



Licenciatura em Ciências da Nutrição

Alimentação no Primeiro Ano de Vida: hábitos de aleitamento e de diversificação alimentar

Elaborado por Marta da Conceição Antunes Santos

Aluno nº 200691275

Orientador: Mestre Catarina Durão

Barcarena

Outubro de 2010

RESUMO

Estudou-se a alimentação no primeiro ano de vida de uma população do Concelho de Lisboa, especificamente os hábitos de aleitamento e de diversificação alimentar. Verificou-se existir uma elevada taxa de amamentação (90 %), a maioria da qual não exclusiva (leite materno e leite industrial). A taxa de aleitamento materno reduziu significativamente aos três meses. A diversificação alimentar é iniciada entre os quatro e os seis meses de idade, normalmente com papa ou sopa. A ordem de introdução de alimentos complementares reflecte padrões descritos por outros autores. Alguns alimentos são – por algumas mães – introduzidos demasiado precocemente (leite de vaca) ou demasiado tardiamente na alimentação do lactente (carne, cereais infantis).

Palavras-Chave: Aleitamento materno, leite materno, lactente, diversificação alimentar

ABSTRACT

The food patterns during the first year of life of a sample of Portuguese children in Lisbon. Breastfeeding practices, formula feeding practices and weaning practices were studied. There was a high breastfeeding rate amongst this sample (90 %), but not of exclusive breastfeeding. The breastfeeding rate drops significantly at three months of age. Complementary feeding was initiated between four and six months with infant cereals or vegetable soup. The order in which complementary foods were introduced is similar to patterns described by Portuguese authors. Some foods are – in some cases – introduced to early (cow's milk) or to late in the infant's diet (meat, infant cereals).

Keywords: Breastfeeding, breastmilk, infant, complementary feeding

INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é unanimemente reconhecido como o melhor, mais completo e mais adequado alimento para o crescimento e desenvolvimento do lactente, permitindo um início de vida saudável (Agostoni *et al.*, 2008; Cummings, 2008; Spencer, 2008; Caetano, 2010).

É um alimento vivo que – para além de fornecer nutrientes nas melhores proporções e de elevada biodisponibilidade – contém inúmeras outras substâncias. Inclui componentes que protegem o lactente contra infecções, sendo de destacar células do sistema imunológico materno (leucócitos, macrófagos, linfócitos), imunoglobulinas (em especial, IgA secretora), citocinas, lactoferrina e lisozima. Adicionalmente, fornece ao lactente factores de crescimento, anti-oxidantes e enzimas, entre muitos outros compostos (Caldeira, Moreira e Pinto, 2007; Cummings., 2008; Eglash, Montgomery, e Wood, 2008; Koletzko, 2008a; Chuang *et al.*, 2010).

Nos primeiros dias após o parto, a glândula mamária expressa uma substância amarelada e viscosa que ainda não se considera leite, sendo denominada de colostro. Este alimento é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o alimento ideal para o recém-nascido (WHO, 2010a). Esta organização recomenda ainda o aleitamento materno (AM) em exclusivo até aos seis meses de idade. A partir dessa idade, a OMS preconiza a introdução de alimentos complementares e a manutenção do AM até aos 24 meses (Dupont, 2005; Agostoni *et al.*, 2008; Cummings, 2008; Koletzko, 2008a; Spencer, 2008; Caetano, 2010; WHO, 2010a).

Estas recomendações estão intimamente ligadas aos efeitos do LM na prevenção de determinadas patologias comuns no primeiro ano (especialmente, diarreia, infecções do tracto respiratório e doenças gastrointestinais), bem como à prevenção de outras patologias que surgem um pouco mais tarde, como a obesidade (que cada vez mais afecta a população de idade pediátrica), as doenças cardiovasculares e as alergias (Koletzko, 2008a).

A amamentação é o “padrão de ouro” da alimentação de lactentes, o que levou inúmeras Organizações de Saúde a declarar a sua importância, bem como os riscos de uma alimentação com substitutos do LM (Eglish, Montgomery, e Wood, 2008).

Diversos factores influenciam o início e a duração da amamentação, sendo de salientar factores socioculturais e profissionais, bem como pessoais (percepção da mãe em relação à sua capacidade de amamentar) e educacionais (nível de escolaridade da mãe). Também a acção dos profissionais de saúde é um factor determinante no início e duração da amamentação. Neste sentido, na década de 90, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, de modo a proteger e promover o aleitamento materno, através da formação dos profissionais de saúde de hospitais e maternidades (Caldeira, Moreira e Pinto, 2007; Koletzko, 2008a). Esta iniciativa pretendeu também combater a redução considerável do AM observada no início da segunda metade do século XX que coincidiu com o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e com o crescimento da utilização dos substitutos do LM (Caldeira, Moreira e Pinto, 2007).

Felizmente, na década de 70, observou-se uma regressão desta tendência, voltando o AM a ser valorizado, inicialmente nos países mais desenvolvidos e nos níveis sócio-educacionais mais elevados, mantendo-se as taxas de amamentação relativamente estáveis até aos anos 90 (Sarafana *et al.*, 2006; Caldeira, Moreira e Pinto, 2007).

Estudos epidemiológicos realizados em Portugal, sobre incidência e prevalência do aleitamento materno, demonstraram que 80 % das mães portuguesas iniciam a amamentação, mas quase metade destas desiste de amamentar durante os dois primeiros meses de idade do lactente. Esta duração de AM está muito afastada da meta preconizada pela OMS (Cardoso, 2006).

O Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999 apontou para uma taxa de amamentação de 85 %, observando a sua diminuição aos três e aos seis meses. O mesmo inquérito, em 2005/2006, apontou para uma taxa de AM exclusivo de 50 % aos três meses e de menos de 30 % aos seis meses (ONSA, 2007). É assim essencial, que

Portugal comece a desenvolver medidas que fomentem um maior sucesso do aleitamento materno (Ávila, 2004).

O LM de mães saudáveis e bem nutridas é capaz – por si só – de satisfazer as necessidades nutricionais do lactente saudável até aos seis meses de idade. A partir desta idade, é essencial introduzir novos alimentos (alimentos complementares) na alimentação do lactente, quer por razões nutricionais, quer por razões de desenvolvimento.

A diversificação alimentar (DA) é definida pela OMS como a introdução de qualquer outro alimento ou líquido além do leite materno (Dupont, 2005; Koletzko, 2008b). Esta definição, considera que os substitutos do LM (fórmulas infantis) são alimentos complementares.

Neste trabalho, uma vez que muitos lactentes portugueses são alimentados com substitutos do LM (como suplemento ou em exclusivo), optou-se por usar a definição da *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN), que define DA como o processo de introdução de alimentos complementares para além do leite (seja LM ou leite de fórmula). Esta Sociedade, refere a importância da recomendação da OMS como um ideal a atingir, mas preconiza – à luz da realidade Europeia – que a DA possa iniciar-se entre as 17 e as 26 semanas de idade, ou seja entre os quatro e os seis meses (Agostoni *et al.*, 2008).

A partir do sexto mês de idade, a introdução oportuna da alimentação complementar é essencial por razões nutricionais e de desenvolvimento, de modo a permitir a transição da alimentação láctea para uma alimentação familiar (Agostoni *et al.*, 2008; Hausner *et al.*, 2010).

A partir dos seis meses de idade, o LM ou substituto não são capazes – por si só – de fornecer toda a energia e todos os nutrientes necessários ao lactente (por exemplo, o ferro). Por outro lado, neste momento, os lactentes desenvolvem os movimentos precursores da mastigação e começam a mostrar interesse por outros alimentos (Dupont, 2005; Agostoni *et al.*, 2008; Chouraqui *et al.*, 2008; Koletzko, 2008b; Hausner *et al.*, 2010).

O processo de aprendizagem alimentar começa no útero, onde o feto pode aprender a partir de sabores transmitidos pelo líquido amniótico (Hausner *et al.*, 2010).

Para além das experiências mais precoces (*in utero*) e do tipo de aleitamento, vários outros factores influenciam a aceitação de alimentos sólidos, sendo de destacar a importância da exposição repetida a novos alimentos e a amamentação, já que quando se introduzem alimentos com sabores semelhantes aos consumidos pela lactante a aceitação é facilitada. Lactentes expostos a uma variedade de alimentos sólidos aceitam mais facilmente novos alimentos do que crianças expostas a uma alimentação monótona. O efeito sobre a aceitação de novos alimentos é ainda mais importante quando a variedade é apresentada tanto entre as refeições como dentro de cada refeição (Maier *et al.*, 2007a; Maier *et al.*, 2007b; Nicklaus, 2009).

Em lactentes não amamentados, a recomendação habitual para a introdução dos alimentos sólidos é também entre os quatro e os seis meses de idade, sendo usual iniciar a partir do quarto mês completo (Vieira *et al.*, 2004).

Na prática, a idade de introdução de alimentos complementares depende da recomendação do pediatra (em função de cada bebé, do volume de leite materno e da sua qualidade), bem como da disponibilidade e ocupação da mãe. No entanto, as crenças e os hábitos culturais da família, bem como os factores socioeconómicos podem desempenhar um papel importante na decisão do início da diversificação alimentar (Agostoni, 2008).

Os lactentes ingerem os alimentos que lhes são oferecidos e do modo como são preparados, assim os pais desempenham um papel importante no estabelecimento de bons hábitos alimentares (Vieira *et al.*, 2004; Koletzko, 2008b).

Com a particular atenção dada à investigação sobre LM e seus substitutos, a investigação sobre DA tem tido menos atenção, existindo falta de dados sobre como diferentes populações diversificam a alimentação dos seus lactentes, bem como alguma falta de evidências científicas que suportem determinadas práticas de DA.

OBJECTIVOS

A ausência de dados sobre AM em Portugal e sobretudo a escassez de dados sobre padrões de DA, levaram à realização deste trabalho, com o objectivo geral de estudar os Hábitos de Aleitamento e de DA numa amostra de lactentes e crianças de tenra idade, inscritos em creches licenciados pela Segurança Social.

Foram objectivos específicos deste trabalho, determinar; as taxas de AM praticadas na referida população, a sua duração, a idade de início da DA e a forma como esta progride.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo transversal, aplicado mediante questionário de administração directa às mães de crianças entre um e três anos de idade.

Para seleccionar a amostra a estudar, obteve-se – junto da Segurança Social – uma listagem de creches dos 16 Distritos de Lisboa. Verificou-se a existência de 537 creches licenciadas pela segurança social, tendo o Concelho de Lisboa o maior número de creches licenciadas pela Segurança Social (um total de 175 creches).

Deste modo, seleccionou-se o Concelho de Lisboa para a realização deste estudo. Foi seleccionada uma amostra de cerca 9 % das Creches licenciadas neste Concelho tendo sido incluídas no estudo 15 creches. Esta selecção consistiu numa amostragem por conveniência.

Para testar o questionário, foi realizado um estudo-piloto numa creche do Concelho de Lisboa, tendo inquirido XX mães, o que permitiu analisar a adequação do questionário. Através deste estudo-piloto, verificou-se haver necessidade de algumas alterações ao questionário.

Passou-se então à recolha de dados (entre Maio e Julho de 2010), distribuindo 200 questionários pelas 15 creches seleccionadas. O questionário final (**anexo 1**) permitiu obter dados sobre aleitamento materno, outro tipo de aleitamento (Substituto do LM ou Aleitamento Misto), bem como dados sobre o início da DA e forma como foi progredindo.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 17.0 para *Microsoft Windows*®.

A estatística descritiva consistiu no cálculo da média para as variáveis quantitativas contínuas e na apresentação de frequências para as variáveis qualitativas e quantitativas discretas. A correlação de Spearman (ρ_s) foi utilizada para a verificação do grau de associação entre pares de variáveis. No caso em que uma das variáveis em estudo era nominal categórica, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para verificar se existia associação (H_0 não existe associação entre as duas variáveis em estudo vs H_1 existe associação entre as duas variáveis). Considerou-se o nível de significância (α) de 0,05 (5 %). Rejeitou-se a hipótese nula (H_0) para valores de $\alpha \geq p$ -value (Maroco, 2007).

RESULTADOS

Dos 200 questionários entregues, somente foi obtida resposta a 67 questionários. Assim, os resultados apresentados referem-se a 67 inquiridas, optando-se por apresentar apenas os resultados de respostas efectivamente dadas a cada questão.

1 - Caracterização da Amostra

62,9 % (n=39) é do sexo masculino e 37,1 % (n=23) do sexo feminino. No momento em que as mães preencheram o questionário, 53 % (n=35) da população tinha a idade de um ano, 33,3 % (n=22) dois anos e 13,6 % (n=9) apresentavam três anos de idade. A totalidade da amostra foi referida como saudável, não fazendo uma alimentação especial.

Sexo da criança	Percentagem % (n)
Masculino	62,9 (39)
Feminino	37,1 (23)
Total	100 (62)
Idade da criança	Percentagem % (n)

Um ano	53,0 (35)
Dois anos	33,3 (22)
Três anos	13,6 (9)
Total	100 (66)

Tabela 1. Caracterização da amostra (filhos)

No que diz respeito às mães, verificou-se que a maioria (96,9 %) possui escolaridade obrigatória e 6,1 % possui o nível mais elevado de formação académica (doutoramento).

Observou-se uma correlação positiva fraca (0,073), entre as duas variáveis nível de escolaridade das mães e a introdução do primeiro novo alimento. Não se obtendo um resultado estatisticamente significativo, verificou-se que não existe correlação entre as duas variáveis em estudo.

A idade em que as mães tiveram o bebé em estudo foi maioritariamente no intervalo de 30-35 anos (44,8 %), sendo também de salientar o intervalo de 25-30 anos em 26,9 % da amostra. Verificou-se que os agregados familiares são constituídos – em média – por 3 a 4 elementos, contabilizando-se em média um irmão por criança para 41,8 % (n=28) da amostra. De acrescentar que 52,2 % (n=35) das mães são primíparas.

2 – Tempo de gestação, peso e comprimento à nascença

91 % (n=61) das crianças foram recém-nascidos de termo tendo nascido entre as 37 e as 42 semanas de gestação, 7,5 % (n=5) foram prematuros e apenas uma criança nasceu após as 42 semanas de gestação. O Aumento médio de peso das mães durante a gravidez foi de 14 kg e 92,4 % (n=61) dos recém-nascidos apresentavam peso adequado à nascença (peso entre 2500 g e 4000 g (Martins e Carvalho; 2006)).

Para a análise a adequação do comprimento e do peso à nascença, utilizaram-se as tabelas de crescimento da OMS, obtendo-se os resultados descritos na tabela que se segue (Padez, 2005; Martins e Carvalho; 2006; WHO, 2010b). De salientar que ambos

os sexos – à nascença – se encontravam entre o percentil 15 e o percentil 50 no que diz respeito ao Índice de Massa Corporal (IMC).

Sexo da criança	Percentis	Comprimento vs Idade	Peso vs Idade	Comprimento vs Peso	IMC vs Idade
Percentagem % (n)					
Masculino	3		1,6 (1)		
	15	4,9 (3)	4,9 (3)	6,6 (4)	
	50	13,1 (8)	16,4 (10)	8,2 (5)	4,9 (3)
	85	6,6 (4)		3,3 (2)	
	<3	1,6 (1)		1,6 (1)	1,6 (1)
	>3<15	6,6 (4)	8,2 (5)	4,9 (3)	8,2 (5)
	>15<50	16,4 (10)	14,8 (9)	16,4 (10)	26,2 (16)
	>50<85	11,5 (7)	13,1 (8)	18,0 (11)	21,3 (13)
	>85<97	1,6 (1)	4,9 (3)	3,3 (2)	
	>97	1,6 (1)		1,6 (1)	1,6 (1)
Feminino	3	3,3 (2)	3,3 (2)		
	15	8,2 (5)	8,2 (5)	8,2 (5)	4,9 (3)
	50	11,5 (7)	13,1 (8)	4,9 (3)	3,3 (2)
	85	1,6 (1)		3,3 (2)	
	<3				
	>3<15		1,6 (1)	1,6 (1)	3,3 (2)
	>15<50	3,3 (2)	4,9 (3)	9,8 (6)	14,8 (9)
	>50<85	4,9 (3)	4,9 (3)	6,6 (4)	8,2 (5)
	>85<97	3,3 (2)			
	>97			1,6 (1)	1,6 (1)
Total		100 (61)	100 (61)	100 (61)	100 (61)

Tabela 2. Percentis de comprimento, peso, e IMC vs idade vs sexo da criança; comprimento vs peso vs sexo da criança

3 - Hábitos de aleitamento

Relativamente ao AM, observou-se uma elevada taxa de amamentação 91 % (n=61), embora apenas 26,9 % (n=18) da amostra tenha feito AM exclusivo, já que a grande maioria 64,2 % (n=43) fez aleitamento misto (leite materno e leite industrial). 9 % (n=6) das crianças foram lactentes exclusivamente alimentados com substitutos do leite. Quando à duração do AM, observou-se que 56,7 % (n=38) foram amamentadas durante um período inferior a seis meses e somente 13,4 % (n=9) foram amamentadas até aos seis meses.

Com o teste do χ^2 verificou-se que a decisão de amamentar ou não o bebé é idêntica independentemente da idade da mãe (p-value = 0,228 > 0,05).

Aleitamento Materno	Percentagem % (n)
Sim	91,0 (61)
Não	9,0 (6)
Total	100 (67)
Tipo de aleitamento	Percentagem % (n)
Só leite materno	26,9 (18)
Leite materno e leite industrial	64,2 (43)
Leite de lata	9,0 (6)
Total	100 (67)
Duração do período de amamentação	Percentagem % (n)
Um mês	14,9 (10)
Dois meses	7,5 (5)
Três meses	16,4 (11)
Quatro meses	11,9 (8)
Cinco meses	6,0 (4)
Seis meses	13,4 (9)
Mais de 6 meses	21,0 (14)
Não amamentado	9,0 (6)
Total	100 (67)

Tabela 3. Caracterização relativamente ao aleitamento materno

4 - Diversificação Alimentar

A maioria dos bebés 64,1 % (n=41) iniciou a DA aos 4 meses, sendo de destacar que o primeiro alimento introduzido é a papa 55,6 % (n=35) ou a sopa 38,1 % (n=24). A maioria das mães 69,7 % (n=46) refere ter estado preocupada com possíveis reacções alérgicas a novos alimentos, aquando do início da DA.

Idade de introdução do primeiro novo alimento	Percentagem % (n)
3 Meses	6,2 (4)
4 Meses	64,1 (41)
5 Meses	14,1 (9)
6 Meses	9,4 (6)
7 Meses	4,7 (6)
8 Meses	1,6 (1)
Total	100 (64)
Alimento de início	Percentagem % (n)
Bolacha	1,6 (1)
Fruta	4,8 (3)
Papa	55,6 (35)
Sopa	38,1 (24)
Total	100 (63)
Preocupação com possíveis reacções alérgicas	Percentagem % (n)
Sim	69,7 (46)
Não	30,3 (20)
Total	100 (66)

Tabela 4. Caracterização da introdução do primeiro alimento complementar

A introdução dos alimentos complementares pode ser consultada na tabela 5.

Alimento	Alimentos e mês de introdução na alimentação do bebé												Percentagem % (n)		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		>12	
Papa sem glúten			6,3 (4)	63,5 (40)	12,7 (8)	9,5 (6)	1,6 (1)	1,6 (1)						4,8 (3)	100 (63)
Papa com glúten				4,0 (2)	4,0 (2)	56,0 (28)	10,0 (5)	8,0 (4)	2,0 (1)	6,0 (3)		2,0 (1)		8,0 (4)	100 (50)
Sopa			3,5 (2)	40,4 (23)	26,3 (15)	22,8 (13)	5,3 (3)			1,8 (1)					100 (57)
Fruta				39,6 (21)	37,7 (20)	20,8 (11)		1,9 (1)							100 (53)
Banana				31,6 (18)	35,1 (20)	22,8 (13)	1,8 (1)	3,5 (2)						1,8 (1)	100 (57)
Maçã				41,4 (24)	34,5 (20)	17,2 (10)	5,2 (3)	1,7 (1)							100 (58)
Pêssego				2,0 (1)	9,8 (5)	21,6 (11)	2,0 (1)	11,8 (6)	5,9 (3)	3,9 (2)		11,8 (6)		27,4 (14)	100 (51)
Laranja				3,8 (2)		7,7 (4)	3,8 (2)	11,5 (6)	9,6 (5)	5,8 (3)		9,6 (5)		46,2 (24)	100 (52)
Kiwi						8,0 (4)		8,0 (4)	6,0 (3)			10,0 (5)		68,0 (34)	100 (50)
Ananás						4,0 (2)	2,0 (1)	6,0 (3)	6,0 (3)	2,0 (1)		10,0 (5)		68,0 (34)	100 (50)
Manga				1,9 (1)	11,1 (6)	29,6 (16)	3,7 (2)	11,1 (6)	3,7 (2)	7,4 (4)		9,3 (5)		20,4 (11)	100 (54)
Morango						3,8 (2)	1,9 (1)	5,8 (3)	1,9 (1)	3,8 (2)		9,6 (5)		73,0 (38)	100 (52)
Pêra				39,3 (22)	32,1 (18)	16,1 (9)	5,4 (3)	5,4 (3)	1,8 (1)			3,4 (2)		1,7 (1)	100 (56)
Carne				8,5 (5)	23,7 (14)	40,7 (24)	10,2 (6)	8,5 (5)				3,5 (2)		8,8 (5)	100 (57)
Peixe				5,3 (3)	5,3 (3)	10,5 (6)	17,5 (10)	15,8 (9)	29,8 (17)	1,8 (1)		1,8 (1)		96,4 (54)	100 (56)
Marisco										3,6 (2)					100 (55)
Iogurte para bebé				12,7 (7)	14,5 (8)	25,5 (14)	10,9 (6)	7,3 (4)	10,9 (6)			5,5 (3)		12,7 (7)	100 (60)
Iogurte natural				8,3 (5)	16,7 (10)	33,3 (20)	10,0 (6)	11,7 (7)	5,0 (3)	1,7 (1)				13,3 (8)	100 (60)
Gema de ovo						8,9 (5)	1,8 (1)	8,9 (5)	16,1 (9)	8,9 (5)		14,3 (8)		41,1 (23)	100 (56)
Clara de ovo						10,9 (6)		3,6 (2)	1,8 (1)	3,6 (2)		20,0 (11)		60,0 (33)	100 (55)
Massa					1,8 (1)	7,0 (4)	5,3 (3)	12,3 (7)	12,3 (7)	12,3 (7)		3,5 (2)		28,1 (16)	100 (57)
Pão				6,6 (4)	8,2 (5)	23,0 (14)	16,4 (10)	11,5 (7)	8,2 (5)	3,3 (2)		4,9 (3)		16,4 (10)	100 (61)
Bolachas				11,1 (7)	7,9 (5)	28,6 (18)	15,9 (10)	11,1 (7)	11,1 (7)	3,2 (2)		4,8 (3)		6,4 (4)	100 (63)
Vegetais no prato						7,1 (4)	1,8 (1)	5,4 (3)	8,9 (5)	7,1 (4)		12,5 (7)		50,0 (28)	100 (56)
Leguminosas						5,3 (3)	7,0 (4)	12,3 (7)	7,0 (4)	5,3 (3)		10,5 (6)		49,1 (28)	100 (57)
Água	19,0 (11)	5,2 (3)	3,4 (2)	29,3 (17)	22,4 (13)	10,3 (6)	6,9 (4)		1,7 (1)	1,7 (1)					100 (58)
Leite de Vaca						1,7 (1)	1,7 (1)		1,7 (1)	1,7 (1)		20,3 (12)		69,4 (41)	100 (59)
Doces/chocolates								1,7 (1)	1,7 (1)	1,7 (1)		6,8 (4)		88,1 (52)	100 (59)
Sal				1,7 (1)		8,3 (5)	1,7 (1)	1,7 (1)	3,3 (2)	3,3 (2)		13,3 (8)		65,0 (39)	100 (60)
Açúcar						1,9 (1)	1,9 (1)	1,9 (1)	3,8 (2)	3,8 (2)		1,9 (1)		86,8 (46)	100 (53)
Mel				3,5 (2)	1,8 (1)	3,5 (2)		1,8 (1)	1,8 (1)	1,8 (1)				86,0 (49)	100 (57)
Frutos secos									1,7 (1)					98,3 (58)	100 (59)
Boiões de Fruta				14,3 (9)	12,7 (8)	28,6 (18)	11,1 (7)	7,9 (5)	1,6 (1)	1,6 (1)		1,6 (1)		17,4 (11)	100 (63)
Boiões de Refeições				3,6 (2)	7,1 (4)	10,7 (6)	5,4 (3)	1,8 (1)	7,1 (4)	3,6 (2)		1,8 (1)		58,9 (33)	100 (56)
Boiões de Sobremesa				8,6 (5)	3,4 (2)	12,1 (7)	5,2 (3)	3,4 (2)	6,9 (4)			1,7 (1)		55,2 (32)	100 (58)

Tabela 5. Caracterização da introdução de certos alimentos na alimentação do bebé

São de salientar os alimentos mais comumente introduzidos nas diferentes idades. Aos quatro meses são sobretudo referidos: papa sem glúten 63,5 % (n=40); sopa 40,4 % (n=23); fruta 39,6 % (n=21), sobretudo maçã 41,4 % (n=24) e pêra 39,3 % (n=22) e água 29,3 % (n=17). Entre os quatro e os seis meses de idade 89,5 % dos bebés introduzem ainda a banana (31,6 % (n=18) aos quatro, 35,1 % (n=20) aos cinco e 22,8 % (n=13) aos seis meses). Aos seis meses, as inquiridas referem introduzir papa com glúten 56 % (n=28), manga 29,6 % (n=16), carne 40,7 % (n=24), iogurte para bebé 25,5 % (n=14), iogurte natural 33,3 % (n=20), pão 23 % (n=14), e bolachas 28,6 % (n=18). Aos nove meses, o novo alimento mais referido é o peixe, por 29,8 % (n=17) das mães. Observou-se ainda que alguns alimentos – como pêssigo, laranja, kiwi, ananás, morango, marisco, gema e clara de ovo, produtos hortícolas (no prato), leguminosas, leite de vaca, doces, chocolates, sal, açúcar, mel e frutos secos – são normalmente introduzidos após o primeiro ano de vida.

Questionámos também acerca da introdução de refeições para bebés prontas a consumir, mais conhecidas por boiões. Verificou-se que os boiões de fruta são preferidos pelas mães introduzindo-os normalmente aos seis meses 28,6 % (n=18). Os boiões de refeições e sobremesas são introduzidos depois de completado o ano de idade.

Em relação à carne e ao peixe, 47,4 % (n=27) das mães introduz o frango como primeira carne e 81,5 % (n=44) introduz pescada como primeiro peixe.

Primeira carne	Percentagem % (n)
Borrego	43,9 (25)
Frango/galinha	47,4 (27)
Perú	3,5 (2)
Vaca	5,3 (3)
Total	100 (57)
Primeiro peixe	Percentagem % (n)
Dourada	1,9 (1)
Linguado	5,6 (3)
Maruca	5,6 (3)
Pescada	81,5 (44)

Robalo	1,9 (1)
Salmão	1,9 (1)
Tamboril	1,9 (1)
Total	100 (54)

Tabela 6. Primeiros fornecedores proteicos a serem introduzidos

Quanto à constituição da primeira sopa, verificámos ser feita com batata, cenoura e cebola na maioria dos casos (**gráfico 1**).

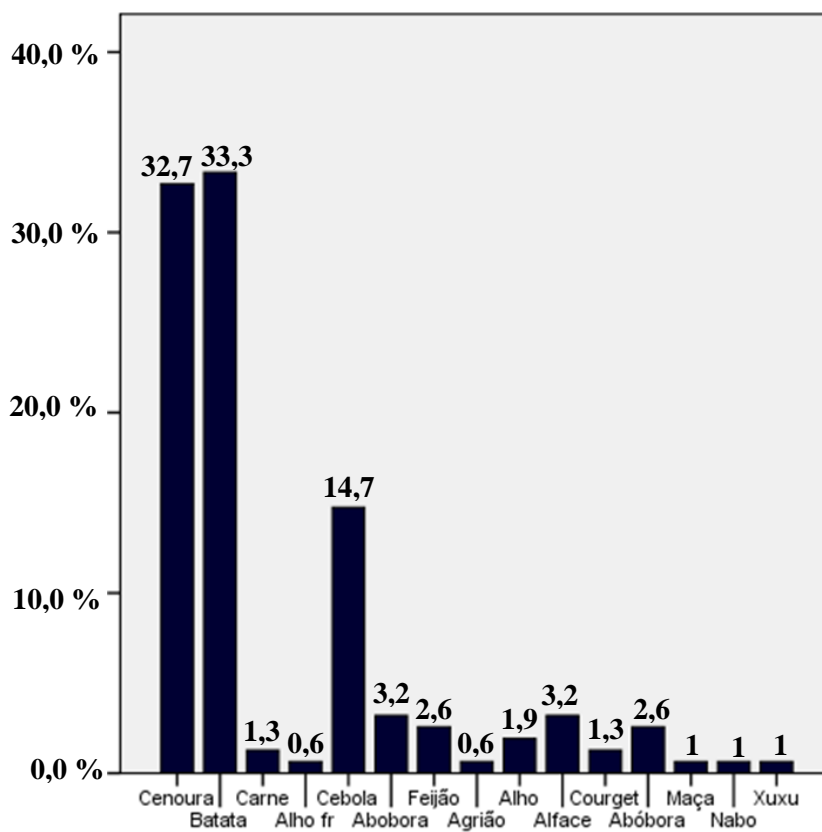


Gráfico 1. Percentagem de alimentos da primeira sopa

5 - Diversificação Alimentar e Tipo de Aleitamento

É de salientar que através de um cruzamento entre duas variáveis (tipo de aleitamento e primeiro novo alimento), observou-se que as mães que só deram LM, na

sua maioria, introduziram primeiramente sopa na alimentação do seu bebé (10 pessoas em 18). Já as mães que deram aleitamento misto (19 pessoas em 43) e só substituto (4 pessoas em 6), tendem a dar como primeiro alimento a papa.

Tipo de aleitamento	Primeiro alimento								
	Bolacha Maria	Fruta	Papa	Para láctea	Papa sem glúten	Pêra	Sopa	Missing	Total
Só leite materno	0	1	7	0	0	0	10	0	18
Leite materno e leite industrial	1	1	19	1	4	1	13	3	43
Só leite de lata	0	0	4	0	0	0	1	1	6
Total	1	2	30	1	4	1	24	4	67

Tabela 7. Cruzamento entre tipo de aleitamento e primeiro alimento

DISCUSSÃO

Estudos realizados em Portugal indicam que a duração do AM exclusivo está longe da recomendação da OMS. Os resultados deste trabalho estão em consonância com estas evidências, já que apenas 26,9 % da amostra refere AM exclusivo e que a taxa de amamentação decresce muito rapidamente ao longo dos meses. A taxa de amamentação que verificámos nesta amostra foi superior à referida no Inquérito Nacional de Saúde, atingindo os 91 % embora apenas 21 % das mães amamente após os seis meses de idade do lactente.

Segundo a ESPGHAN, a idade recomendada para início da DA é entre os quatro e os seis meses de idade. A grande maioria da amostra deste estudo inicia a DA dentro deste período, mas é de salientar que 6,2 % o fazem demasiado precocemente (três meses) e que 6,3 % o fazem tardiamente (depois dos sete meses).

As evidências científicas acerca de DA são escassas, sobretudo porque a investigação científica se tem debruçado mais sobre LM e sobre os seus substitutos (Agostoni *et al.*, 2008). As práticas de DA são sobretudo marcadas por aspectos culturais, embora existam algumas orientações que ajudam a diversificar a alimentação dos lactentes. O que não há é uma ordem cronológica obrigatória ou evidências que recomendem o alimento complementar ideal para iniciar a diversificação. É comum iniciar pela papa, mas é cada vez mais frequente iniciar pela sopa (Rêgo, 2008).

Na população estudada verificámos que, de facto, as farinhas infantis são o alimento complementar mais comumente escolhido para iniciar a DA (55,6 %). Uma percentagem considerável inicia a DA com sopa (38,1 %) ou com fruta (4,8 %).

Quanto à ordem de introdução dos alimentos verificamos que na maior parte dos casos a ordem é; papa sem glúten, sopa, para com glúten, fruta (sobretudo maçã, banana e pêra), carne, iogurte natural, iogurte para bebé, pão e bolachas e peixe. Alguns alimentos – por parte significativa da amostra – só são introduzidos depois dos 12 meses, sendo de particular destaque algumas variedades de fruta (morango, kiwi, ananás, laranja e pêssgo), os frutos secos, os doces, o marisco, o leite de vaca, o mel o sal, a clara e a gema do ovo.

Na ordem de introdução dos alimentos complementares é interessante verificar consonância com o que tradicionalmente se recomenda em Portugal (Rêgo, 2008), embora alguns dos alimentos estejam a ser introduzidos em idades demasiado precoces (iogurte natural aos seis meses) ou em idades demasiado tardias (gema do ovo após 12 meses e peixe após nove meses em 15,9 % da amostra).

A idade recomendada para introdução do glúten continua a ser os seis meses, embora evidências recentes apontem para o facto de uma introdução mais precoce (em lactentes de risco, amamentados ao peito) de pequenas quantidades de glúten poder ser factor de diminuição do risco de doença celíaca. O que é recomendado é que a introdução do glúten ocorra entre os quatro e os sete meses de idade, sendo prejudicial tanto uma introdução precoce, como uma introdução tardia (Agostoni *et al.*, 2008). Em relação ao glúten, verificámos que a grande maioria dos lactentes o introduziram no sexto mês, mas é de salientar que 3,5 % da amostra faz a sua introdução precocemente e que 26 % o faz demasiado tarde (depois dos sete meses).

A principal deficiência nutricional nos primeiros anos de vida é a carência de ferro (Rêgo, 2008), o que leva a que a orientação para introdução de carne na sopa ronde o sexto mês. Um número substancial de inquiridas introduziu a carne neste mês (40,7 %) e 32,2 % introduziram-na mais precocemente, havendo 27,2 % que a introduzem mais tarde. A carne mais referida como primeira a ser introduzida é a de aves, seguida da de borrego e da carne de vaca.

O atraso da introdução de peixe, mesmo em lactentes com risco atópico, não é recomendado, uma vez que as evidências científicas não suportam um benefício desse atraso na redução de risco alérgico. Assim, sendo um alimento particularmente interessante para a criação de hábitos alimentares saudáveis e particularmente importante na cultura alimentar portuguesa, pode ser introduzido entre o oitavo e nono mês, embora já existam indícios científicos de que possa ser introduzido no sétimo mês (Agostoni *et al.*, 2008). Na amostra estudada verifica-se que a idade de introdução do peixe se encontra maioritariamente entre o sétimo e o nono mês.

Nesta amostra a primeira sopa é confeccionada com cebola, batata e cenoura, resultados mais uma vez semelhantes ao que tradicionalmente se recomenda em Portugal (Rêgo, 2008).

É ainda de destacar que uma percentagem considerável da amostra introduz o leite de vaca não modificado demasiado precocemente (30,5 %), ou seja antes de completado o ano de idade. Esta introdução precoce não é recomendada (Agostoni, 2008).

Resta acrescentar que se verificaram algumas limitações neste trabalho, sendo de destacar a dimensão da amostra, e maior clareza nalgumas questões do questionário.

CONCLUSÃO

A amostra estudada apresenta uma elevada taxa de amamentação (91 %), mas apenas 26,9 % faz AM exclusivo. A duração da amamentação é reduzida, diminuindo substancialmente aos três meses. Destes dados conclui-se a necessidade de uma constante promoção do AM em Portugal.

A população estudada inicia – na grande maioria dos casos – a DA dentro do intervalo de idades recomendado (entre os quatro e os seis meses). Contudo uma percentagem não inicia a DA neste período, iniciando-a demasiado cedo ou demasiado tarde. No que diz respeito à idade de introdução do glúten, verificamos que a grande maioria da amostra o introduz dentro do período aconselhado, havendo ainda quem introduz demasiado cedo ou demasiado tarde. Este facto, se os lactentes em causa tiverem risco de doença celíaca, pode aumentar o risco de esta se vir a manifestar.

Embora não haja uma obrigatoriedade para que a papa ou a sopa sejam primeiros alimentos complementares, é de salientar que são as opções mais vulgares. Uma – a papa – é mais facilmente aceite pelo lactente e é uma opção que se enquadra perfeitamente numa alimentação diversificada saudável, desde que seja usada como recomendado e nas quantidades recomendadas. A segunda opção – começar por sopa – merece particular destaque pois pode ser um importante factor no treino do paladar do lactente, favorecendo a aceitação de sabores menos doces.

É contudo de salientar que iniciar por sopa (uma opção excelente), não significa não introduzir a papa, como verificámos numa percentagem considerável da amostra (cerca de 16 %), já que esta prática pode significar a não satisfação das necessidades energéticas do lactente. Do mesmo modo, a introdução tardia da carne (por 27 % da amostra) pode ser prejudicial por um aporte insuficiente de ferro.

Uma parte da população estudada (30,5 %) está a introduzir o leite de vaca demasiado cedo na alimentação do lactente.

O panorama de alimentação no primeiro ano de idade desta amostra parece razoável em relação às recomendações, contudo há aspectos que indicam a necessidade de mais educação alimentar na infância e no primeiro ano de idade.

BIBLIOGRAFIA

Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., Moreno, L., Puntis, J., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D. e Goudoever, J. V. (2008). 'Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition', *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46, pp. 99-110.

Ávila, R. (2004). 'Aleitamento da criança no primeiro ano de vida', *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, pp. 339-46.

Caetano, M. C., Ortiz, T. T. O., Silva, S. G. L. S., Souza, I. S., e Sarni, R. O. S. (2010). 'Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes', *Journal de Pediatria*, 86, pp. 196-201.

Caldeira, T., Moreira, P. e Pinto, E. (2007). 'Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono', *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, pp. 685-699.

Cardoso, L. (2006). *Aleitamento Materno uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstetrícia*. [Dissertação de Mestrado]. Braga, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Chouraqui, J.-P., Dupont, C., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Darmaun, D., Frelut, M.-L., Ghisolfi, J., Girardet, J.-P., Goulet, O., Putet, G., Rieu, D., Rigo, J., Turck, D. e Vidailhet, M. (2008). 'Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie - Feeding during the first months of life and prevention of allergy comité de nutrition de la société française de pédiatrie', *Archives de Pédiatrie*, 15, pp. 431-442.

Chuang, C.-H., Chang, P.-J., Chen, Y.-C., Hsieh, W.-S., Hurng, B.-S., Lin, S.-J. e Chen P.-C. (2010). 'Maternal return to work and breastfeeding: A population-based cohort study', *International Journal of Nursing Studies*, 47, pp. 461-474.

- Cummings, M. (2008). 'Best practice standards for breastfeeding education: a baby friendly approach', *Nurse Education Today*, 28, pp. 895-898.
- Dupont, C. (2005). 'La diversification alimentaire', *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 40, pp. 250-253.
- Eglash, A., Montgomery, A. e Wood, J. (2008). 'Breastfeeding', *Disease-a-Month*, 54, pp. 343-411.
- Hausner, H., Nicklaus, S., Issanchou, S., Mølgaard, C. e Møller, P. (2010). 'Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound', *Clinical Nutrition*, 29, pp. 141-148.
- Koletzko, B. (2008a). Pediatric Nutrition in Practice. (1st ed). *In* Michaelsen, K. F. *Breastfeeding*. (pp. 85-89). Switzerland: KARGER.
- Koletzko, B. (2008b). Pediatric Nutrition in Practice. (1st ed). *In* Fewtrell, M. *Complementary Foods*. (pp. 102-105). Switzerland: KARGER.
- Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Leathwood, P. e Issanchou S. (2007a). 'Food-related sensory experience from birth through weaning: Contrasted patterns in two nearby European regions', *Appetite*, 49, pp. 429-440.
- Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Issanchou, S. e Leathwood, P. (2007b). 'Effects of repeated exposure on acceptance of initially disliked vegetables in 7-month old infants', *Food Quality and Preference*, 18, pp. 1023-1032.
- Martins, E. B. e Carvalho, M. A. (2006). 'Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática – Birth weight and overweight in childhood: a systematic review', *Cad. Saúde Pública*, 22, 11, pp. 228-300.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3^a ed. (pp. 43-44; 103-108). Lisboa: Edições Sílabo.

Nicklaus, S. (2009). 'Development of food variety in children'. *Elsevier Ltd*, 52, pp. 253-255.

ONSA (2007). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Ministério da Saúde Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge.

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P, e Rosado, V. (2005). 'Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children', *Acta Paediatrica*, 94, pp. 1550-1557.

Rêgo, C. (2008). Alimentação e Nutrição nos Primeiros Anos de Vida. A *Diversificação Alimentar: Quando e Como?*. 7º Workshop Nestlé Nutrition (pp. 73-97). Editor: António Guerra.

Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I. e Gomes, A. (2006). 'Aleitamento Materno: evolução na última década', *Acta Paediatrica Portuguesa*, 1 (37), pp. 9-14.

Spencer, R. L. (2008). 'Research methodologies to investigate the experience of breastfeeding: A discussion paper', *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 1823-1830.

Vieira, G. O., Silva, L. R., Vieira, T. O., Almeida J. A. G. e Cabral, V. A. (2004). 'Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas - Feeding habits of breastfed and non-breastfed children up to 1 year old', *Jornal de Pediatria*, 80, pp. 411-416.

WHO (2010a). *Breastfeeding*. Disponível *on-line* em: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en> . Último acesso em 15-08-2010.

WHO (2010b). *The WHO Child Growth Standards*. Disponível *on-line* em <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>. Último acesso em 15-08-2010.