



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Ganho de Peso Gestacional e Tempo de Amamentação em
Mulheres Participantes num Curso de Preparação para o Parto e
Parentalidade**

**Gestational Weight Gain and Breastfeeding Duration in Women after a Birth
and Parenting Training Course**

Célia Regina Oliveira Monteiro

Orientado por: Dr. Miguel Rego

Coorientado por: Dra. Helena Mansilha

Trabalho de Investigação

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2012

Resumo

Introdução: O ganho de peso gestacional excessivo está associado a complicações para a mãe e para o filho, enquanto a amamentação tem sido descrita como fator preventivo da obesidade infantil.

Objetivo: Perceber se os conhecimentos adquiridos num curso de preparação para o parto e parentalidade contribuem para a redução do ganho de peso gestacional e para o aumento do tempo de amamentação.

Métodos: Aplicou-se um questionário por entrevista telefónica a 37 mulheres participantes do curso. A ingestão alimentar foi obtida através do Food Processor SQL versão 10 e a análise estatística foi realizada com o SPSS® versão 20.

Resultados: De acordo com o IMC pré-gestacional, 2,7% da mostra tinha baixo peso, 70,3% era normoponderal, 21,6% tinha excesso de peso e 5,4% apresentava obesidade. O ganho de peso gestacional médio foi de $12,4 \pm 4,4$ Kg. Mulheres com IMC pré-gestacional $> 24,9$ tiveram menor ganho ponderal do que mulheres com IMC pré-gestacional normal com uma diferença de médias igual a 2,88kg, embora sem significado estatístico ($p=0,1$). 91,9% das crianças foram amamentadas exclusivamente até às $13,7 \pm 8,0$ semanas, tendo a amamentação em associação com outros alimentos a duração de $21,3 \pm 14,9$ semanas.

Formou-se um ranking por quartis de conhecimentos. Os grupos 3 ($p=0,016$) e 4 ($p=0,006$) perderam em média mais 10,56 e 13,86Kg, do que o grupo 1. O grupo 3 amamentou em média mais 9,46 semanas do que o grupo 1 ($p=0,046$).

Conclusão: As intervenções nutricionais, dos estilos de vida, e de promoção da amamentação, podem oferecer potenciais e indiscutíveis benefícios a curto e a longo prazo tanto para a mãe como para os seus filhos.

Palavras-Chave: Amamentação, Ganho de Peso Gestacional, Intervenção

Abstract

Background: The excessive gestational weight gain is associated with complications for mother and child while breastfeeding has been described as a preventive factor of childhood obesity.

Objectives: Assess association between the knowledge acquired in Parenting Training Course and the reduction of gestational weight gain and increased breastfeeding duration.

Methods: We interviewed, by telephone, 37 women participants in a parenting training course. Dietary intake was calculated with the Food Processor SLQ 10 and statistical analysis was done using SPSS 20®.

Results: According to the pre-pregnancy BMI, 2,7% were underweight, 70,3% were normoponderal, 21,6% were overweight and 5,4% were obese. The average gestational weight gain was 12.4 ± 4.4 kg. Women with pre-pregnancy BMI > 24.9 had less weight gain than women with normal pre-pregnancy BMI with a mean difference equal to 2.88 kg, although without statistical significance ($p=0.1$). 91.9% of children were exclusively breastfed for 13.7 ± 8.0 weeks, with breastfeeding in combination with other foods lasting for 21.3 ± 14.9 weeks. We created a ranking by quartiles of knowledge. The groups 3 ($p=0.016$) and 4 ($p=0.006$) lost an average of 10.56 and 13.86 kg more than group 1. Group 3 was breastfed for 9.46 weeks, on average, more than group 1 ($p = 0.046$).

Conclusion: The nutritional, lifestyles and breastfeeding promotional interventions may offer potential and unquestionable benefits for both the mother and her child.

KeyWords: Breastfeeding, Gestational Weight Gain, Interventions

Índice

Resumo.....	i
Palavras-Chave.....	i
Abstract.....	ii
Keywords.....	ii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Introdução	1
Objectivos.....	4
Material e Métodos.....	4
Resultados	7
Discussão e Conclusões	10
Agradecimentos	16
Referências Bibliográficas.....	17
Índice de Anexos.....	20

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AI – Adequate Intake

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

DGM – Diabetes Mellitus Gestacional

DCV – Doenças Cardiovasculares

DRI – Dietary References Intakes

GIG – Grande para a Idade Gestacional

GPG - Ganho de Peso Gestacional

HC – Hidratos de Carbono

HG – Hipertensão Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

IOM – *Institute of Medicine*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RDA - Recommended Dietary Allowances

SM – Síndrome Metabólico

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

VET – Valor Energético Total

Introdução

A obesidade é, atualmente, considerada a epidemia dos países desenvolvidos e industrializados, que compreende interações metabólicas, genéticas, ambientais, sociais e culturais, sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças crônicas.

Durante a gravidez, o ganho de peso desejável envolve os produtos de concepção, o aumento dos tecidos maternos, e das reservas de gordura materna⁽¹⁾. Em sequência, existe um aumento das necessidades energéticas, que devem ser satisfatórias e consistentes com os melhores resultados possíveis para a mãe e para o feto. Nesta fase, também as necessidades de grande parte dos micronutrientes se encontram aumentadas^(2, 3).

O *Institute of Medicine* (IOM) estabeleceu recomendações de ganho de peso gestacional (GPG) baseadas no Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional: para mulheres com baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²) o ganho de peso deve ser entre 12,5-18 Kg, para mulheres normoponderais (IMC entre 18,5-24,9 kg/m²) é recomendado o ganho de 11,5-16 Kg, para mulheres com excesso de peso (IMC entre 25,0-29,9 kg/m²) 7-11,5 Kg, e, por último, mulheres com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) não devem ultrapassar um ganho de peso de 5-9 Kg⁽⁴⁾. Tanto a obesidade pré-gestacional como o ganho de peso em excesso durante a gestação são fatores que determinam o aumento da mortalidade e morbidade materna e fetais, levando a complicações imediatas e a longo prazo^(5, 6).

Para a mãe, o peso excessivo na gravidez proporciona um aumento subjacente do risco de complicações como hipertensão gestacional (HG), pré-eclampsia, e diminuição da sensibilidade à insulina com conseqüente aparecimento da

diabetes mellitus gestacional (DMG)⁽⁶⁻⁸⁾. Estima-se que o risco de desenvolver HG, pré-eclâmpsia e DMG seja, respectivamente de 3.5, 1.6⁽⁹⁾ e 3.6 vezes mais em mulheres obesas do que em mulheres não obesas⁽¹⁰⁾. Por outro lado, o ganho de peso excessivo também proporciona o aumento do risco de parto cirúrgico^(5, 7) e retenção de peso após o parto⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Todos estes fatores representam um risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 no futuro, proporcionando um estado de síndrome metabólico (SM)^(7, 8, 14).

Se por um lado existe o risco de parto prematuro em mulheres com baixo IMC pré-gestacional e baixo ganho de peso na gestação, por outro também a obesidade pré-gestacional e obesidade materna tem sido fatores cada vez mais associados com o risco de parto prematuro, morte fetal intrauterina, defeitos cardíacos e defeitos na formação no tubo neural^(7, 9, 15, 16). Adicionalmente, a obesidade pré-gestacional e o ganho de peso excessivo durante a gravidez estão diretamente relacionados com o crescimento fetal provocando macrossomia, isto é, peso à nascença superior a 4,000g ou peso acima do percentil 90, quando o bebê é considerado grande para a idade gestacional (GIG)⁽¹⁷⁾. *Weiss et al*, reportou que a incidência da macrossomia fetal foi 8,3% e 13,3% em crianças filhas de mulheres não-obesas e obesas respectivamente⁽⁹⁾. Existem evidências de que as crianças grandes para a idade gestacional, expostas ao ambiente intrauterino materno com DMG e obesidade tem risco acrescido de desenvolver obesidade no futuro e conseqüentemente diabetes mellitus tipo II, hipertensão, doenças cardiovasculares (DCV)^(8, 14, 18, 19) e algumas formas de cancro⁽²⁰⁾. Forma-se assim um ciclo vicioso em que o estado de obesidade e resistência insulínica materna, confere para a descendência um risco aumentado de obesidade e disfunção metabólica⁽⁸⁾.

Desde a antiguidade, o leite materno é reconhecido como essencial para o saudável desenvolvimento do ser humano. Sendo a amamentação um comportamento multifatorial, apesar de estar biologicamente determinado, o seu sucesso é condicionado socialmente⁽²¹⁾. O leite materno, por ser um alimento único em termos nutricionais é o mais adequado para todos os recém-nascidos, excetuando raras contraindicações. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida, o qual deve continuar até aos 2 anos ou mais, juntamente com a introdução de alimentos complementares⁽²²⁾.

As vantagens da amamentação são inúmeras. Devido à singularidade imunológica por ele conferida, existem vários estudos que demonstram que quanto maior o tempo de amamentação exclusiva, maior é a proteção contra infeções respiratórias, gastrointestinais e doenças alérgicas^(23, 24), e menor a probabilidade de desenvolvimento de doença celíaca assim como alguns tipos de cancro. Adicionalmente, parece existir uma relação inversa entre a amamentação e a obesidade, sugerindo que a amamentação é um fator importante na redução da prevalência de obesidade na infância e na vida adulta, contrariamente ao que acontece com crianças alimentadas com fórmulas lácteas⁽²⁴⁻²⁶⁾. Esta situação pode dever-se aos componentes bioativos naturais do leite materno, ausentes nas fórmulas, que controlam o desenvolvimento dos adipócitos. Além disso, as fórmulas lácteas apresentam um maior teor em proteína, cuja ingestão na infância tem sido associada ao desenvolvimento de obesidade no futuro pela estimulação da concentração plasmática de insulina^(25, 26).

Vários estudos demonstram a importância da intervenção nutricional e estilos de vida durante a gravidez, numa perspetiva preventiva de ganho de peso

gestacional excessivo e melhores desfechos gestacionais⁽²⁷⁻³⁰⁾. Uma meta-análise avaliou os efeitos de intervenções baseadas na dieta, na atividade física e no aconselhamento comportamental, no GPG. Comparando com o grupo controlo, as mulheres intervencionadas ganharam menos 1,42Kg⁽³⁰⁾. Uma vez que as fórmulas lácteas são cada vez mais associadas ao desenvolvimento de obesidade infantil é também necessário incentivar a prática da amamentação⁽²¹⁾.

Objetivos

- Perceber se existe relação entre o aumento de peso na gravidez e o tempo de amamentação total e exclusivo;
- Avaliar a ingestão alimentar de um grupo de mulheres submetidas a um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) que inclui componente pedagógica nutricional;
- Avaliar o grau de conhecimentos e mitos e perceber se estes têm alguma associação com o ganho de peso gestacional, retenção de peso após o parto, peso da criança à nascença e tempo de amamentação exclusiva.

Material e Métodos

Seleção da Amostra

Foi recolhida informação de um grupo de mulheres grávidas, inscritas nas Unidades Funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Gondomar – Grande Porto II. Foi critério de inclusão para este estudo, grávidas com frequência no CPPP durante o ano de 2011 e critério de exclusão, todas as mulheres cujos filhos tenham nascido depois de Novembro de 2011, para que todos os bebés tenham completado 6 meses de vida no momento de recolha de

dados. Foram contactadas 137 mulheres das quais apenas 37 deram resposta (taxa de resposta = 27,0%), sendo essa a amostra final.

Recolha dos dados

Foi realizado um estudo observacional transversal entre Abril e Junho de 2012. A recolha dos dados foi feita por entrevista telefónica com duração aproximada de 15 minutos, aplicando um questionário constituído por 4 partes diferentes com pretensão de avaliar dados antropométricos da mãe e filho, hábitos alimentares, conhecimentos face à alimentação adequada e mitos alimentares durante a gravidez (Anexo A). Foram questionados os dados pessoais da grávida, onde constou a data de nascimento, o grau de escolaridade e o estado profissional. O ganho de peso no final da gravidez foi obtido através da diferença entre o peso da última consulta antes do parto (constante no Boletim da Grávida) e o peso habitual antes da gravidez. Foi depois calculado o IMC pré-gestacional pela fórmula de Quetelet e a classificação feita de acordo com os critérios da OMS⁽³¹⁾. Foi questionado ainda o peso atual, se se tratavam de primíparas ou multíparas e existência de retenção de peso para saber se esses fatores tinham influência no ganho de peso em gestações subsequentes. Relativamente ao recém-nascido foram questionados dados como o peso e comprimento à nascença e no momento da recolha de dados (segundo as últimas medições constantes no Boletim de Saúde Infante-Juvenil), sexo, tempo de gestação e idade no momento da recolha dos dados. Foi também questionado o tempo de amamentação total e exclusivo (sem outros alimentos) e o motivo da cessação deste antes dos 6 meses sempre que isso se verificou.

Foi avaliada a ingestão alimentar através do recordatório das 24 horas anteriores à entrevista, com aferição dos alimentos e bebidas ingeridos, métodos de

confeção e respetivas quantidades com aproximação às medidas caseiras. A análise nutricional do recordatório das 24h anteriores foi realizada com o programa Food Processor SQL versão 10.0 (ESHA Research, Salem, Oregon), utilizando a codificação elaborada pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina de Universidade do Porto. Por último, foram avaliados os conhecimentos e mitos alimentares na gravidez através da aplicação de um questionário constituído por um conjunto de frases, que cada entrevistada classificou como Verdadeiras ou Falsas. O conjunto de respostas gerou uma classificação de 0 a 20.

Análise Estatística

Os dados foram introduzidos, processados e analisados no SPSS® versão 20.

A análise descritiva da amostra foi feita com recurso ao cálculo de frequências relativas e absolutas para variáveis qualitativas e com o cálculo de médias, desvios-padrão e extremos (mínimos e máximos) para variáveis quantitativas.

Para testar a normalidade das variáveis utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov.

As correlações foram feitas com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis idade, GPG, perda de peso após o parto, tempo de amamentação exclusiva e total (em conjunto com a alimentação diversificada), e coeficiente de correlação de Spearman para a variável grau de escolaridade. Foi aplicado o Teste T para comparar as médias de peso entre o grupo de mulheres que perdeu mais peso e as que perderam menos peso após o parto. Foi ainda aplicado este teste para verificar as diferenças entre as médias do peso para mulheres primíparas e múltíparas.

Foi calculado um ranking por quartis das classificações de conhecimentos e posteriormente aplicado o teste de variância ANOVA e o teste de Tukey para

determinar a diferença entre os grupos de conhecimentos e as diferentes variáveis em estudo: ganho de peso gestacional, perda de peso pós-parto, peso da criança à nascença e tempo de aleitamento exclusivo.

Resultados

A amostra incluída na análise teve um número total de 37 mulheres participantes no CPPP da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) Inovar – ACES de Gondomar no ano de 2011 (Anexo B - Tabela 1). Estas apresentavam idades compreendidas entre 18 e 42 anos sendo a média $29,7 \pm 4,7$ anos. Quanto ao nível de escolaridade completo, 21,6% das mulheres tinham o 9º ano de escolaridade ou inferior, 37,8% tinham o 12º ano de escolaridade concluído e 40,5% apresentavam o grau de licenciatura. Quanto à situação face ao trabalho 29,7% da amostra encontrava-se desempregada.

Quanto aos dados antropométricos das mães, estas apresentavam um IMC pré-gestacional médio de $23,5 \pm 2,9 \text{Kg/m}^2$, sendo que 1 tinha baixo peso (2,7%), 26 eram normoponderais (70,3%), 8 tinham excesso de peso (21,6%) e 2 apresentavam obesidade (5,4%). O GPG variou entre 3,5 e 24,8Kg tendo o valor médio sido de $12,4 \pm 4,4 \text{Kg}$ num tempo de gestação de $38,9 \pm 1,5$ semanas. O peso perdido após o parto foi em média $10,2 \pm 8,4 \text{Kg}$. 81,1% das mulheres eram primíparas e 18,9% múltíparas.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a idade ($p=0,346$), o grau de escolaridade ($p=0,382$) das mães e o GPG. O teste T encontrou diferenças significativas entre as médias de perda de peso após o parto, sendo que as mulheres que perderam mais peso, perderam em média $16,1 \pm 2,2 \text{Kg}$ versus $4,5 \pm 8,2 \text{kg}$ das mulheres que perderam menos peso (IC 95%:-

15,7; -7,5) ($p < 0,001$). Verificou-se também que as multíparas retiveram em média mais $3,17 \pm 0,13\text{Kg}$ do que as primíparas ($p = 0,024$) (IC 95%: -5,9%; -0,4). Verificou-se ainda que grávidas com excesso de peso e obesidade pré-gestacional tiveram menor ganho ponderal ($10,1 \pm 3,47\text{Kg}$) do que grávidas com IMC pré-gestacional normoponderal ($13,0 \pm 4,5\text{Kg}$), com uma diferença de médias igual a $2,9\text{ Kg}$ (IC 95%: -0,58; 6,36) ($p = 0,1$), embora essa diferença não tenha sido significativa.

Em relação às crianças, estas apresentaram pesos à nascença compreendidos entre os 2170 e os 3890g, sendo o valor médio de $3126 \pm 400\text{g}$. Das crianças, 34 (91,9%) foram amamentadas exclusivamente até às $13,7 \pm 8,0$ semanas em média (máximo=24; mínimo=0) tendo o aleitamento materno em associação com outros alimentos a duração de $21,3 \pm 14,9$ semanas (máximo=56). À data da recolha de dados, 24,3% da amostra ainda se encontrava a amamentar, tendo sido considerado esse o tempo de aleitamento total. A razão mais proferida para a desistência do aleitamento materno exclusivo antes das 24 semanas foi “quantidade de leite insuficiente” (40,6%), a “introdução de diversificação alimentar mais cedo por conselho do pediatra” (21,9%) e por motivo de “doença” (21,9%). As razões menos referidas foram a “falta de disponibilidade” (9,4%), “vontade própria” (3,1%) e “ignorância face ao assunto” (3,1%). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o ganho de peso gestacional e o tempo de aleitamento materno total ($p = 0,281$) e exclusivo ($p = 0,420$). Da mesma forma, não houve associação significativa entre a duração do aleitamento materno e a perda de peso após o parto ($p = 0,527$). Quanto à ingestão alimentar (Anexo B - Tabela 2), à data da recolha dos dados, as mães apresentavam uma ingestão energética média de $1924,57 \pm 515,44\text{Kcal}$, uma

ingestão proteica média de $92,14 \pm 26,45$ g/dia, de Hidratos de Carbono (HC) de $222,21 \pm 72,05$ g/dia e lípidos de $70,26 \pm 28,50$ g/dia que contribuíam em média com 20%, 46% e 32% respetivamente para o Valor Energético Total (VET) diário. Da análise da ingestão nutricional dos micronutrientes (Anexo B – Figura 1), em relação às Recommended Dietary Allowances (RDA's) e Adequate Intakes (AI's), tanto para as mães que ainda se encontravam a amamentar como para as mães cuja amamentação já tinha cessado, destaca-se a baixa ingestão das vitaminas lipossolúveis A (26,2%; 41,8%), D (3,9%; 7,97%), E (12,97%; 16,1%) e K (67,1%; 65,95%), da vitamina C (29,5%; 76,7%), do ácido fólico (25,5%; 44,5%), do ácido pantoténico (33,1%; 57,1%), da biotina (37,8%; 38,2%), do potássio (51,95%; 49,8%), do iodo (29,1%; 52,4%) e a elevada ingestão de sódio (169,3%; 193,8%). Destaca-se ainda a baixa ingestão de ferro (70,0%) para as não lactantes e, em geral, das vitaminas do complexo B para as lactantes.

Relativamente ao teste de conhecimentos acerca de alimentação saudável na gravidez e amamentação (Anexo B - Tabela 3) obteve-se uma classificação média de $15,86 \pm 2,02$ pontos. Encontrou-se uma associação positiva significativa entre o grau de escolaridade e a classificação obtida ($p=0,022$). A amostra foi dividida num ranking de conhecimentos em 4 grupos, do grupo 1 – com menor classificação no teste de conhecimentos, até ao grupo 4 – o grupo com maior classificação no teste de conhecimentos. Os grupos 1, 3 e 4 apresentaram diferenças significativas entre as médias de peso perdido após o parto, ou seja, os grupos 3 ($p=0,016$) e 4 ($p=0,006$) perderam em média mais 10,6 e 13,9Kg, do que o grupo 1, respetivamente. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,046$) entre o grupo 3 e o grupo 1 em relação à amamentação exclusiva, sendo que o grupo 3 amamentou em média mais 9,46

semanas do que o grupo 1. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conhecimentos e o ganho de peso gestacional, e o peso da criança à nascença (Anexo B – Tabela 4).

Discussão e Conclusões

Segundo o IOM para mulheres com IMC pré-gestacional normoponderal (IMC entre 18,5-24,9Kg/m²) é recomendado o ganho de peso de 11,5 -16Kg. Os dados obtidos neste estudo sugerem um aumento de peso médio de 12,4kg que se encontra dentro das recomendações. Contudo, 21,6% da amostra iniciou a gravidez com excesso de peso e 5,4% com obesidade. 10,8% das mulheres com IMC prévio normoponderal tiveram um ganho de peso superior ao recomendado.

Segundo *Catalano et al.*, o excesso de peso pré-gestacional assim como o GPG excessivo aumenta a probabilidade de complicações na gestação e podem representar fatores de risco para a obesidade na infância e SM em idade adulta.^{(7,}

⁸⁾ Também outros autores defendem que o elevado IMC materno está fortemente associado ao aumento da frequência com complicações na gravidez, nomeadamente com o crescimento fetal excessivo e adiposidade⁽³²⁾. Um estudo de *Kac e Velásquez-Meléndez* revela que mulheres com GPG excessivo apresentaram 5,83 vezes (IC 95%:1,51-22,48) mais probabilidades de terem filhos com macrossomia⁽³³⁾. Também um estudo português, encontrou uma associação significativa entre o GPG, o peso à nascença e a excesso de peso na infância⁽³⁴⁾.

No nosso estudo, o peso das crianças à nascença foi em média 3126g. Nenhuma criança nasceu com peso superior a 4000g o que se pode ter devido ao ganho de peso médio das mães dentro das recomendações do IOM. Outro aspeto encontrado neste estudo, foi que grávidas com excesso de peso e obesidade pré-gestacional tiveram menor ganho ponderal (10,1 ± 3,47Kg) do que grávidas com

IMC pré-gestacional normal ($13,0 \pm 4,5\text{Kg}$), com uma diferença de médias igual a 2,9 Kg (IC 95%:-0,58;6,36) ($p=0,1$), embora essa diferença não tenha sido significativa. Segundo *Butte et al.*, tem sido referido que o GPG é semelhante para mulheres com baixo peso e peso normal prévio, enquanto que mulheres obesas tendem a ganhar menos peso⁽³⁵⁾. Contudo, no estudo de *Gunderson et al.* verificou-se que apesar das mulheres obesas tenderem a ganhar menor peso gestacional, o mesmo não acontece com as mulheres com excesso de peso⁽³⁶⁾. O que sugere que os resultados encontrados no nosso estudo se podem dever aos benefícios do CPPP, inculindo uma preocupação relativa ao ganho de peso excessivo durante a gestação. Relativamente à amamentação, neste estudo 91,9% das crianças foram amamentadas, podendo-se considerar que esta foi uma boa taxa de adesão à amamentação. A duração total da amamentação teve a duração média de apenas 21,3 semanas e a amamentação exclusiva de 13,7 semanas. Estes resultados ficam muito abaixo das recomendações preconizadas pela OMS de 6 meses para a amamentação exclusiva e 2 anos juntamente com alimentação complementar⁽²²⁾. Vários estudos têm demonstrado que quanto maior a duração da amamentação maiores são os benefícios para a saúde do lactente. Segundo *Eidelman et al.*, a duração do aleitamento materno é inversamente associado ao risco de excesso de peso na infância, sendo que cada mês de aleitamento materno está associado a uma redução de 4% do risco⁽²³⁾. Apesar de neste estudo não se terem encontrado resultados significativos entre o ganho de peso gestacional e a duração do aleitamento materno, *Li et al.*, refere que tanto o IMC pré-gestacional como o GPG excessivo estão inversamente associados à iniciação e duração da amamentação⁽³⁷⁾. Da mesma forma, uma revisão sistemática descreve uma associação significativa entre a obesidade e o atraso

na lactogénese assim como uma menor duração da amamentação por parte das mulheres obesas quando comparadas com mulheres com peso normal, depois de feito o ajustamento para a idade, hábitos tabágicos e depressão⁽²¹⁾.

Embora os estudos que abordam os efeitos da amamentação na retenção de peso após o parto sejam, na sua maioria, inconclusivos devido ao grande número de confundidores (dieta, atividade física, IMC base, etnia)⁽²³⁾, de acordo com *Krause et al.*, existe uma associação positiva entre a perda de peso após o parto e a duração da amamentação, sendo que as mulheres que amamentaram exclusivamente durante 6 meses retiveram em média menos 1,38Kg do que as mulheres que não amamentaram⁽³⁸⁾. Na nossa amostra não foi possível encontrar essa associação, o que pode ficar a dever-se ao reduzido tamanho amostral.

A análise nutricional da ingestão alimentar verificou que os valores obtidos de proteínas, HC e lípidos vão de encontro às Dietary References Intakes (DRI's)⁽³⁹⁾. Porém, destaca-se o baixo consumo de fibras (14,1g), importantes para a prevenção da obesidade, DCV e cancro, e o elevado consumo de gorduras saturadas (9,6% VET), com efeito contrário⁽⁴⁰⁾. Relativamente aos micronutrientes, as vitaminas lipossolúveis assim como a vitamina C, o ácido fólico, o ácido pantoténico e a biotina e ainda alguns minerais como o potássio e o iodo revelaram-se consideravelmente abaixo das RDA's e AI's para lactantes e mulheres adultas. De realçar ainda, é o baixo aporte de vitaminas do complexo B em lactantes e ferro em mulheres adultas. Uma vez que estes valores podem ser associados ao baixo consumo de alimentos fontes destes micronutrientes, tais como carnes e produtos de origem animal, como ovoprodutos, peixes, vegetais de folhas verdes, óleos vegetais e frutos⁽³⁾, é importante sugerir o seu consumo às grávidas durante o CPPP assim como explicar os benefícios da sua ingestão

durante a gestação, lactação e também em fases posteriores da vida, e ainda recomendar a suplementação vitamínica e mineral em casos de maior carência. Adicionalmente, é também importante explicar alguns cuidados na preparação e confeção dos alimentos, nomeadamente de carnes, para minimizar a ingestão de gorduras saturadas. É também importante explicar as consequências a longo prazo da elevada ingestão de sódio assim como dar alternativas ao consumo de sal de forma a minimizar a sua ingestão. A ingestão alimentar obtida com recurso ao recordatório das 24h anteriores, pode apresentar algumas limitações em termos de caracterização exata e pormenorizada da ingestão, uma vez que o auto-reporte pode estar subestimado. Além disso, apenas 1 dia de ingestão alimentar não é representativo da ingestão habitual. Contudo, este método de avaliação da ingestão alimentar foi considerado o mais apropriado no contexto deste estudo, visto que é um método direto, simples, adequado para as entrevistadas se recordarem mais facilmente do que ingeriram, e prático do ponto de vista logístico, já que a entrevista foi feita por via telefónica.

No teste de conhecimentos, uma classificação igual ou superior a 16 foi considerada um nível de conhecimentos adequados. Segundo os resultados obtidos, 62,2% (n=23) responderam corretamente a 16 ou mais questões, o que pode significar que o CPPP é vantajoso para a aquisição de conhecimentos. Por outro lado, a associação significativa entre o grau de escolaridade e a classificação no teste de conhecimentos, também encontrada neste estudo, pode ser um confundidor, na medida em que os conhecimentos podem ser anteriores ao CPPP, pelo que o desenho mais adequado para verificar o efeito da intervenção deveria contemplar um grupo controlo. As questões com maior frequência de resposta errada foram respeitantes a necessidades e cuidados

nutricionais (“O consumo de laranjas durante a amamentação pode provocar diarreia no bebé pelo que deve estar atenta.”; “As necessidades nutricionais são mais elevadas no 3º trimestre do que no início da gravidez.”), e mitos (“O consumo de bacalhau aumenta a quantidade de leite materno.”), pelo que estas questões devem ser trabalhadas com maior intensidade no CPPP.

Alguns estudos demonstram que vários tipos de intervenção (nutricional, atividade física e sessões de educação) são eficazes na redução de peso gestacional⁽²⁷⁻³⁰⁾. Segundo *Thangaratinam et al.*, as grávidas sujeitas a programas de intervenção ganharam menos 1,42Kg comparativamente com o grupo controlo. Da mesma forma, a intervenção nutricional é associada com a redução de complicações gestacionais como a pré-eclampsia e a DMG⁽³⁰⁾. No presente estudo, não houve associação entre o nível de conhecimentos apreendidos durante o CPPP e o GPG. Contudo, verificou-se que quanto maior o nível de conhecimentos menor a retenção de peso verificada após o parto. Num estudo, em que um grupo de grávidas foi sujeito a intervenção nutricional, obteve-se uma diferença de 0,8Kg perdidos no período pós-parto em comparação com o grupo controlo⁽²⁹⁾. O que significa que a informação oferecida por uma intervenção durante a gravidez pode não ser suficiente para alterar comportamentos atempadamente, mas pode ser determinante para o período pós-parto. Embora a associação entre o nível de conhecimentos das mães e o peso das crianças ao nascimento não tenha sido significativa neste estudo, a literatura demonstra que, com o aumento das intervenções existe uma tendência para a redução do risco de bebés GIG,⁽³⁰⁾ e consequentemente para a redução de obesidade e SM na infância e vida adulta. Neste estudo, foi encontrada uma associação positiva entre o nível de conhecimentos e a duração da amamentação exclusiva. Não pode ser rejeitada a

hipótese de que os conhecimentos transmitidos durante o curso foram significativos para aumentar a duração da amamentação nas participantes. Em concordância com este facto, duas meta-análises demonstraram que as intervenções para promover a amamentação têm efeitos significativamente estatísticos no aumento da duração da amamentação^(41, 42).

Este estudo, além das limitações já acima referidas, trata-se de um desenho observacional transversal. Adicionalmente à baixa taxa de resposta e a alguma dificuldade em aceder a informações da amostra, ficam por estudar as possíveis diferenças entre as grávidas que participam no CPPP e as que não participam, e ainda as possíveis diferenças entre as que participaram mas não responderam a este estudo. Seria interessante, obter uma amostra maior, mais representativa da população em estudo, assim como ter um grupo de controlo, constituído por grávidas não frequentadoras CPPP, para conhecer as possíveis diferenças dos resultados entre elas.

Em conclusão, no presente estudo, demonstrou-se que as intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, poderão ser muito úteis na aquisição de conhecimentos vantajosos para melhorar as condições de saúde, e devem ser inculcidos na futura mãe o mais precocemente possível. Especificamente, foi demonstrado que os conhecimentos apreendidos no CPPP do ACES de Gondomar, apesar deste ter início apenas às 28 semanas de gestação, se associam a menor peso retido após o parto e a maior duração da amamentação exclusiva. A intervenção ao nível nutricional, dos estilos de vida, e no controlo de peso, idealmente antes da concepção e também durante a gestação, assim como a promoção da amamentação, podem oferecer potenciais e indiscutíveis benefícios a curto e a longo prazo tanto para a mãe como para os seus filhos.

Agradecimentos

Ao Dr. Miguel Rego por todo o apoio, disponibilidade, experiência e conhecimentos transmitidos.

À Enf. Lurdes Oliveira, especialista de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, e responsável pelo CPPP, integrado na UCC Inovar do ACES de Gondomar – Grande Porto II, pela colaboração e dados prestados.

Às puérperas que colaboraram no questionário e tornaram possível este trabalho de investigação.

Referências Bibliográficas

1. Butte NF. Energy requirements during pregnancy and consequences of deviations from requirement on fetal outcome [Review]. Nestle Nutrition workshop series Paediatric programme. 2005; 55:49-67; discussion 67-71.
2. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of the American Dietetic Association. 2008; 108:553-561.
3. Accioly E, Saunders C, Lacerda E. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. Rio de Janeiro; 2009.
4. Institute of Medicine. Report Brief. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. 2009. Disponível em: <http://www.iom.edu/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx>.
5. Catalano PM, Ehrenberg HM. The short- and long-term implications of maternal obesity on the mother and her offspring [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2006; 113(10):1126-33.
6. Shaikh H, Robinson S, Teoh TG. Management of maternal obesity prior to and during pregnancy [Review]. Seminars in fetal & neonatal medicine. 2010; 15(2):77-82.
7. Catalano PM. Management of obesity in pregnancy [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. Obstetrics and gynecology. 2007; 109(2 Pt 1):419-33.
8. Catalano PM. Obesity, insulin resistance, and pregnancy outcome [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. Reproduction. 2010; 140(3):365-71.
9. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate--a population-based screening study [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. American journal of obstetrics and gynecology. 2004; 190(4):1091-7.
10. Chu SY, Callaghan WM, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ, et al. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus [Meta-Analysis]. Diabetes care. 2007; 30(8):2070-6.
11. Althuisen E, van Poppel MN, de Vries JH, Seidell JC, van Mechelen W. Postpartum behaviour as predictor of weight change from before pregnancy to one year postpartum [Research Support, Non-U.S. Gov't]. BMC public health. 2011; 11:165.
12. Olson CM, Strawderman MS, Hinton PS, Pearson TA. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity. 2003; 27(1):117-27.
13. Schmitt NM, Nicholson WK, Schmitt J. The association of pregnancy and the development of obesity - results of a systematic review and meta-analysis on the natural history of postpartum weight retention [Meta-Analysis Review]. Int J Obes (Lond). 2007; 31(11):1642-51.

14. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012
15. Nohr EA, Bech BH, Davies MJ, Frydenberg M, Henriksen TB, Olsen J. Prepregnancy obesity and fetal death: a study within the Danish National Birth Cohort [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Obstetrics and gynecology*. 2005; 106(2):250-9.
16. Watkins ML, Rasmussen SA, Honein MA, Botto LD, Moore CA. Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics*. 2003; 111(5 Part 2):1152-8.
17. Norman JE, Reynolds RM. The consequences of obesity and excess weight gain in pregnancy [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2011; 70(4):450-6.
18. Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Pediatrics*. 2005; 115(3):e290-6.
19. Gamborg M, Byberg L, Rasmussen F, Andersen PK, Baker JL, Bengtsson C, et al. Birth weight and systolic blood pressure in adolescence and adulthood: meta-regression analysis of sex- and age-specific results from 20 Nordic studies [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't]. *American journal of epidemiology*. 2007; 166(6):634-45.
20. Samuelsen SO, Bakketeig LS, Tretli S, Johannesen TB, Magnus P. Birth weight and childhood cancer. *Epidemiology*. 2009; 20(4):484-7.
21. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration [Review]. *BMC pregnancy and childbirth*. 2007; 7:9.
22. World Health Organization, UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. 2003.
23. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012; 129(3):E827-E41.
24. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Advances in experimental medicine and biology*. 2004; 554:63-77.
25. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2004; 28(10):1247-56.
26. Singhal A, Lanigan J. Breastfeeding, early growth and later obesity [Review]. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2007; 8 Suppl 1:51-4.
27. Olson CM. Achieving a healthy weight gain during pregnancy [Review]. *Annual review of nutrition*. 2008; 28:411-23.
28. Skouteris H, Hartley-Clark L, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Herring SJ, et al. Preventing excessive gestational weight gain: a systematic review of interventions [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2010; 11(11):757-68.
29. Skouteris H, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Bruce LJ, Mihalopoulos C, et al. Protocol for a randomized controlled trial of a specialized health coaching intervention to prevent excessive gestational weight gain and postpartum weight

- retention in women: the HIPP study [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC public health*. 2012; 12:78.
30. Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW, et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMJ*. 2012; 344:e2088.
31. WHO Expert Committee. *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*. 1995
32. Hyperglycaemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations with maternal body mass index [Multicenter Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010; 117(5):575-84.
33. Kac G, Velasquez-Melendez G. [Gestational weight gain and macrosomia in a cohort of mothers and their children] [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Jornal de pediatria*. 2005; 81(1):47-53.
34. Moreira P, Padez C, Mourao-Carvalho I, Rosado V. Maternal weight gain during pregnancy and overweight in Portuguese children [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Int J Obes (Lond)*. 2007; 31(4):608-14.
35. Butte NF, Ellis KJ, Wong WW, Hopkinson JM, Smith EO. Composition of gestational weight gain impacts maternal fat retention and infant birth weight [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003; 189(5):1423-32.
36. Gunderson EP, Murtaugh MA, Lewis CE, Quesenberry CP, West DS, Sidney S. Excess gains in weight and waist circumference associated with childbearing: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA) [Multicenter Study Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2004; 28(4):525-35.
37. Li R, Jewell S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. *The American journal of clinical nutrition*. 2003; 77(4):931-6.
38. Krause KM, Lovelady CA, Peterson BL, Chowdhury N, Ostbye T. Effect of breast-feeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. *Public health nutrition*. 2010; 13(12):2019-26.
39. National Academy of Sciences. Institute of Medicine. *Food and Nutrition Board Dietary References Intakes: Recommended Intakes for Individuals*. 2010.
40. WHO. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. 2003; 916. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf.
41. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force [Meta-Analysis Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Annals of internal medicine*. 2008; 149(8):565-82.
42. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force [Meta-Analysis Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Annals of family medicine*. 2003; 1(2):70-8.

Índice de Anexos

Anexo A

Questionário.....21

Anexo B

Tabelas e figuras.....29

Anexo A

Questionário

Guia de Entrevista

QUESTIONÁRIO

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA GRAVIDEZ E ALEITAMENTO MATERNO

Parte A - Dados pessoais e socioeconômicos

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ___/___/_____
3. Ocupação atual:
 - Empregada Desempregada Outra. Especifique: _____
4. Grau de escolaridade completo:
 - Sem escolaridade 4º ano 5º - 9º ano 10º - 12º ano
 - Licenciatura Mestrado/ Doutorado

Parte B - Dados antropométricos da mãe

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Altura: _____cm 2. <input type="checkbox"/> Primípara (Passar pra a questão 4)
<input type="checkbox"/> Multipara 3. Relativamente à 1ª gestação: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Peso inicial: _____Kg 3.2 Peso final: _____Kg 3.3 Recuperou peso inicial?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <ol style="list-style-type: none"> 4. Relativamente à última gestação: <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Peso inicial: _____Kg 4.2 Peso final: _____Kg 4.3 Recuperou peso inicial?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4.4 Tempo de gestação: _____semanas 5. Peso atual: _____Kg |
|--|--|

Parte C - Dados antropométricos da criança

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino 2. Idade: _____meses 3. Peso à nascença: _____Kg 4. Comprimento à nascença: _____cm 5. Peso atual (segundo o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil): _____Kg 6. Comprimento atual (Segundo o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil): _____cm 7. Aleitamento materno? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (passar para a questão 7.3) <p>7.1 Tempo de aleitamento total: _____meses</p> | <ol style="list-style-type: none"> 7.2 Tempo de aleitamento materno exclusivo? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cerca de 1 mês <input type="checkbox"/> Cerca de 2 meses <input type="checkbox"/> Cerca de 3 meses <input type="checkbox"/> Cerca de 4 meses <input type="checkbox"/> Cerca de 5 meses <input type="checkbox"/> Cerca de 6 meses 7.3 Razão da desistência do aleitamento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quantidade insuficiente <input type="checkbox"/> Falta de disponibilidade <input type="checkbox"/> Conselho do pediatra <input type="checkbox"/> Vontade própria <input type="checkbox"/> Ignorância face ao assunto <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |
|--|--|

Parte D – Hábitos Alimentares – 24 Horas Anteriores

Horas a que acordou: __h__min

Horas a que adormeceu: __h__min

REFEIÇÃO	HORAS	LOCAL	COM QUEM	ALIMENTOS/BEBIDAS/QUANTIDADES/MÉTODOS DE CONFEÇÃO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

O dia anterior foi um dia alimentar normal? Sim Não

Se não, o que foi diferente? _____

Parte E – Conhecimentos e Atitudes			
1. O estado nutricional antes da gravidez influencia a saúde do bebê.	V	F	NS
2. Durante a gravidez é necessário comer por dois.	V	F	NS
3. Diversos tipos de atividade física como caminhar e andar de bicicleta não são desejáveis na gravidez.	V	F	NS
4. A alimentação na gravidez deve ser equilibrada, variada e completa.	V	F	NS
5. As necessidades nutricionais são mais elevadas no 3º trimestre do que no início da gravidez.	V	F	NS
6. Os hortícolas são importantes uma vez que fornecem ácido fólico.	V	F	NS
7. O consumo de café e outros produtos com cafeína devem ser evitados já que são prejudiciais ao bebê.	V	F	NS
8. O ácido fólico é uma vitamina fundamental ao bom desenvolvimento neural do bebê.	V	F	NS
9. O consumo de laranjas durante a amamentação pode provocar diarreia no bebê pelo que deve estar atenta.	V	F	NS
10. Se tiver o desejo de comer um determinado alimento e não o fizer, o bebê pode nascer com o aspeto desse alimento.	V	F	NS
11. O excesso de peso na gravidez está associado a uma maior probabilidade do bebê ser uma criança e, mais tarde, um adulto obeso.	V	F	NS
12. O consumo de bebidas alcoólicas durante a amamentação é vantajoso visto que o bebê fica mais calmo.	V	F	NS
13. O leite materno é o alimento ideal e completo para o bebê até aos 6 meses pelo que deve ser dado em exclusividade.	V	F	NS
14. O consumo de bacalhau aumenta a quantidade de leite materno.	V	F	NS
15. O consumo de leite de vaca pela mãe aumenta a quantidade de leite materno.	V	F	NS
16. O aleitamento materno promove mais rapidamente a recuperação da silhueta corporal da mãe.	V	F	NS
17. Uma criança alimentada exclusivamente com leite materno até aos 6 meses tem maior probabilidade de ser obesa no futuro.	V	F	NS
18. O colostro tem importância desprezível.	V	F	NS
19. O leite materno, após ser conservado pode ser descongelado no micro-ondas.	V	F	NS
20. O leite materno, após ser conservado, não deve ser fervido.	V	F	NS

GUIA DE ENTREVISTA

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA GRAVIDEZ E ALEITAMENTO MATERNO

Estou sim, estou a falar com a Sra. _____?

Bom dia/ Boa tarde, chamo-me Célia Monteiro e sou nutricionista, trabalho com a Enfª Lurdes Oliveira com quem fez o curso de preparação para o Parto, no Centro de Saúde de Rio Tinto.

Estamos a desenvolver um trabalho que visa conhecer a evolução de peso e de conhecimentos alimentares na gravidez e gostaria, por isso, de falar um bocadinho consigo e fazer-lhe algumas questões acerca desse assunto.

1. Tem 10 minutos que, de momento, possa disponibilizar?

Sim (ignorar 1.1)

Não

1.1 Qual é o melhor horário para retomarmos a nossa conversa? _____

(Retomar a conversa na hora indicada)

2. Tem à mão o seu Boletim de Saúde da grávida e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil do seu filho? Durante a conversa serão úteis para obtermos algumas informações.

Sim (ignorar 2.1)

Não

2.1 Qual será a melhor altura para retomarmos a nossa conversa já com os Boletins de Saúde? _____ (Retomar a conversa na hora indicada)

PARTE A – DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÓMICOS

Queria começar por lhe fazer algumas questões acerca da sua situação escolar e profissional, pode ser?

1. Começo então por lhe perguntar qual foi o grau de escolaridade que completou?

Sem escolaridade

4º ano

5º - 9º ano

10º - 12º ano

Licenciatura

Mestrado/ Doutoramento

2. Neste momento qual é a sua ocupação profissional?

A trabalhar

Desempregada

Outra. Especifique: _____

PARTE B – DADOS ANTROPOMÉTRICOS DA MÃE

De seguida, gostaria de lhe fazer algumas questões acerca da sua gravidez.

1. Segundo o seu B.I., qual é a sua altura? _____. ____cm

2. (Relativamente a outras gestações)

2.1 Foi a 1ª vez que esteve grávida?

Sim (passar para a questão 3)

Não

2.2 Recorda-se qual era o seu peso antes da 1ª gravidez? _____. ____Kg

2.3 Lembra-se quantos kg aumentou na sua 1ª gravidez?

Sim

Não (passar para 3.1)

2.3.1 Quantos? ____ Kg

2.4 Voltou ao seu peso habitual, após a gravidez?

Sim

Não

3. (Relativamente à última gestação)

3.1 Recordar-se qual era o seu peso antes da gravidez? ____ Kg

3.2 E no final da gravidez? ____ Kg

3.3 Qual foi o tempo total de gestação? ____ semanas

3.4 Voltou ao seu peso habitual após a gravidez?

Sim

Não

4. Qual é o seu peso atual? ____ Kg

PARTE C – DADOS ANTROPOMÉTRICOS DO BEBÉ

As próximas questões são referentes ao seu filho e ao período de amamentação.

1. É um menino ou uma menina?

Menino

Menina

2. Que idade tem o(a) bebé neste momento? ____ meses

3. Sabe qual era o peso do(a) bebé à nascença? ____ Kg

4. E o comprimento à nascença? ____ cm

5. Segundo a última medição que consta no Boletim de Saúde Infantil e juvenil qual é o peso atual do bebé?
____ Kg

6. E o comprimento atual? ____ cm

7. Deu de mamar ao seu filho(a)?

Sim

Não (passar para a questão 7.2)

7.1 Quanto tempo deu de mamar ao seu filho(a)? ____ meses/semanas

7.2 Durante quanto tempo deu leite materno exclusivamente (ou seja, sem outros alimentos como fórmulas lácteas, água ou outros alimentos) ao seu filho?

cerca de 1 mês

cerca de 2 meses

cerca de 3 meses

cerca de 4 meses

cerca de 5 meses

cerca de 6 meses (ignorar questão 7.2)

7.2 Porque razão deixou de dar de mamar ao seu filho(a)?

- Quantidade insuficiente
 Falta de disponibilidade
 Conselho do pediatra
 Vontade própria
 Ignorância face ao assunto
 Outro. Qual? _____

PARTE D – HÁBITOS ALIMENTARES

A próxima parte da entrevista tem como objetivo tentar perceber quais são os seus hábitos alimentares.

1. Tente lembrar-se do seu dia de ontem,

1.1. A que horas acordou? ___h___min

1.2 E a que horas adormeceu? ___h___min

2. Tente descrever tudo o que comeu e o que bebeu durante o dia de ontem:

REFEIÇÃO	HORAS	LOCAL	COM QUEM	ALIMENTOS/BEBIDAS/QUANTIDADES/MÉTODOS DE CONFEÇÃO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

3. O seu dia de ontem, foi um dia alimentar normal?

Sim (Ignorar 3.1)

Não

3.1 O que foi diferente? _____

PARTE E – CONHECIMENTOS E ATITUDES

Para terminar, gostava de lhe ler um conjunto de frases, as quais peço que classifique como verdadeiras ou falsas, pode ser?

1. O estado nutricional antes da gravidez influencia a saúde do bebé.	V	F	NS
2. Durante a gravidez é necessário comer por dois.	V	F	NS
3. Diversos tipos de atividade física como caminhar e andar de bicicleta não são desejáveis na gravidez.	V	F	NS
4. A alimentação na gravidez deve ser equilibrada, variada e completa.	V	F	NS
5. As necessidades nutricionais são mais elevadas no 3º trimestre do que no início da gravidez.	V	F	NS
6. Os hortícolas são importantes uma vez que fornecem ácido fólico.	V	F	NS
7. O consumo de café e outros produtos com cafeína devem ser evitados já que são prejudiciais ao bebé.	V	F	NS
8. O ácido fólico é uma vitamina fundamental ao bom desenvolvimento do cérebro do bebé.	V	F	NS
9. O consumo de laranjas durante a amamentação pode provocar diarreia no bebé pelo que deve estar atenta.	V	F	NS
10. Se tiver o desejo de comer um determinado alimento e não o fizer pode prejudicar a saúde do bebé.	V	F	NS
11. O excesso de peso na gravidez está associado a uma maior probabilidade do bebé ser uma criança e, mais tarde, um adulto obeso.	V	F	NS
12. O consumo de bebidas alcoólicas durante a amamentação é vantajoso visto que o bebé fica mais calmo.	V	F	NS
13. O leite materno é o alimento ideal e completo para o bebé até aos 6 meses pelo que deve ser dado em exclusividade.	V	F	NS
14. O consumo de bacalhau aumenta a quantidade de leite materno.	V	F	NS
15. O consumo de leite de vaca pela mãe aumenta a quantidade de leite materno.	V	F	NS
16. O aleitamento materno promove mais rapidamente a recuperação da silhueta corporal da mãe.	V	F	NS
17. Uma criança alimentada exclusivamente com leite materno até aos 6 meses tem maior probabilidade de ser obesa no futuro.	V	F	NS
18. O colostro, o primeiro leite, não é importante.	V	F	NS
19. O leite materno, após ser conservado pode ser descongelado no micro-ondas.	V	F	NS
20. O leite materno, após ser conservado, não deve ser fervido.	V	F	NS

Muito obrigada pelo tempo que disponibilizou, para nós foi muito importante.

Relembro que os dados que nos concedeu serão utilizados para melhorar o curso de preparação para o parto assim como outras atividades educativas desenvolvidas pelo Centro de Saúde. Se desejar mais informações, por favor contacte o Dr. Miguel Rego, nutricionista do Centro de Saúde, ou a Enf.ª Lurdes.

Continuação de um bom dia/boa tarde.

Anexo B

Tabelas e Figuras

Tabela 1. Características antropométricas e sociodemográficas de 37 mulheres participantes no curso de preparação para o parto e parentalidade do ACES de Gondomar em 2011 e respetivos filhos.

	Média ± d.p.	Mínimo - Máximo
Dados da Mãe		
Idade (anos)	29,7 ± 4,7	18 - 42
IMC Pré-gestacional (Kg/m ²)	23,5 ± 2,9	17,8 – 30,5
Ganho de Peso Gestacional (Kg)	12,4 ± 4,4	3,50 – 24,80
Tempo de gestação (semanas)	38,9 ± 1,5	35 - 42
Peso perdido após o parto (Kg)	-10,2 ± 8,4	-20,5 – 17,0
	n	Frequência %
Grau de escolaridade		
≤ 9º ano	8	21,6
10 – 12º ano	14	37,8
≥ Licenciatura	15	40,5
Situação profissional		
Empregada	26	70,3
Desempregada	11	29,7
Paridade		
Primíparas	30	81,1
Múltiparas	7	18,9
Amamentação		
Sim	34	91,9
Não	3	8,1
	Média ± d.p.	Mínimo - Máximo
Dados da Criança		
Peso à nascença (g)	3126 ± 400	2170 - 3890
Tempo de aleitamento total (semanas)	21,3 ± 14,9	0 - 56
Tempo de aleitamento exclusivo (semanas)	13,7 ± 8,0	0 - 24

d.p. – Desvio padrão para a média;

IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 2. Caracterização da ingestão alimentar de macronutrientes e água.

	A amamentar	Sem amamentar	Total
	n=9 (média ± d.p.)	n=28 (média ± d.p.)	n=37 (média ± d.p.)
Energia (Kcal)	2356,1 ± 485,6	1785,9 ± 449,8	1924,6 ± 515,4
Gordura Total (g)	83,9 ± 23,7	65,9 ± 28,9	70,3 ± 28,5
Gordura Total (% VET)	32,0 ± 7,0	32,2 ± 8,6	32,2 ± 8,2
AGS (g)	24,59 ± 8,63	20,1 ± 11,9	21,2 ± 11,2
AGMI (g)	30,6 ± 10,5	24,5 ± 12,5	26,0 ± 12,2
AGPI (g)	12,2 ± 4,9	9,2 ± 4,7	9,9 ± 4,8
n-3 (g)	0,52 ± 0,3	3,3 ± 1 5,2	2,6 ± 13,2
n-6 (g)	9,18 ± 5,3	7,9 ± 3,9	8,2 ± 3,2
Colesterol (mg)	281,9 ± 59,75	294,5 ± 143,9	291,4 ± 127,9
Proteínas (g)	97,1 ± 14,8	90,6 ± 29,9	92,1 ± 26,4
Proteínas (% VET)	17,0 ± 2,1	20,6 ± 5,9	19,7 ± 5,5
HC (g)	290,2 ± 75,0	200,4 ± 56,7	222,2 ± 72,0
HC (% VET)	49,1 ± 6,8	45,6 ± 10,5	46,4 ± 9,8
Fibra (g)	16,0 ± 5,5	13,5 ± 6,8	14,1 ± 6,5
Água (mL)	1548,9 ± 839,6	1462,2 ± 735,4	1483,3 ± 750,8

AGS: Ácidos gordos saturados;

AGMI: ácidos gordos monoinsaturados;

AGPI: ácidos gordos polinsaturados;

VET: Valor Energético Total;

d.p.: desvio-padrão

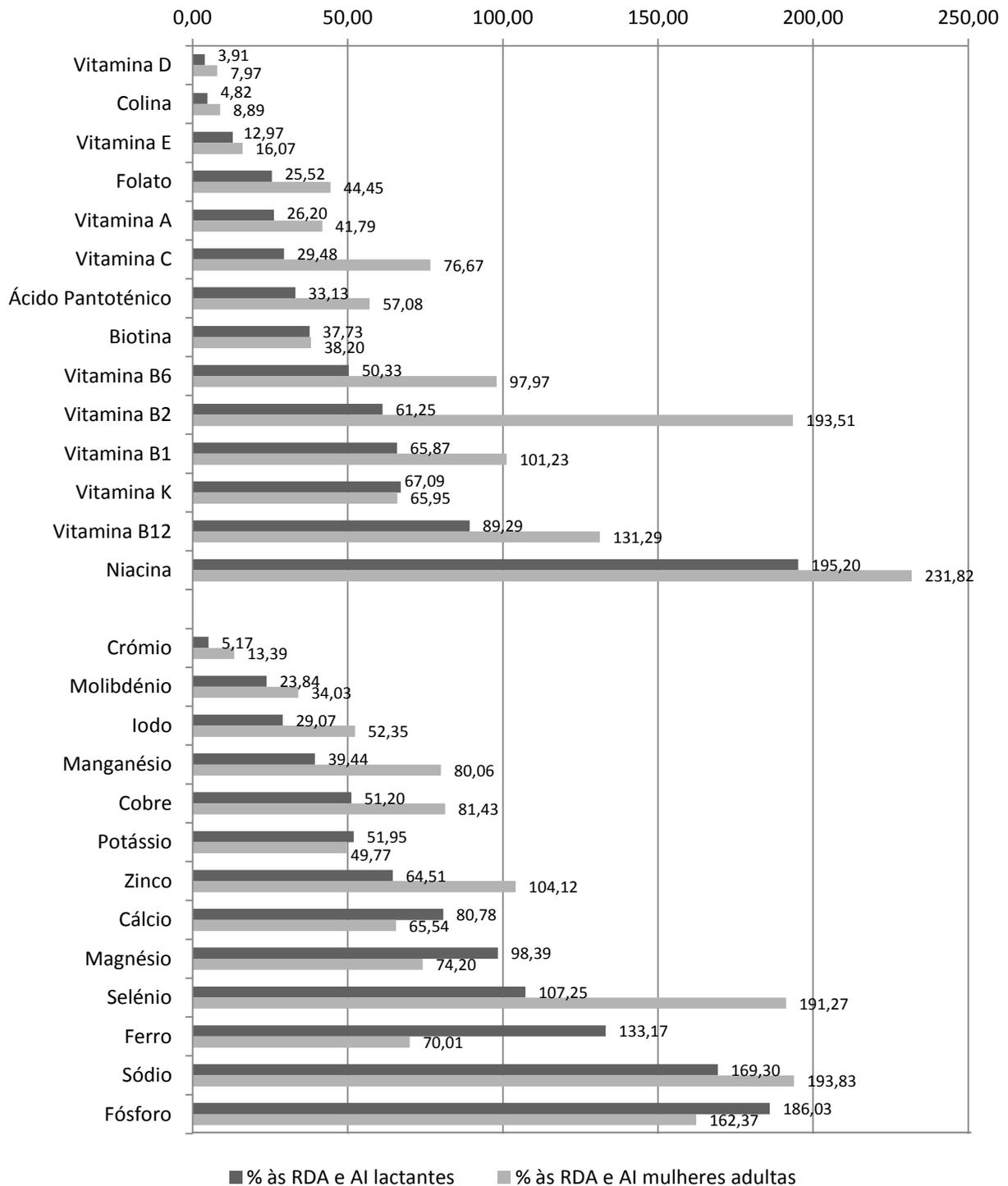


Figura 1. Comparação percentual da ingestão média de micronutrientes com as RDA's e AI's.

Tabela 3. Caracterização da taxa de respostas certas, erradas e sem resposta ao questionário sobre alimentação saudável na gravidez e amamentação.

	Respostas certas (%)	Respostas Erradas (%)	Sem resposta (%)
1. O estado nutricional antes da gravidez influencia a saúde do bebê.	91,9	8,1	0
2. Durante a gravidez é necessário comer por dois.	91,9	5,4	2,7
3. Diversos tipos de atividade física como caminhar e andar de bicicleta não são desejáveis na gravidez.	75,7	16,2	8,1
4. A alimentação na gravidez deve ser equilibrada, variada e completa.	100	0	0
5. As necessidades nutricionais são mais elevadas no 3º trimestre do que no início da gravidez.	32,4	40,5	27
6. Os hortícolas são importantes uma vez que fornecem ácido fólico.	86,5	8,1	5,4
7. O consumo de café e outros produtos com cafeína devem ser evitados já que são prejudiciais ao bebê.	100	0	0
8. O ácido fólico é uma vitamina fundamental ao bom desenvolvimento do cérebro do bebê.	94,6	0	5,4
9. O consumo de laranjas durante a amamentação pode provocar diarreia no bebê pelo que deve estar atenta.	37,8	29,7	32,4
10. Se tiver o desejo de comer um determinado alimento e não o fizer pode prejudicar a saúde do bebê.	94,6	5,4	0
11. O excesso de peso na gravidez está associado a uma maior probabilidade do bebê ser uma criança e, mais tarde, um adulto obeso.	56,8	29,7	13,5
12. O consumo de bebidas alcoólicas durante a amamentação é vantajoso visto que o bebê fica mais calmo.	100	0	0
13. O leite materno é o alimento ideal e completo para o bebê até aos 6 meses pelo que deve ser dado em exclusividade.	97,3	0	2,7
14. O consumo de bacalhau aumenta a quantidade de leite materno.	37,8	35,1	27,0
15. O consumo de leite de vaca pela mãe aumenta a quantidade de leite materno.	73,0	13,5	13,5
16. O aleitamento materno promove mais rapidamente a recuperação da silhueta corporal da mãe.	94,6	0	5,4
17. Uma criança alimentada exclusivamente com leite materno até aos 6 meses tem maior probabilidade de ser obesa no futuro.	97,3	0	2,7
18. O colostro, o primeiro leite, não é importante.	86,5	8,1	5,4
19. O leite materno, após ser conservado pode ser descongelado no micro-ondas.	75,7	16,2	8,1
20. O leite materno, após ser conservado, não deve ser fervido.	62,2	24,3	13,5

Tabela 4. Diferenças entre grupos de conhecimentos (ranking por grupos de quartis das classificações de conhecimentos) e as variáveis em estudo: ganho de peso gestacional, perda de peso após o parto, peso da criança á nascença e tempo de aleitamento exclusivo.

			Média das diferenças ± d.p.	Valor de p [#]
Ganho de peso Gestacional (Kg)	1	2	-1,71 ± 3,01	0,941
		3	-4,39 ± 2,55	0,331
		4	-5,07 ± 3,01	0,349
	2	1	1,71 ± 3,01	0,941
		3	-2,68 ± 2,55	0,723
		4	-3,36 ± 3,01	0,684
	3	1	4,39 ± 2,55	0,331
		2	2,68 ± 2,55	0,723
		4	-0,68 ± 2,55	0,993
	4	1	5,07 ± 3,01	0,349
		2	3,36 ± 3,01	0,684
		3	0,68 ± 2,55	0,993
Perda de peso após o parto (Kg)	1	2	8,14 ± 3,92	0,181
		3	10,56* ± 3,32	0,016
		4	13,86* ± 3,92	0,006
	2	1	-8,14 ± 3,92	0,181
		3	2,42 ± 3,32	0,885
		4	5,71 ± 3,92	0,473
	3	1	-10,56* ± 3,32	0,016
		2	-2,42 ± 3,32	0,885
		4	3,30 ± 3,32	0,754
	4	1	-13,86* ± 3,92	0,006
		2	-5,71 ± 3,92	0,473
		3	-3,30 ± 3,32	0,754
Peso da criança á nascença (Kg)	1	2	-0,08 ± 0,22	0,981
		3	-0,10 ± 0,19	0,950
		4	0,07 ± 0,22	0,988
	2	1	0,08 ± 0,22	0,981
		3	-0,02 ± 0,19	1,000
		4	0,15 ± 0,22	0,896
	3	1	0,10 ± 0,19	0,950
		2	0,02 ± 0,19	1,000
		4	0,17 ± 0,19	0,797
	4	1	-0,07 ± 0,22	0,988
		2	-0,15 ± 0,22	0,896
		3	-0,17 ± 0,19	0,797
Amamentação exclusiva (em semanas)	1	2	-6,86 ± 4,07	0,348
		3	-9,455* ± 3,45	0,046
		4	-7,71 ± 4,07	0,250
	2	1	6,86 ± 4,07	0,348
		3	-2,60 ± 3,45	0,875
		4	-0,86 ± 4,07	0,997
	3	1	9,455* ± 3,45	0,046
		2	2,60 ± 3,45	0,875
		4	1,74 ± 3,45	0,957
	4	1	7,71 ± 4,07	0,250
		2	0,86 ± 4,07	0,997
		3	-1,74 ± 3,45	0,957

[#]Teste One way ANOVA e Teste de Tukey

*Significado estatístico quando p<0,05
d.p. desvio-padrão para a média