com leite materno nas primeiras vinte e quatro horas de vida tendem a continuar o aleitamento materno no mínimo até o sexto mês de vida do bebê (FORSTER et al., 2015). No Brasil, estima-se que 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida (Ministério da Saúde, 2009).

A grande maioria das puérperas tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho. Porém, a falta de confiança materna leva à insegurança quanto à incapacidade de nutrir plenamente seu bebê, a ponto de as mulheres acharem que seu leite é fraco, ou que produzem pouco leite. A ansiedade decorrente da insegurança pode ser incidida sob e a criança, que responde com choro e mamadas mais frequentes, causando um

ciclo vicioso. Por isso, é de grande importância atentar para a segurança e confiança materna (Ministério da Saúde, 2015).

O fator associado a isto é a intenção da mãe de amamentar até o sexto mês ou mais; por outro lado, problemas com o aleitamento materno no primeiro dia da criança (o bebê estar muito sonolento, não dispor de leite materno suficiente, dor ou trauma nos seios da mãe, criança com baixa glicose sanguínea e preocupação com a perda de peso do recém-nascido) estão negativamente associados com o aleitamento materno aos seis meses de idade. Nas primeiras vinte e quatro horas pós-parto, estima-se que apenas 50% das crianças sejam amamentadas ao seio, sendo que mães multíparas são mais destinadas a esta prática que primíparas. Esta tendência continua sendo observada no sexto mês pós-parto (FORSTER et al., 2015). Lee et al, 2013, destacam que mães primíparas preocupam-se em oferecer colostro aos seus filhos, por reconhecerem este como sendo um importante fator imunológico, contendo propriedades nutricionais.

Evidencia-se que uma grande influência no aleitamento materno, exclusivo ou não, é o apoio e opinião dos familiares – principalmente as avós materna e paterna. Estas parecem ser causadoras do descarte de colostro, não sendo oferecido à criança; de postergar o início do aleitamento materno e de introduzir outros alimentos na dieta infantil antes dos seis meses de vida. Conselhos vindos de outros familiares e amigos também influenciam fortemente o aleitamento materno (LEE et al., 2013).

O maior nível de educação materna, como o término do ensino médio e do ensino superior, está relacionado com melhores tempos de aleitamento materno e de introdução de alimentação complementar; por aumentar o nível de entendimento sobre a alimentação infantil, com sua demanda e seus benefícios, além de empoderá-las a resistir às pressões e interferências externas em relação ao assunto. Em relação à educação paterna, esta associação também ocorre devido à maior capacidade de compreensão e apoio à sua esposa, provendo ajuda e aprovação ao que a mãe decide para a saúde do seu filho (LEE et al., 2013; SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013).

O fato de a mãe estar envolvida em uma atividade trabalhista é fortemente associado ao não aleitamento materno. A presença da mãe em casa constitui um importante fator de proteção para a prática do aleitamento materno exclusivo. Atualmente, há maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e, portanto, são expostas a longas jornadas de trabalho, além de muitas vezes não poder usufruir da licença maternidade por seis meses, sob o risco de

perderem sua posição profissional. Até mesmo as mães que são profissionais liberais sofrem problemas com a amamentação, por ter dificuldades em se manter fora das atividades profissionais por tempo prolongado (SALUSTIANO et al., 2012). Por outro lado, mães “do lar” estão mais propensas a iniciar a alimentação complementar no tempo correto. Elas estão frequentemente em casa e tendem a não oferecer outros alimentos precocemente à criança (SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013).

Por conseguinte, outros autores mostram o fato visto de outro ângulo: ao invés de as mulheres deixarem o mercado de trabalho devido à amamentação, o que ocorre mais comumente é permanecer no trabalho ou na escola e utilizar substitutos do leite materno ou interromper a amamentação. Poucas mulheres recebem apoio durante a amamentação por direitos da maternidade e do trabalho, para serem capazes de continuar no mercado de trabalho e ainda amamentar (ROLLINS et al., 2016).

O uso de chupeta tem sido desaconselhado, pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno. Crianças que usam chupeta são amamentadas com menor frequência, o que pode afetar a produção do leite. O uso de chupeta pode comprometer em quatro vezes mais o desmame precoce (SALUSTIANO et al., 2012; Ministério da Saúde, 2015).

O tipo de alimentação complementar oferecida pela mãe também está relacionada à paridade. Mães primíparas oferecem mais refeições lácteas e sopas a seus filhos, enquanto mães multíparas tendem a oferecer comida de sal, semelhante à da família (SALDIVA et al., 2007). Em consonância, mães multíparas têm maior probabilidade de oferecer a alimentação complementar aos seus filhos no momento adequado (a partir dos seis meses de idade), em razão de já terem sido expostas repetidamente às informações de educação alimentar em gestações anteriores, adquirindo experiência em relação ao assunto (SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013).

Alimentação Complementar

A alimentação complementar, oferecida a partir do sexto mês de vida, deve ser adequada às necessidades nutricionais da criança, em boas condições higiênicas e respeitando os sinais de apetite e saciedade da criança. Ela deve ser introduzida de forma gradual, juntamente com a continuação do aleitamento materno; visto que a criança já apresenta

maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos (Ministério da Saúde, 2013). A adequação nutricional se expressa em presença de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil, variedade dos alimentos oferecidos, densidade energética dos alimentos e ausência de produtos ultraprocessados. Além disso, deve-se levar em consideração a inocuidade das preparações e ausência de aditivos alimentares (OLIVEIRA et al., 2015; SALDIVA et al., 2007).

As definições de idade da introdução da alimentação complementar se dão da seguinte forma: precoce, quando iniciada antes dos seis meses de vida; oportuna, quando iniciada entre seis e sete meses e tardia, quando iniciada a partir dos sete meses de vida (OLIVEIRA et al., 2015). Segundo o Ministério da Saúde, 2015, a definição do período adequado para iniciar a introdução dos alimentos deve levar em conta a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança. Por volta dos seis meses de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção dos nutrientes atingem um nível satisfatório, e a criança vai ser adaptando física e fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto a consistência e a textura (WHO, 2003).

Para as crianças amamentadas exclusivamente, a alimentação complementar deve ser introduzida a partir dos seis meses de idade, de forma lenta e gradual, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. Muitas crianças deixam de ser amamentadas nos primeiros meses de vida e recebem alimentos não saudáveis, ao invés de alimentos caseiros e regionais. Essas escolhas prejudicam a formação de hábitos alimentares saudáveis e podem favorecer o aparecimento de doenças, ainda na infância, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 (Ministério da Saúde, 2010). A WHO, 2002, preconiza que sejam oferecidas de duas a três refeições ao dia para crianças de seis a oito meses; de três a quatro para crianças de nove a onze meses e, a partir de então, que as refeições sejam oferecidas juntamente com as da família. Na idade de seis a doze meses o leite materno pode contribuir com aproximadamente metade da energia requerida nesta faixa etária e 1/3 da energia necessária no período de 12 a 24 meses. Se a criança não estiver em aleitamento materno, ela deve começar a receber alimentos complementares já a partir do quarto mês de vida, e ao completar oito meses a criança já pode receber a alimentação básica da família, desde que não seja muito temperada (Ministério da Saúde, 2010/2015).

A oferta da alimentação complementar deve incluir os seis grupos alimentares básicos para fornecer uma nutrição completa: grãos, raízes e tubérculos, leguminosas e oleaginosas, produtos lácteos, carnes, ovos, frutas e legumes (WHO, 2008).

Esta deve ser espessa e servida com a colher, sendo iniciada com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família. Não devem ser oferecidas refeições de baixa densidade energética, como sopas, caldos e sucos. Devem ser oferecidos alimentos diferentes a cada dia, caracterizando uma alimentação variada, que fornece à criança a quantidade de vitaminas e minerais que ela necessita. O consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições deve ser estimulado. Alguns alimentos devem ser evitados nos primeiros anos de vida, como açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, além de sal em demasia; pois estes estão associados à anemia, excesso de peso e alergias alimentares (Ministério da Saúde, 2013).

A oferta adequada de energia e nutrientes necessários a partir do sexto mês de vida são resultados de um balanço entre aleitamento materno apropriado e alimentação complementar, não havendo uma ordem estabelecida entre eles em uma refeição (WHO, 2002). A desnutrição é responsável por aproximadamente 60% das mortes anuais de crianças menores de cinco anos; e grande parte deste valor se dá por práticas alimentares inapropriadas durante o primeiro ano de vida. Apenas 35% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os primeiros quatro meses de vida, e a alimentação complementar não tem início no momento adequado. Além disso, os alimentos oferecidos às crianças tendem a ser inseguros e inadequados nutricionalmente. Crianças que não recebem aleitamento materno deveriam receber atenção especial das instituições sociais e de saúde, já que representam um grupo de risco (WHO, 2003).

No Brasil, percebe-se que a introdução precoce de água, chás e outros leites ocorre já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses já consomem comida salgada e frutas. Por outro lado, também um quarto das crianças entre seis e nove meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semisólidos na dieta da criança, ainda não recebem comida salgada. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, constata-se consumo elevado de café, refrigerantes, e especialmente bolachas e salgadinhos, entre as crianças de nove a doze meses (Ministério da Saúde, 2009).

Comparando a introdução de alimentos complementares entre crianças que recebem leite materno e fórmula láctea, as que recebem fórmula são introduzidas mais precocemente aos alimentos, entre três e cinco meses de idade. Além disto, mães que amamentam seus filhos com fórmulas lácteas tendem a oferecer “comida infantil” (alimentos que são oferecidos apenas a crianças da primeira infância) como alimentação complementar no primeiro ano de vida, enquanto as que amamentam com leite materno tendem a oferecer “comida normal” (alimentos que não são restritos às crianças; são oferecidos também a crianças maiores e adultos). Isto mostra que mães que amamentam com leite materno preferem alimentos caseiros aos semiprontos e industrializados, enquanto que mães que já utilizam fórmulas prontas tendem a introduzir outros alimentos industrializados na dieta infantil (SCHIESS et al., 2010).

Schiess et al., 2010, relatam que a introdução precoce de sólidos é mais frequente em crianças amamentadas com fórmula láctea cujas mães são jovens, menores de 25 anos, assim como mães com baixo nível educacional e uso de tabaco. Um estudo indica que a maioria das mães oferece como alimento complementar líquidos à base de cereais, leite de vaca, fórmula industrializada, principalmente, e comida da família, ou uma combinação entre estes. O uso predominante de bebidas lácteas como alimentação complementar é prejudicial às crianças, por ter baixo valor nutricional, afetando o crescimento e desenvolvimento das mesmas. A inserção da alimentação complementar é influenciada pela profissão materna, o nível educacional tanto da mãe quanto do pai, a quantidade de consultas pré-natal e a paridade (SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013).

A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com frequência e passam a gostar da maneira com que eles foram introduzidos inicialmente. É desejável que ela ingira alimentos com baixos teores de açúcar, gorduras e sal, de modo que esse hábito se mantenha na fase adulta. As versões doces ou mais condimentadas dos alimentos fazem com que as crianças não se interessem por consumir frutas, verduras e legumes na sua forma natural. O leite de vaca também não é recomendado para crianças menores de um ano, por não ser nutricionalmente adequado e ser potencialmente alergênico (Ministério da Saúde, 2015).

Diante da temática exposta sobre a importância do aleitamento materno e a adequada introdução da alimentação complementar, se torna importante explorar os fatores associados

às práticas alimentares infantis, como a paridade, e quais são suas consequências para a alimentação infantil.

2. JUSTIFICATIVA

A paridade pode ser um fator importante na alimentação infantil, principalmente nos seis primeiros meses pós-parto, torna-se necessário avaliar a real influência da paridade no aleitamento materno, no uso de fórmulas infantis e na oferta da alimentação complementar. Tendo em vista que não há estudos que explicam a consequência da paridade na alimentação infantil, faz-se necessário este estudo, visando que as mães sejam melhor amparadas e possam proporcionar aos seus filhos, com sucesso, a alimentação nos primeiros meses de vida da criança.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a influência da paridade na amamentação e introdução de alimentação complementar em crianças até os seis primeiros meses pós-parto.

Objetivos Específicos

- Verificar as diferenças no tempo e frequência do aleitamento materno exclusivo;
- Avaliar a introdução de fórmula infantil aos seis meses de vida;
- Comparar a introdução da alimentação complementar, em termos de tempo e qualidade, entre primíparas e multíparas.

REFERÊNCIAS

BABAKAZO, P. et al. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: a prospective study. **International breastfeeding journal**, v. 10, p. 19, jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, número 23. Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf>.

Acesso em: 22 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf>.

Acesso em: 30 ago. 2015

BRASIL. Portaria n 1.920, de 5 de setembro de 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 4 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>.

Acesso em: 9 set. 2015

CHOWDHURY et al. Breastfeeding and Maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 96 - 113, dez. 2015.

DACHEW, B. A.; BIFFTU, B. B. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. **International breastfeeding journal**, v. 9, p. 11, jan. 2014.

- FORSTER, D. A. et al. Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6 months postpartum: a prospective cohort study. **BMJ open**, v. 5, n. 5, p. e007512, jan. 2015.
- FRANÇA, G. V. A. DE et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711–718, out. 2007.
- GIUGLIANI, et al. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 20 - 29, dez. 2015.
- HOPKINS, D. et al. Effects on childhood body habitus of feeding large volumes of cow or formula milk compared with breastfeeding in the latter part of infancy. **The American journal of clinical nutrition**, 9 set. 2015.
- HORTA, B. L.; MOLA, C. L.; VICTORA, C. G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 30 - 37, dez. 2015.
- LEE, H. M. H. et al. A qualitative study on the breastfeeding experiences of first-time mothers in Vientiane, Lao PDR. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 13, p. 223, jan. 2013.
- LODGE, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 38 - 53, dez. 2015.
- OLIVEIRA, J. DE S. et al. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. **Rev Rene**, v. 11, n. 4, p. 95 - 102, out-dez, 2010.
- OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 377–394, fev. 2015.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, DC, 2002. Disponível em: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_cuantificacion_de_beneficios_de_la_LM.pdf>. Acesso em: 3 set. 2015
- ORIBE, M. et al. [Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa]. **Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S**, v. 29, n. 1, p. 4–9, 1 jan. 2015.
- ROBINSON, S.; FALL, C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence.

Nutrients, v. 4, n. 8, p. 859–74, ago. 2012.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 30 jan. 2016.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**, v. 83, p. 53 - 58, jan - fev. 2007.

SALUSTIANO, L. P. DE Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28–33, jan. 2012.

SCHIESS, et al. Introduction of Complementary Feeding in 5 European Countries. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 50, n. 1, p. 92–98, 2010.

SHUMEY, A.; DEMISSIE, M.; BERHANE, Y. Timely initiation of complementary feeding and associated factors among children aged 6 to 12 months in Northern Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. **BMC public health**, v. 13, p. 1050, jan. 2013.

VASCONCELOS, M. G. L. DE; LIRA, P. I. C. DE; LIMA, M. DE C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99–105, mar. 2006.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 30 jan. 2016.

WHO. Complementary feeding: summary of guiding principles. WHO, Genebra, 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42739/1/924154614X.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2015

WHO. Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2015

WHO. Indicators For Assessing Breastfeeding Practices. WHO, Genebra, 1991. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015

WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. WHO, Genebra, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf>. Acesso em: 31

ago. 2015

WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO, Geneva, 2001. Disponível em:

<http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acesso em: 4 set. 2015

4. ARTIGO ORIGINAL

INFLUÊNCIA DA PARIDADE SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL NOS PRIMEIROS SEIS MESES PÓS-PARTO

Renata Oliveira Neves¹, Juliana Rombaldi Bernardi¹, Clécio Homrich da Silva¹, Marcelo Zubarán Goldani¹, Vera Lúcia Bosa¹

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo:

Objetivo: Avaliar a influência da paridade na amamentação e na introdução da alimentação complementar em crianças até os seis primeiros meses pós-parto.

Métodos: Estudo realizado em uma amostra de conveniência de puérperas. A coleta de dados se deu entre 2011 e 2015, por meio de 6 entrevistas. Analisou-se o tempo da primeira mamada após o nascimento, frequência e tempo de aleitamento materno e frequência de consumo de outros leites; além de variáveis relacionadas à alimentação complementar.

Resultados: A amostra consistiu de 152 pares mãe-bebê, contando com 69 mães primíparas e 83 multíparas. Houve tendência de mães multíparas a amamentar mais do que primíparas ($p=0,076$), além de oferecer o primeiro aleitamento materno ao seu filho em menor tempo após o parto ($p=0,027$). Dentre as primíparas percebeu-se maior oferta de outros leites que não o materno aos seus filhos ($p=0,011$). Analisando o tempo da introdução alimentar, percebeu-se que as primíparas tendem a oferecer alimentos complementares mais cedo e inapropriados às crianças ($p=0,038$).

Conclusão: Pôde-se perceber que a paridade influencia no aleitamento materno e na alimentação complementar. Faz-se necessário maior atenção do sistema de saúde com mães primíparas, para que tenham maior nível de entendimento e realizem a nutrição infantil de forma correta.

Palavras-chave: amamentação; nutrição do lactente; paridade; puerpério.

Abstract:

Objective: Evaluate the influence of parity on breastfeeding and on the introduction to complementary feeding in children up to six months after childbirth.

Methods: Study conducted through a convenience sample with women who had recently given birth. Data collection was from 2011 until 2015, via six interviews. There was an analysis of the time taken in the first baby feeding, the frequency and the time of breastfeeding and the frequency of using other types of milk; apart from the variables related to complementary feeding.

Results: The sample consisted of 152 mother-baby pairs, being 69 of them primiparous and 83 multiparous. There was a tendency among multiparous mothers to breastfeed their children more than the primiparous ones ($p=0.076$), moreover they breastfed their babies sooner than most primiparous mothers did after postpartum ($p=0.027$). Among primiparous there was a higher offer of other kinds of milk rather than their own breast milk ($p=0.011$). When investigating the time of the introduction to infant nutrition, it is noticeable that primiparous are more likely to offer complementary, and sometimes even inappropriate, food sooner to their children ($p=0.038$).

Conclusion: It was detected that parity influences on breastfeeding and on complementary feeding. It is a prior necessity of the health system to take a better care of primiparous mothers, just so that they can have a higher level of understanding in the matter and feed their babies properly.

Key words: breast feeding; infant nutrition; parity; postpartum period.

Introdução

Após a gestação, a amamentação é a principal alternativa nutricional para a criança, por associar os elementos fundamentais da nutrição: alimento, saúde e cuidados¹. Ela deve ser oferecido de forma exclusiva até os seis meses de idade; sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento².

Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação³. Pesquisas indicam que os profissionais de saúde, em geral, ainda possuem certas dúvidas pontuais que devem ser sanadas, principalmente sobre aleitamento materno exclusivo e duração do aleitamento materno. Estas falhas de conhecimento podem implicar na falta de habilidade e efetividade dos profissionais de saúde em promover o aleitamento materno à sociedade^{4,5}.

Para crianças amamentadas exclusivamente, não há vantagens em se iniciar a alimentação complementar antes dos seis meses de vida da criança, podendo, inclusive, causar prejuízos à saúde desta. A introdução precoce de alimentos está associada a maior número de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, risco de

desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, menor eficácia da amamentação como método anticoncepcional e menor duração do aleitamento materno⁶.

Há vários fatores capazes de influenciar a oferta de aleitamento materno, exclusivo ou não. Entre eles, destaca-se paridade. As primíparas são mais propensas a iniciar o aleitamento materno; no entanto, costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente alimentos complementares. Uma hipótese é de que elas tendem a pensar que não têm leite suficiente para oferecer ao seu filho ou que este seja fraco nutricionalmente, diminuindo o aleitamento materno^{7,8}. Outro estudo demonstra a multiparidade como fator de proteção à prática do aleitamento materno exclusivo, mantendo-o por maior período de tempo⁹.

A alimentação complementar deve ser adequada às necessidades nutricionais da criança, em boas condições higiênicas e respeitando os sinais de apetite e saciedade da criança. Ela deve ser introduzida de forma gradual, juntamente com a continuação do aleitamento materno; visto que a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos³. Para as crianças amamentadas exclusivamente, a alimentação complementar deve ser introduzida a partir dos seis meses de idade, de forma lenta e gradual, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

A oferta da alimentação complementar deve incluir os seis grupos alimentares básicos para fornecer uma nutrição completa: grãos, raízes e tubérculos, leguminosas e oleaginosas, produtos lácteos, carnes, ovos, frutas e legumes¹⁰. Comparando a introdução de alimentos complementares entre crianças que recebem leite materno e fórmula láctea infantil, as que recebem fórmula são introduzidas mais precocemente aos alimentos, entre três e cinco meses de idade. Além disto, mães que amamentam com leite materno preferem oferecer aos seus filhos alimentos caseiros aos semiprontos e industrializados, enquanto que mães que já

utilizam fórmulas prontas tendem a introduzir outros alimentos industrializados na dieta infantil¹¹.

Considerando a relevância do tema exposto, este estudo objetiva investigar a influência da paridade na amamentação e na introdução de alimentação complementar em crianças até os seis primeiros meses pós-parto; verificando a diferença no tempo de aleitamento materno exclusivo, avaliando o momento da introdução de fórmula infantil e comparando a introdução da alimentação complementar, em termos de tempo e qualidade, entre primíparas e múltíparas.

Metodologia

Trata-se de um estudo de coorte realizado com uma amostra de conveniência de puérperas, nos anos de 2011 a 2015. O estudo está inserido em um projeto maior prospectivo controlado intitulado IVAPSA (Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida). O objetivo da coorte é compreender os efeitos em longo prazo de variações ambientais perinatais sobre crescimento, nutrição, comportamento, metabolismo e neurodesenvolvimento do indivíduo, assim como identificar a vulnerabilidade para efeitos deletérios destas variações¹².

A coleta de dados foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e hospitais Fêmeina e Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Foram realizadas seis entrevistas: entre 24 e 48 horas pós-parto e aos 7, 15, 30, 90 e 180 dias de vida da criança.

Para este estudo o cálculo do tamanho de amostra foi realizado no programa WINPEPI®, versão 11.43, com base no estudo de DACHEW; BIFFTU⁴, que

objetivou investigar o acesso a práticas de aleitamento materno e fatores associados. Para este cálculo foi considerado poder de 80% e nível de significância de 5%, com capacidade de detectar uma diferença de 1 mês entre as médias de aleitamento materno, considerando o desvio padrão de 1.7 comum aos grupos de paridade. Chegou-se ao tamanho amostral mínimo de 94 sujeitos, acrescentando 20% para possíveis perdas e recusas, totalizando 116 participantes.

Os critérios de inclusão consistiram em puérperas e seus recém-nascidos (RN) atendidos no GHC ou no HCPA residentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estas foram selecionadas de modo aleatório pelo prontuário dos hospitais. Foram excluídas mulheres com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, com teste positivo para HIV, tabagistas, idade gestacional inferior a 37 semanas, crianças gemelares ou que apresentaram doenças congênitas ao nascimento ou que necessitaram de internação hospitalar, e crianças pequenas para a idade gestacional.

Periodicamente os entrevistadores foram treinados, a fim de padronizar as técnicas de coleta e as entrevistas. A seleção das mães, de modo aleatório, foi feita pela análise dos prontuários, nos alojamentos conjuntos dos hospitais, onde foi realizada a primeira entrevista. As demais entrevistas ocorreram no domicílio das mães ou no Centro de Pesquisa Clínica do HCPA, conforme disponibilidade da mãe. Foram aplicados questionários específicos sobre dados maternos, socioeconômicos, familiares e sobre a alimentação da criança. Dos participantes foi mantido anonimato, com a codificação dos dados e número de identificação.

Na primeira entrevista, entre 24 e 48 horas pós-parto, era feito o convite à mãe para participar da pesquisa. Aceito o convite, era entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após se procedia à primeira coleta de dados, com um

questionário com perguntas gerais sobre dados socioeconômicos e demográficos, além de dados do companheiro, sobre o parto e o recém-nascido.

Na segunda entrevista eram coletados dados sobre a alimentação da criança na alta hospitalar e o tempo pós-parto da primeira mamada. Nesta e nas entrevistas subsequentes, indagava-se o bebê mamava no peito (e caso tenha parado de mamar, com quantos dias), se já havia recebido outro leite, alimentos sólidos ou os seguintes itens: água, chá, suco, refrigerante, açúcar, achocolatado, mel, café, fruta, papa ou sopa, sopa industrializada, verduras ou legumes, leguminosas, comida da família, carne, miúdos, ovo, embutidos, bolacha recheada, bolacha doce, danoninho, chocolate ou bombom, bala ou pirulito, salgadinho, gelatina, pudim, sacolé, picolé, sorvete e frituras.

As variáveis de categorização da amostra foram: raça (branca/não branca), idade materna, escolaridade materna, renda familiar mensal, morar com o companheiro, número de consultas pré-natal, Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional (em kg/m²) e tipo de parto (cesariana/vaginal). As variáveis relacionadas ao aleitamento materno foram tempo da primeira mamada após o nascimento (em minutos); frequência de aleitamento materno total e exclusivo (em dias); tempo de aleitamento materno total e exclusivo (em dias) e frequência de consumo de outros leites, que não o materno.

A construção destas variáveis se deu na adaptação dos conceitos relacionados ao aleitamento materno segundo a Organização Mundial da Saúde¹³: Aleitamento Materno (AM) após o nascimento, que consistiu no tempo, em minutos, entre o nascimento da criança e a primeira mamada ao peito (excluiu-se da análise as mães que relataram terem amamentado seus filhos após o primeiro dia de vida (n=6)); Aleitamento Materno Total (AMT), quando a criança se encontrava em aleitamento materno, independente de outros líquidos ou alimentos oferecidos; Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX) foi considerado quando a criança

recebia apenas leite materno, sem ser oferecido qualquer outro líquido ou sólido, com exceção de suplementos e medicamentos. A variável Fórmulas Infantis foi definida como fórmulas lácteas infantis industrializadas ou caseiras, com adição de leite de vaca.

As variáveis relacionadas à alimentação complementar foram divididas segundo a introdução dos seguintes grupos alimentares, proposto pelo Ministério da Saúde³: cereais (inserção de cereais enriquecidos ou não no leite oferecido ou bolacha doce), verduras, frutas, leites e derivados (leite de vaca, iogurtes ou queijo), carnes (carnes, miúdos ou ovos), leguminosas, alimentos açucarados (suco artificial, refrigerante, açúcar adicional, achocolatado, mel, bolacha recheada ou wafer, chocolate, bombom, bala, pirulito, gelatina, pudim, sacolé, sorvete ou picolé) e outros (café, sopa industrializada, embutidos, salgadinho ou frituras). Dividiu-se a introdução dos alimentos nos tempos ≤ 4 meses e entre 5-6 meses. Excluiu-se das análises as crianças que não haviam consumido os alimentos complementares citados.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA®). As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de número absoluto e percentual e as variáveis contínuas por média e desvio padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil [percentil 25-75]. O teste qui-quadrado ou exato de Fisher foi utilizado nas análises para detectar diferenças entre proporções e médias. O teste t de *Student* ou *Mann Whitney* foi utilizado para detectar diferenças entre as médias e medianas. Para todas as análises, foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos hospitais GHC e HCPA, sob os números 11-027 e 11-0097, respectivamente. As participantes assinaram o TCLE, em duas vias, ficando uma com as mesmas e outra sob a guarda do projeto.

Resultados

A amostra consistiu-se de 152 pares mãe-bebê, contando com 69 mães primíparas (45,39%) e 83 multíparas (54,61%). A média (DP) de filhos manteve-se em 2,57 ($\pm 1,22$).

Na **tabela 1** observa-se que a maioria das mulheres era da raça branca, com maior ocorrência de parto vaginal. Entre as primíparas encontram-se as mulheres mais jovens ($p < 0,001$), com maior renda familiar ($p = 0,041$), maior número de consultas pré-natal ($p = 0,048$), além de iniciar a gestação com menor IMC ($p = 0,009$) quando comparadas com as multíparas.

Comparando a frequência de aleitamento materno entre primíparas e multíparas, pode-se observar que ambos seguem frequências parecidas, tanto para aleitamento materno exclusivo quanto para aleitamento materno total. Entretanto, mães multíparas conseguem oferecer o aleitamento materno ao seu filho em menor tempo após o parto do que as primíparas ($p = 0,027$).

Sobre o tempo médio de aleitamento materno em suas categorias, não houve diferença estatística entre os grupos, tanto em aleitamento materno total quanto em exclusivo ($p > 0,05$). Entretanto, as primíparas oferecem com maior frequência outros leites que não o materno aos seus filhos ($p = 0,011$) (**Tabela 2**).

Analisando as categorias de tempo da introdução alimentar, percebe-se que as primíparas tendem a oferecer alimentos mais cedo às crianças do que as multíparas, antes mesmo dos quatro meses de vida da criança. Isto pode ser visto mais claramente quando comparada a oferta de carnes e leguminosas, apresentando diferença estatisticamente

significativa entre os grupos ($p=0,038$ e $p=0,040$, respectivamente). Não houve diferença significativa nos demais alimentos analisados ($p>0,05$) (**Tabela 3**).

Discussão

No presente estudo, a idade materna das primíparas foi menor que a das multíparas. O mesmo resultado foi encontrado por Oliveira et al⁷ destacam que a idade materna mais jovem pode estar relacionada com o menor tempo de aleitamento materno por se correlacionar com menor grau de escolaridade, menor poder aquisitivo e não ter união conjugal estável. O presente estudo vai a contraponto desta definição, pois as mães multíparas apresentaram renda familiar mensal menor que a das primíparas.

O número de consultas pré-natal foi maior entre primíparas. Isto vai de encontro às informações passadas no Caderno de Atenção Básica, número 23⁶, que ressalta a importância do acompanhamento pré-natal, principalmente entre primíparas. Nele, são abordados aspectos essenciais, como os planos da gestante em relação à alimentação da criança, mitos, crenças, medos e preocupações, a importância da amamentação e possíveis dificuldades que podem ser encontradas durante o aleitamento materno.

Victora et al.¹⁴ referem que as desigualdades na amamentação relacionadas à renda são pequenas; porém, são grandes as disparidades nas taxas de amamentação continuada até os 24 meses de vida da criança. As pessoas de menor classe social tendem a amamentar por mais tempo que as pessoas de maior poder aquisitivo, especialmente nos países de média renda. Uma possível causa para este quadro pode ser indicada pelas mães com menor renda passarem a utilizar substitutos do leite materno com o aumento da sua renda.

Estudo publicado recentemente¹⁵ sugere que a duração da amamentação pode ser fortemente influenciada pelo estado nutricional da mãe. É citado que mães com maior IMC sofrem maior desconforto social por amamentar em público. A duração da amamentação difere fortemente entre mulheres eutróficas, com sobrepeso e obesidade; e, além disto, mulheres obesas são significativamente mais prováveis a sentir desconforto ao amamentar, até mesmo na presença de amigas próximas.

No presente estudo, foi obtida frequência semelhante de aleitamento materno exclusivo, independente da paridade. Mães multíparas apresentaram tendência a oferecer de forma mais rápida o colostro ao recém-nascido e amamentar com mais frequência que primíparas. A contraponto, as primíparas ofereceram mais fórmulas infantis que multíparas, principalmente aos seis meses de vida da criança.

Em uma coorte realizada em Guipúzcoa⁵, Espanha, a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses pós-parto foi 53,7%, e aos seis meses 15,4%. Relacionou-se, também, a primiparidade como grande fator de risco de abandono do aleitamento materno logo após o parto. Shumey¹⁶ prevê que o abandono do aleitamento materno nos primeiros meses após o parto poderia ser prevenido mediante maior assessoramento dos profissionais da saúde. Ele destaca a importância do maior apoio profissional às primíparas e de menor classe social, impulsionando uma política de apoio na rede de saúde. Entre os quatro e seis meses pós-parto, o abandono do aleitamento se deve à volta ao trabalho, mostrando que mães do lar conseguem manter a amamentação por maior período de tempo.

A indústria de substitutos do leite materno é grande e crescente, e sua propaganda enfraquece os esforços para melhorar a amamentação¹⁷. Em estudo feito com puérperas multíparas⁷, verificou-se que o desmame precoce não foi uma consequência da multiparidade,

visto que a maioria das puérperas amamentaram seus filhos por mais de quatro meses de vida. Dentre os fatores que levaram às mães oferecer fórmula láctea, o mais prevalente foi o fato de o neonato recusar o leite materno. No grupo de mulheres com maior escolaridade (acima de sete anos), destacou-se também a mãe achar que tinha pouco leite para ofertar e esta acreditar que seu leite não supria a fome do bebê.

França et al¹⁸ também definiram que em crianças menores de um ano a primiparidade se mostra como uma tendência de risco para o desmame. Em crianças menores de seis meses de vida ou menos, as principais associações ao risco de a criança não estar em amamentação exclusiva foram ser filho de mãe com primeiro ou segundo grau de escolaridade, usar chupeta ou ser filho de mãe primípara. Dachew e Biffu⁴, em estudo com 178 mães, destacaram que todas as mães tinham o conhecimento de que o colostro é bom para o bebê; e 78,7% sabiam que a criança deve receber apenas leite materno, sem qualquer suplemento, até os seis meses. Neste estudo, 35,9% das participantes amamentaram exclusivamente até os seis meses, e o tempo médio de aleitamento materno exclusivo foi $4,1 \pm 1,7$ meses. A multiparidade foi significativa como fator positivo para a amamentação; ou seja, esta é considerada fator de proteção contra a prática do desmame precoce⁹.

Babakazo et al¹⁹, em sua pesquisa, perceberam que apenas 87,5% das crianças recém-nascidas receberam AMEX na maternidade. Aos seis meses de vida, 2,8% destas estavam em AMEX. A maior taxa de desmame precoce ocorreu até o quarto mês pós-parto, em que 82% das crianças sofreram descontinuidade à amamentação exclusiva. Assim sendo, a média de AMEX foi 10,9 semanas. O maior fator associado ao desmame precoce foi a confiança materna na habilidade de amamentar.

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal²⁰, em 2009, constatou-se que, do total de crianças analisadas, 67,7%

mamaram na primeira hora de vida. No presente estudo, o tempo médio se deu entre 30 e 60 minutos após o nascimento, enquadrando-se além da média brasileira. A prevalência de AMEX antes dos seis meses de vida da criança foi 41,0% no conjunto de capitais e DF. Na atual pesquisa, nenhuma criança chegou aos seis meses em aleitamento exclusivo, o que pode ter ocorrido devido à grande oferta de fórmulas infantis e alimentos complementares aos seus filhos. A duração mediana de AMT na Pesquisa das Capitais foi de 54,1 dias, estando aquém da encontrada no atual estudo. Uma possível causa de a mediana nacional ser baixa é a frequente oferta de mamadeira e chupeta para as crianças. A propósito, é de se destacar que a região Sul do Brasil apresenta a maior prevalência de uso de chupeta em nível nacional, contribuindo para o menor tempo de aleitamento materno.

No que se refere ao AMEX, verificou-se na II Pesquisa das Capitais²⁰ que há maior frequência com o aumento da escolaridade materna e idade materna entre 20 e 35 anos. Na mesma pesquisa, constatou-se introdução muito precoce de água, chás e outros leites, já no primeiro mês de vida; além de cerca de 25% das crianças entre 3 e 6 meses já consumir comida salgada e frutas. Estes dados corroboram com o presente estudo, em que cerca de metade das mães entrevistadas no primeiro mês pós-parto já ofertavam alimentos que não o leite materno, e aos 4 meses de vida da criança já haver grande consumo de vários grupos alimentares. É de se destacar que algumas mães entrevistadas no presente estudo não têm a compreensão de que a oferta de outros líquidos que não o leite materno (como água e chás) não configura AMEX.

Ressalta-se que, tanto a nível nacional quanto no presente estudo, o cumprimento das metas propostas pelo Ministério da Saúde⁶ e Organização Mundial da Saúde¹³ (aleitamento exclusivo até os seis meses de vida e oferta de alimentação complementar a partir do sexto mês) ainda está distante.

Lee et al⁸, ao observar a experiência de aleitamento materno em primíparas, destacam que a grande influência sobre a prática da amamentação se constitui dos membros mais velhos da família (normalmente as avós e sogras), além de opiniões adversas vindas de amigos, parentes e profissionais de saúde; o que também traz grande influência no tempo e qualidade da alimentação complementar. As primíparas relatam insegurança na qualidade do seu leite e em decifrar o motivo do choro do bebê, e não têm a percepção de que a oferta de água e chás não se enquadra em aleitamento exclusivo. Este estudo sugere que atingir a ótima prática de aleitamento materno é algo difícil, e requer uma série de intervenções.

Em relação à alimentação complementar, no presente estudo, as primíparas ofereceram alimentos às crianças mais cedo e de forma inapropriada quando comparadas às múltíparas, antes mesmo dos seis meses de vida. Outro estudo, observando 422 mães múltíparas, verificou que o alimento complementar mais ofertado aos filhos foi líquidos à base de cereais (como sopas), seguido de leite de vaca, fórmula infantil, comida da família ou uma combinação entre duas ou mais destas opções¹⁶. A grande oferta de sopas e caldos parece diluir o conteúdo nutricional dos alimentos, afetando o crescimento e desenvolvimento das crianças. Este mesmo estudo mostra que as múltíparas com maior nível educacional ofereceram a alimentação complementar no tempo certo (aos seis meses de vida), o que pode ser explicado pela maior educação materna ajudá-las a compreender as demandas e benefícios de introduzir a alimentação complementar no tempo correto, e capacitá-las a resistir às pressões e interferências externas.

Oliveira et al²¹, ao realizarem uma proposta de instrumento para indicar a alimentação nos dois primeiros anos de vida da criança, compilaram as recomendações propostas pela OMS e o Ministério da Saúde. Diante disso, as recomendações adotadas foram iniciar a alimentação complementar, incluindo a água, aos seis meses de vida, as refeições principais devem conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos, legumes, verduras, carnes ou

ovo e leguminosas), sendo oferecido duas a três colheres de sopa ao todo por refeição, aos seis meses. Deve-se iniciar a alimentação complementar com alimentos pastosos e semissólidos, até chegar à consistência da família. Deve-se evitar açúcar, achocolatado, margarina, requeijão, café, enlatados, frituras, refrigerantes, mate, guaraná natural, balas, biscoitos, salgadinhos, sucos industrializados, gelatinas, sorvetes e picolés, bolos, tortas e outras guloseimas.

Saldiva et al²² concluíram que, entre crianças de seis a nove meses, apenas 48% recebiam leite materno e refeição de sal, e 77,1% das que não recebiam aleitamento materno recebiam refeição de sal. Aos seis meses, viu-se que a probabilidade de se consumir sopas era alta (78%); porém, a de consumir comida de panela era baixa (39%). Além disso, a probabilidade de a criança estar consumindo outros leites que não o materno era de 82%. O consumo de refeições lácteas e de sopas estava associado ao fato de a mãe ser primípara e com mais de 20 anos, enquanto que o consumo de comida de panela estava associado às mães com idade inferior a 20 anos, do lar e multíparas.

Em análise feita sobre a introdução da alimentação complementar em cinco países europeus, observou-se que as crianças que receberam fórmula infantil receberam alimentação complementar anteriormente (em média com 19 semanas de vida) às que foram amamentadas exclusivamente no seio materno (em média com 21 semanas de vida). Ademais, crianças em AMEX receberam mais “comida normal” (alimentos que podem ser oferecidos não somente a bebês, mas a crianças e adultos também), ao passo que as alimentadas com fórmula infantil tiveram maior ingestão de produtos industrializados infantis¹¹.

Rollins et al¹⁷ destacaram que as intervenções para melhorar as práticas de amamentação devem ocorrer em quatro cenários: nos sistemas e serviços de saúde, na família e comunidade, no ambiente de trabalho e em situação de emprego. Sobre as estratégias nos

serviços de saúde, se enfatiza o aconselhamento individual, educação em grupo, suporte imediato à amamentação após o parto e gerenciamento da lactação. Estas intervenções aumentaram a amamentação exclusiva em 49% e o aleitamento materno total em 66%.

Visando promover a correta alimentação infantil e auxiliar as famílias quanto às escolhas alimentares saudáveis, o Ministério da Saúde² promove os Dez Passos Para Uma Alimentação Saudável Para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, publicado em 2010. Dentre os passos, encontra-se a oferta exclusiva de leite materno até o sexto mês de vida, sem ofertar água, chás ou outros alimentos; introdução da alimentação complementar aos seis meses, de forma lenta e gradual, sendo que os grupos alimentares a ser oferecidos incluem cereais, tubérculos, leguminosas, carnes, frutas e legumes; evitar alimentos açucarados, gordurosos e muito salgados, além de café, enlatados e guloseimas.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul²³, em 2005, analisando o impacto da implementação dos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos, se percebeu que mães que receberam estas orientações dietéticas obtiveram probabilidade 60% maior de amamentação exclusiva por quatro meses ou mais e mais que o dobro de probabilidade aos seis meses. Também se resultou que a chance de ingerir alimentos não recomendados pelo Ministério da Saúde foi 40% menor.

Considerando que investir em ações de saúde e nutrição na infância é investir em capital humano, o Ministério da Saúde, em 2013, criou também a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil²⁴ (EAAB), que tem por objetivo qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças até os dois anos de idade. Para isso, deve-se aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde, para que a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar seja prática de rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As limitações do presente estudo se devem ao fato de o estudo longitudinal acompanhar a dupla mãe-bebê até o sexto mês, ocasionando a perda de seguimento, que poderia ser importante para a aferição dos resultados. Além disto, esta se caracteriza como uma amostra clínica, e não epidemiológica, podendo não ser generalizado para a população de Porto Alegre.

Destaca-se como pontos fortes a equipe de trabalho altamente qualificada para a coleta e análise dos dados. Os questionários construídos para as coletas de dados apresentaram questões que permitiram a caracterização detalhada da amostra, fundamental para a identificação de fatores que interferem na alimentação de crianças menores de seis meses. Ademais, dos seis momentos acompanhados, quatro ocorreram no primeiro mês pós-parto, possibilitando identificar variações na alimentação de períodos críticos para intervenção.

Conclusão

A paridade influencia na alimentação infantil, tanto no aleitamento materno quanto na alimentação complementar. Mães multíparas tem maior facilidade no manejo da amamentação e na oferta de alimentos adequados. Faz-se necessário maior foco dos profissionais de saúde em primíparas, que estão sendo expostas pela primeira vez ao aleitamento materno e à alimentação complementar, para que tenham maior nível de entendimento e possam realizar a alimentação infantil de forma correta e saudável para o bebê. Se faz prudente que mais trabalhos nesta área sejam desenvolvidos, com o objetivo de despertar o interesse dos profissionais de saúde pelo tema.

Referências

1. VASCONCELOS, M. G. L. DE; LIRA, P. I. C. DE; LIMA, M. DE C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99–105, mar. 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_guiapdf>. Acesso em: 22 set. 2015
4. DACHEW, B. A.; BIFFTU, B. B. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. **International breastfeeding journal**, v. 9, p. 11, jan. 2014.
5. ORIBE, M. et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. **Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S**, v. 29, n. 1, p. 4–9, 1 jan. 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, número 23. Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016
7. OLIVEIRA, J. DE S. et al. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. **Rev Rene**, v. 11, n. 4, p. 95 - 102, out-dez, 2010.
8. LEE, H. M. H. et al. A qualitative study on the breastfeeding experiences of first-time mothers in Vientiane, Lao PDR. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 13, p. 223, jan. 2013.
9. SALUSTIANO, L. P. DE Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento

- materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28–33, jan. 2012.
10. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. WHO, Genebra, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015
 11. SCHIESS, et al. Introduction of Complementary Feeding in 5 European Countries. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 50, n. 1, p. 92–98, 2010.
 12. BERNARDI, J. R. et al. Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life - IVAPSA birth cohort: rationale, design, and methods. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, 2012.
 13. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO, Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acesso em: 4 set. 2015
 14. VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 30 jan. 2016.
 15. NEWBY, R. M.; DAVIES, P. S. W. Antenatal breastfeeding intention, confidence and comfort in obese and non-obese primiparous Australian women: associations with breastfeeding duration. **European journal of clinical nutrition**, 23 mar. 2016.
 16. SHUMEY, A.; DEMISSIE, M.; BERHANE, Y. Timely initiation of complementary feeding and associated factors among children aged 6 to 12 months in Northern Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. **BMC public health**, v. 13, p. 1050, jan. 2013.
 17. ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 30 jan. 2016.
 18. FRANÇA, G. V. A. DE et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711–718, out. 2007.
 19. BABAKAZO, P. et al. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: a prospective study. **International breastfeeding**

journal, v. 10, p. 19, jan. 2015.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015
21. OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 377–394, fev. 2015.
22. SALDIVA, S. R. D. M. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**, v. 83, p. 53 - 58, jan - fev. 2007.
23. VÍTOLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 1448 – 1457, set – out, 2005.
24. BRASIL. Portaria n 1.920, de 5 de setembro de 2013. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 4 jun. 2016.

5. TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas da amostra (IVAPSA, Porto Alegre).

Características familiares e maternas	Primíparas (n=69)	Multíparas (n=83)	Total (n=152)	p
Cor da pele/raça, n (%)				
Branca	46 (50,0)	46 (50,0)	92 (100)	0,213 ¹
Não Branca	23 (38,3)	37 (61,7)	60 (100)	
Idade materna (anos), média ± DP	23,51 ± 6,79	27,53 ± 6,16	25,70 ± 6,93	<0,001 ²
Escolaridade materna (anos), mediana [P25-P75]	11,0 [8,0-11,0]	10,0 [8,0-11,0]	11,0 [8,0-11,0]	0,102 ³
Renda familiar mensal (reais), mediana [P25-P75]*	2000 [1500-3000]	1800 [1000-2500]	2000 [1219-2975]	0,041 ³
Mora com companheiro, n (%)				
Sim	59 (45,7)	70 (54,3)	129 (100)	1,000 ¹
Pré-natal (consultas), mediana [P25-P75]	9 [6,5-10]	8 [6-10]	8 [6-10]	0,048 ³
IMC pré-gestacional (Kg/m ²), mediana [P25-P75]*	21,93 [19,92-26,08]	24,46 [21,84-27,13]	23,51 [20,31-26,66]	0,009 ³
Tipo de parto, n (%)				
Vaginal	47 (43,5)	61 (56,5)	108 (100)	0,583 ¹

Legenda: IVAPSA: Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida; IMC: índice de massa corporal; DP: desvio padrão; P: percentil

Testes estatísticos: ¹ qui-quadrado; ² teste-t Student; ³ Mann Whitney

* O n total foi menor para estas variáveis, devido à falta de informação (renda familiar total mensal n=136; IMC pré gestacional n=131)

Tabela 2 - Aleitamento materno entre primíparas e multíparas (IVAPSA, Porto Alegre).

Aleitamento materno	Primíparas n (%)*	Multíparas n (%)*	p
AM depois do nascimento (min), mediana [P25-P75], n=141	60 [30-120]	30 [15-120]	0,027¹
AMT			
7 dias (n=87)	42 (48,3)	45 (51,7)	-
15 dias (n=94)	43 (46,7)	49 (53,3)	1,000 ²
1 mês (n=103)	44 (44,4)	55 (55,6)	0,630 ³
3 meses (n=99)	41 (47,7)	48 (52,3)	0,907 ³
6 meses (n=84)	22 (38,6)	35 (61,4)	0,123 ²
AMEX			
7 dias (n=109)	36 (43,4)	47 (56,6)	0,478 ²
15 dias (n=94)	23 (41,1)	33 (58,9)	0,253 ²
1 mês (n=104)	13 (36,1)	23 (63,9)	0,388 ²
3 meses (n=99)	8 (36,4)	14 (63,6)	0,295 ²
6 meses (n=84)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Tempo de AMT (dias), mediana [P25-P75], n=127	90 [87-180]	180 [55-180]	0,372 ¹
Tempo de AMEX (dias), mediana [P25-P75], n=115	7 [3-30]	15 [7-30]	0,179 ¹
Consumo de fórmula infantil			
Aos 6 meses (n=84)	34 (89,5)	29 (63,0)	0,011²

Legenda: IVAPSA: Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-

Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida; DP: desvio padrão; AM: aleitamento materno;

AMT: aleitamento materno total; AMEX: aleitamento materno exclusivo

Testes estatísticos: ¹ qui-quadrado; ² Mann Whitney; ³ Exato de Fisher

* O n de cada variável variou conforme as respostas válidas e as entrevistas de seguimento realizadas

Tabela 3 – Introdução da alimentação complementar entre primíparas e multíparas (IVAPSA, Porto Alegre).

Alimentação complementar	Primíparas n (%)*	Multíparas n (%)*	p
Cereais (n=78)			
≤ 4 meses	13 (39,4)	20 (60,5)	0,507 ¹
5-6 meses	22 (48,9)	23 (51,1)	
Verduras (n=64)			
≤ 4 meses	10 (52,6)	9 (47,4)	0,411 ¹
5-6 meses	17 (37,8)	28 (62,2)	
Frutas (n=87)			
≤ 4 meses	17 (42,5)	23 (57,5)	1,000 ¹
5-6 meses	21 (44,7)	26 (55,3)	
Leites e derivados (n=67)			
≤ 4 meses	19 (65,5)	21 (55,3)	0,551 ¹
5-6 meses	10 (34,5)	17 (44,7)	
Carnes (n=57)			
≤ 4 meses	11 (78,6)	3 (21,4)	0,038¹
5-6 meses	18 (41,9)	25 (58,1)	
Leguminosas (n=55)			
≤ 4 meses	8 (80,0)	2 (20,0)	0,040²
5-6 meses	19 (42,2)	26 (57,8)	
Açúcares (n=78)			
≤ 4 meses	25 (47,2)	28 (52,8)	0,308 ¹

5-6 meses	8 (32,0)	17 (68,0)	
Outros (n=22)			
≤ 4 meses	4 (50,0)	4 (50,0)	1,000 ²
5-6 meses	7 (50,0)	7 (50,0)	

Legenda: IVAPSA: Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida

Testes estatísticos: ¹ qui-quadrado; ² Exato de Fisher

* O n de cada variável variou conforme as respostas válidas e as entrevistas de seguimento realizadas

6. ANEXO

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Normas para publicação

Artigos Originais: recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução:* onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos:* descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados:* devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão:* interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro.

Página de Resumos: deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos

Artigos Originais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver).

7. APÊNDICE

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a) recém nascido _____ e você _____ estão sendo convidados(as) a participar da pesquisa intitulada **“Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida”** que tem como objetivo principal compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar, muito cedo, os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto no futuro. Dessa forma, os resultados da presente pesquisa trarão benefícios na compreensão no desenvolvimento de doenças assim como sua prevenção relacionadas com problemas de saúde ocorridos durante a gestação e no início da infância, além de acompanhar o crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, será realizada uma entrevista logo após o parto, ainda no hospital, e marcaremos mais cinco encontros, que podem variar de 90 a 120 minutos, com você e seu filho ou sua filha que deverão acontecer nos 7 e 15 dias de vida, no primeiro, terceiro e sexto mês. Desses, três encontros serão realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no Centro de Pesquisa Clínica e dois na sua casa.

Além da consulta, serão realizados, nesses encontros, testes e questionários referentes às condições de vida e saúde, tais como: hábito alimentar e de atividade física; histórico de doenças; condições de moradia; consumo de bebidas, medicações e outras drogas; condições emocionais da mãe após o parto; relação da mãe com o bebê em relação aos seus cuidados, sua confiança ou insegurança; as condições de sono, comportamento e desenvolvimento do bebê. Algumas avaliações ou medidas específicas de risco mínimo e que podem causar algum desconforto serão realizadas nesses encontros, entre os quais:

– Em todos os encontros: medidas de peso, estatura, circunferência da cintura e medida das dobras cutâneas sua e do seu bebê;

– No 6º encontro será realizada uma filmagem de você com seu bebê realizando algumas tarefas que já fazem parte do seu dia-a-dia com a criança, como por exemplo, você alimentando seu filho(a) e ele(a) brincando;

– No 2º, 4º e 5º encontros, caso você esteja amamentando, serão coletadas três pequenas amostras do seu leite (materno) para avaliar a composição nutricional, e uma amostra de sua saliva e do seu bebê para caracterizar genes que podem estar associados à obesidade.

Os seus dados de identificação e do seu filho(a) não serão divulgados, preservando as suas identidades. As demais informações obtidas serão utilizadas somente para essa pesquisa e serão armazenadas durante cinco anos para posterior descarte.

Se, durante algum dos encontros da pesquisa, seu filho apresentar algum problema de saúde agudo, de maior gravidade como febre alta, dificuldade respiratória, desidratação, por exemplo, ou

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27, 06, 2011
A A Costa F. H.

mesmo se você estiver se sentindo muito cansada, triste ou chorosa, os entrevistadores realizarão uma avaliação. Caracterizada uma situação de emergência, serão encaminhados para avaliação no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Diferentemente, situações que, não necessitem de atendimento de emergência, serão encaminhadas às Unidades Básicas de Saúde de referência, próximo da sua casa.

Alguns questionários poderão lhe causar algum desconforto e se você não quiser responder solicite ao pesquisador. Caso opte por não participar, você e seu filho(a) não sofrerão nenhum prejuízo.

Ea, _____ fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa;

- De que a minha participação e a do meu filho(a), é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo para mim ou para meu filho(a), tanto individual como assistencial;

- Da segurança de que eu e meu (a) filho (a) não seremos identificados, quando da divulgação dos resultados e que essas informações serão utilizadas somente para fins científicos e de ensino;

- De que se existirem gastos decorrentes da participação na pesquisa, como, por exemplo, transporte, eu receberei do orçamento da pesquisa;

- Do acesso às informações sobre o projeto de pesquisa, dúvidas e a forma como ele será conduzido pelo grupo de pesquisadores do Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente (NESCA) ou o pesquisador responsável Marcelo Zubaran Goldani no telefone (51) 3359 8515 ou na Rua Ramiro Barcellos 2350, 11º andar, sala 1131B.

- De que quaisquer dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Nadine Clausell, Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA pelo telefone (51) 3359 8304, endereço Av. Ramiro Barcelos, 2350, 2º andar.

Declaro que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi elaborado em duas vias, das quais uma delas ficará com o pesquisador.

Nome da mãe ou responsável
Data ___/___/___

Assinatura

Nome do pesquisador
Data ___/___/___

Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27, 06, 2011

11009777