

# **ALEITAMENTO MATERNO**

## ESTUDO DA PREVALÊNCIA E DURAÇÃO NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DE BELMONTE

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE EM MEDICINA

MARIA JOÃO LIMA

ABRIL 2010

# **ALEITAMENTO MATERNO**

## **ESTUDO DA PREVALÊNCIA E DURAÇÃO NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DE BELMONTE**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE EM MEDICINA**

**MARIA JOÃO LIMA**

**ABRIL 2010**

**ORIENTADORA: DR.ª CELINA PIRES ROSA**

*Dedico este trabalho,*

*Aos profissionais que abraçaram o desafio de promover o aleitamento materno no Centro de Saúde de Belmonte...*

*...e a todos aqueles que o interpretem como um ponto de partida.*

## | Agradecimentos

À Dr.<sup>a</sup> Celina Pires, pela constante disponibilidade, motivação e pelo exemplo clínico, académico e pessoal que é para mim. Agradeço-lhe a dedicação que me ensinou a aplicar, o gosto que me incutiu e a confiança incondicional.

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Patrício e a todos os profissionais do Centro de Saúde de Belmonte, pela ajuda disponibilizada para a realização deste trabalho.

A todas as mães que aceitaram participar neste estudo.

À Doutora Susana Silva, pelos conselhos científicos e técnicos, que contribuíram para o rigor deste projecto.

Ao Miguel Pissarra Pires, que me ajudou a dar forma a todo este conteúdo.

À minha família, pelas ausências que, constantemente, me perdoam.

Aos meus amigos, pelo apoio incondicional.

## | Índice

Dedicatória.....	III
Agradecimentos.....	IV
Índice.....	V
Índice de gráficos.....	VI
Índice de ilustrações.....	VII
Índice de tabelas.....	VII
Abreviaturas.....	VIII
Glossário.....	IX
Resumo.....	1
Abstract.....	3
Introdução.....	5
Materiais e Métodos.....	9
Métodos Estatísticos.....	11
Resultados.....	12
Caracterização sócio-demográfica.....	12
Gravidez e Parto.....	14
Aleitamento Materno.....	15
Discussão.....	22
Bibliografia.....	30
Anexos.....	39

| Índice de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição percentual de inquiridos, por ano de nascimento das crianças.....	12
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição percentual, segundo a faixa etária das mães, por ano de nascimento das crianças.....	12
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição percentual, segundo a paridade das mães, por ano de nascimento das crianças.....	13
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição percentual das inquiridas, segundo o estado civil das mães, por ano de nascimento das crianças.....	13
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição percentual, segundo as classes do Índice de Graffar das mães, por ano de nascimento das crianças.....	14
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição percentual, segundo a vigilância médica na gravidez, por ano de nascimento das crianças.....	15
<b>Gráfico 7</b> - Taxas de prevalência do AM, por ano de nascimento das crianças.....	16
<b>Gráfico 8</b> - Comparação da duração total do AM, segundo o ano de nascimento das crianças.....	16
<b>Gráfico 9</b> - Função de sobrevivência do AM, segundo a assistência médica, durante a gravidez.....	17
<b>Gráfico 10</b> - Função de sobrevivência do AM, segundo o peso da criança à nascença.....	17

<b>Gráfico 11</b> - Distribuição percentual, segundo a informação acerca do AM durante a gravidez, por ano de nascimento das crianças.....	19
<b>Gráfico 12</b> - Função de sobrevivência do AM, segundo a informação sobre o AM durante a gravidez.....	20
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição percentual, segundo a fonte de informação acerca do AM durante a gravidez, por ano de nascimento das crianças.....	20
<b>Gráfico 14</b> - Comparação da duração total do AM, segundo a participação no CPA.....	21

## | Índice de ilustrações

<b>Ilustração 1</b> - Representação esquemática do resultado final dos contactos efectuados à população.....	10
--	----

## | Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Causas de abandono do AM, por ano de nascimento das crianças.....	18
<b>Tabela 2</b> - Causas de abandono do AM relacionadas com uma redução da duração total do AM e respectivas medianas.....	19

## | Abreviaturas

**AM** - Aleitamento Materno

**FIA** - Fórmulas Infantis Adaptadas

**INS** - Inquérito Nacional de Saúde

**PIC** - Programa de Intervenção na Comunidade

**CSB** - Centro de Saúde de Belmonte

**CPA** - Curso de Preparação para a Amamentação

## | Glossário

### Aleitamento Materno

Alimentação que inclui o leite materno, independentemente de ser complementado com outros alimentos, ou da sua forma de administração.

### Programa de Intervenção na Comunidade

Projecto implementado no Centro de Saúde de Belmonte (CSB), desde Novembro de 2002 até ao presente, com vista à promoção do aleitamento materno (AM), na área de influência da instituição. No âmbito deste programa, têm sido realizadas, no serviço, várias sessões formativas sobre AM, destinadas aos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) do CSB, complementadas com a distribuição de bibliografia relevante sobre o tema. Além disso, alguns profissionais de saúde frequentaram cursos intensivos sobre o aconselhamento em AM, fora da instituição. No que diz respeito à intervenção na comunidade, foi realizada uma sessão formativa destinada às educadoras de infância e auxiliares das duas creches de Belmonte sobre o AM e métodos alternativos de administrar o leite materno, foram feitos programas de rádio e foi instituído o Curso de Preparação para a Amamentação (CPA), que se tem realizado até ao presente.

## Curso de Preparação para a Amamentação

Conjunto de sessões de ensino em grupo ministradas por profissionais de saúde do CSB, destinado às grávidas (e respectivos cônjuges) e aberto, também, às mães em licença por maternidade que desejem participar. É, geralmente, realizado no dia das consultas de saúde materna do CSB, para uma maior comodidade das grávidas.

Está estruturado em oito sessões, de acordo com os seguintes temas:

1. Porquê amamentar?
2. Como funciona a amamentação.
3. Iniciar a amamentação.
4. A importância do posicionamento correcto.
5. Como extrair e conservar o leite materno.
6. Voltar ao trabalho e ultrapassar as dificuldades.
7. As falsas crenças sobre amamentação.
8. Os bebés que choram muito: causas e prevenção.

Para cada uma das sessões foi construído um diaporama, com cerca de 30 diapositivos, que é utilizado como suporte didáctico.

Como complemento às sessões de ensino em grupo, foi elaborada uma colecção de folhetos desdobráveis, que são distribuídos por rotina a todas as grávidas que frequentam o CSB e às puérperas que durante a gravidez não tiveram acesso aos mesmos. O título de cada desdobrável é o seguinte:

1. Porquê amamentar?
2. O que deve saber antes do parto.
3. A posição para amamentar.
4. As dúvidas mais frequentes.
5. Regresso ao trabalho.
6. Como extrair e conservar o leite materno.
7. Como fazer o desmame.
8. Fazer a mala.

### Índice de Graffar

Classificação social internacional da família, adaptada de uma escala original de 1956. São avaliados cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde reside. Os resultados são classificados em cinco classes sócio-económicas: I - Alta; II - Média alta; III - Média; IV - Média baixa; V - Baixa.

### Gravidez de termo

Gravidez com uma duração de 37 ou mais semanas.

## Gravidez medicamente vigiada

Gravidez seguida por um médico, com um mínimo de 6 consultas de vigilância.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> in Orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério; Lisboa, 1993.

## | Resumo

O Aleitamento Materno é reconhecido mundialmente como um dos principais instrumentos para a promoção da saúde infantil. Em 2002, foi implementado um Programa de Intervenção na Comunidade, em Belmonte, que visa aumentar a prevalência e duração da amamentação, na área de influência do respectivo Centro de Saúde.

**Objectivos:** Conhecer a prevalência e a duração do aleitamento materno, em 2001 e 2006, e a respectiva evolução; identificar os factores associados a uma maior duração da amamentação e avaliar o impacto do Programa de Intervenção na Comunidade.

**Métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, realizado mediante a aplicação de um questionário, a 89 mães de crianças nascidas em 2001 e 2006, da área de influência do Centro de Saúde de Belmonte. Caracterizaram-se factores sócio-demográficos, parâmetros da gravidez e parto, a prevalência e duração da amamentação. Estudou-se a relação entre a duração do aleitamento materno e os seus factores condicionantes.

**Resultados:** As taxas de prevalência foram de 87,5 e 95,9% ao nascimento, 80 e 91,8% no 1º mês, 75 e 71,4% aos 3 meses, 60 e 61,2% no 6º mês, 25 e 49% aos 12 meses e 2,5 e 22,4% ao 24º mês, respectivamente em 2001 e 2006. A duração média aumentou significativamente de  $7,24 \pm 6,07$  meses em 2001, para  $12,09 \pm 11,13$  meses em 2006. Entre os anos estudados, houve uma diminuição da

idade média de introdução das Fórmulas Infantis Adaptadas e um aumento do tempo entre o seu início e o desmame, das grávidas que receberam informação sobre a amamentação e dos médicos de família e enfermeiros como fontes da mesma. Em ambos os anos, o aconselhamento partiu, maioritariamente, dos profissionais de saúde. Em 2006, 53,1% das mães aderiram ao Curso de Preparação para a Amamentação, o que se traduziu num aumento da duração do respectivo aleitamento. Os factores que aumentaram significativamente a duração da amamentação, em ambos os anos em estudo, foram a assistência médica e informação durante a gravidez, os médicos de família como fontes dessa informação e o peso à nascença superior a 2500g. Em 2006, o desmame por “percepção de leite insuficiente”, “decisão materna”, “choro persistente”, “má progressão ponderal” ou “prematividade” esteve associado à diminuição significativa da duração da amamentação.

**Conclusão:** As taxas de prevalência do aleitamento materno foram elevadas e evoluíram positivamente entre 2001 e 2006. O aumento significativo da duração da amamentação, entre os anos estudados, reforça a importância dos profissionais de saúde enquanto fontes de informação, aconselhamento e apoio às grávidas e às mães em fase de amamentação.

**Palavras-chave:** aleitamento materno, amamentação, prevalência, duração.

## | Abstract

Breastfeeding is world-widely recognised as one of the most important means to promote infant health. In 2002, it was implemented a Community Intervention Program in Belmonte, that aims to increase breastfeeding prevalence and duration, in the population served by local Primary Health Care Unit.

**Objectives:** To assess breastfeeding prevalence and duration, in 2001 and 2006, and its evolution; to identify the factors associated with an increase of breastfeeding duration and to evaluate the impact of the Community Intervention Program.

**Study Design:** An observational, descriptive, transversal and retrospective study, applying a survey to 89 mothers whom children were born in 2001 and 2006, served by Belmonte's Primary Health Care Unit, was performed. Socio-economic aspects, pregnancy and delivery features and breastfeeding prevalence and duration were characterized. It was studied the relation between breastfeeding duration and its constrain factors.

**Results:** The prevalence rates were 87,5 and 95,9% at the discharge, 80 and 91,8% in the first month of life, 75 and 71,4% in the third month, 60 and 61,2% in the sixth month, 25 and 49% in the twelfth month and 2,5 and 22,4% in the twenty-fourth month, in 2001 and 2006 respectively. The average duration significantly increased from  $7,24 \pm 6,07$  months in 2001 to  $12,09 \pm 11,13$  months in 2006. Between

these years, the average age of formula feeding introduction decreased and the period between its initiation and breastfeeding complete cessation, the pregnant women that received breastfeeding information and the family physicians and nurses as the source of this information increased. In both years, counseling was mainly provided by the health care professionals. In 2006, 53,1% of the mothers attended the Breastfeeding Preparatory Course, which led to an increase of breastfeeding duration. Factors that significantly increased breastfeeding duration were medical support and information during pregnancy, family physicians as its source and birth weight higher than 2500g. In 2006, breastfeeding complete cessation due to “perception of insufficient breast milk”, “mother’s decision”, “persistent crying”, “failure to thrive” or “prematurity” was associated with a significant reduction of breastfeeding duration.

**Conclusion:** Breastfeeding prevalence rates were high and they had a positive evolution between 2001 and 2006. The significant increase of breastfeeding duration, between the studied years, reinforces the importance of health care professionals as sources of information, counselling and support of pregnant women and those who are breastfeeding.

**Keywords:** breastfeeding, prevalence, duration.

## | Introdução

O Leite Materno possui características nutricionais e imunológicas que fazem dele a forma mais completa e natural de nutrição do recém-nascido. (1-18)

Os benefícios traduzem-se numa redução das taxas de mortalidade e morbidade no período pós-natal, (1,3,5,9,18,19) associadas à protecção contra a síndrome da morte súbita do lactente (1,2,9,11,18,19) doenças gastrointestinais (enterocolite necrotizante), (1,3,5,11,14,18,19) respiratórias, (1,3,5,11,18,19) urinárias, ósseas, articulares, otite média, (3,5,18,19) meningite bacteriana e sépsis. (1) Apresenta, ainda, benefícios a longo prazo, tais como a prevenção do desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, (1-3,5,11,18-21) hipertensão arterial, (2,3,18) hipercolesterolemia, (1-3,5,18,22) diabetes mellitus tipos 1 (1,3,5,11,14,19) e 2, (1-3,18-20) associada a menores concentrações sanguíneas de insulina e glicose, (20) linfoma, (1,11,14,18) leucemia, (1,3,18,19) doenças atópicas (alergias alimentares e respiratórias, eczema atópico e asma), (1,3,5,11,18,19,22) artrite reumatóide (14) e doença de Crohn. (11,14,18) Existe forte evidência de que o aleitamento materno (AM) exclusivo e prolongado contribui para reforçar o vínculo afectivo mãe-filho (5,9,18) e estimula o neurodesenvolvimento da criança. (2,3,5,9-11,18,19,22-27)

O AM tem impactos positivos na saúde da mãe porque facilita a recuperação pós-parto - diminui o risco de hemorragias pós-parto, (1,5)

depressão pós-parto, (18) acelera a involução uterina e a recuperação do peso inicial (1,5,11,19) - e diminui o risco de algumas doenças crónicas da mãe, por exemplo, diabetes mellitus tipo 2, (3,18,19) obesidade, (18) hipercolesterolemia, (9,18) enfarte agudo do miocárdio, (18,19) doença da vesícula biliar, (18) neoplasias da mama (1,5,9,18,19) e do ovário (1,3,18,19) e osteoporose (1,18). Previne, ainda, recaídas em mães com esclerose múltipla (28) e protege a mulher de anemia ferropénica, na medida em que aumenta o período de amenorreia lactacional. (1,3,5,9,11)

O AM acarreta benefícios sociais, económicos e ecológicos para o país. (16-18,29-33) Diminui os episódios de doença nas crianças, com conseqüente decréscimo do absentismo laboral dos pais e dos custos nos serviços de saúde. (18,20,29,30,32-35) É natural e renovável, não consome recursos (transporte e processamento), nem produz desperdícios (latas, plástico, silicone). (18,31)

Estudos publicados em diversos países contabilizaram os custos associados ao fornecimento das Fórmulas Infantis Adaptadas (FIA), (29,30,32,33,36-47) excesso de morbi-mortalidade peri-natal, (29,30,32,36,38,40,44,48-50) bem como, os seus custos para as famílias e instituições de saúde. (32,41,45) Os resultados foram unânimes ao considerar que este total excede consideravelmente os custos potencialmente associados à promoção da amamentação. (16-18,29,30,32,33,36-48,50)

A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até ao 6º mês de vida e a manutenção do AM, pelo menos, até aos 2 anos de idade. (51,52)

Em Portugal, foram já publicados estudos que descrevem a prática do AM, na área de influência de algumas instituições de saúde. (6,8,9,15-17) No entanto, os únicos dados representativos do panorama nacional encontram-se nos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1995-96 e 1998-99. (53) Estudos efectuados no nosso país entre 2003 e 2005 apontaram para taxas de AM de 91-99% à data da alta da maternidade e de 35%-55% e 34-36% aos 3 e 6 meses, respectivamente. (6,9,15-17) Quanto à taxa de amamentação aos 12 meses, o único estudo publicado data de 1999, tendo sido encontrada uma prevalência de 16%. (53) Não está publicado nenhum estudo de prevalência do AM aos 24 meses, em Portugal.

A intervenção dos técnicos de saúde contribui para que as mães amamentem com sucesso e durante mais tempo. (1,3-5,7-9,13,15,16,54,55) Em Novembro de 2002, foi iniciado um Programa de Intervenção na Comunidade (PIC), no Centro de Saúde de Belmonte (CSB) com o objectivo de aumentar a prevalência e a duração do AM. Foram realizadas acções de formação aos profissionais de saúde da instituição, foi implementado um Curso de Preparação para a Amamentação (CPA), destinado a todas as grávidas e mães em licença de maternidade e tem sido feita, desde essa data, a distribuição de material informativo acerca do AM, às utentes do CSB.

Com a realização deste estudo pretendemos avaliar o impacto desta medida de promoção do AM, conhecer a prevalência e duração do AM, a sua evolução entre os anos de 2001 e 2006 e os factores associados a uma maior duração da amamentação. Para tal, a opção recaiu sobre crianças nascidas nos anos de 2001 e 2006, assegurando, assim, o espaço temporal necessário (superior a 2 anos) para o conhecimento de dados pioneiros a nível nacional, como as taxas de prevalência aos 24 meses.

Considerando os objectivos propostos, foram estabelecidas as seguintes hipóteses de estudo:

**Hipótese 1:** A prevalência do AM na população estudada aumentou entre os anos 2001 e 2006.

**Hipótese 2:** A duração total do AM aumentou entre os anos 2001 e 2006.

**Hipótese 3:** Alguns parâmetros referentes à gravidez e ao parto estão associados a um aumento da duração total do AM.

**Hipótese 4:** A informação recebida durante a gravidez está associada a um aumento da duração total do AM.

**Hipótese 5:** A frequência do CPA do CSB está associada a um aumento da duração total do AM.

## | Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, no CSB. Para este efeito, foi requerida autorização à Dr.<sup>a</sup> Isabel Patrício, Coordenadora da referida Instituição (**Anexo 1**).

A população deste estudo foi constituída pelas mães de crianças nascidas nos anos de 2001 e 2006, da área de influência do CSB.

Foi feito um levantamento de todos os utentes inscritos no CSB, nascidos entre os dias 1 de Janeiro e 31 de Dezembro, dos anos de 2001 (n=60) e 2006 (n=68), recorrendo ao sistema informático do CSB (SINUS<sup>®</sup>). As listagens de utentes obtidas continham os respectivos nome, data de nascimento, contacto telefónico e morada. De seguida, as mães dos utentes foram contactadas telefonicamente, pela investigadora, ficando agendada uma entrevista presencial, a decorrer nas instalações do CSB. As mães que não responderam à chamada telefónica (n=27) foram contactadas através de um postal com a apresentação do estudo, onde era solicitada a sua participação (**Anexo 2**).

A população contactada inicialmente para este estudo era constituída pelas mães de 128 crianças. A população estudada foi de 89 mães, o que corresponde a cerca de 1,1% do total de utentes inscritos no CSB (n=8016). As mães que não foram inquiridas devido à mudança de área de residência (n=10) e à emigração (n=9) representam cerca de

15% do total da população. A **Ilustração 1** representa, esquematicamente, o resultado final dos contactos efectuados.



**Ilustração 1**

Representação esquemática do resultado final dos contactos efectuados à população.

Durante a entrevista foi aplicado um questionário (**Anexo 3**), cuja validação foi consumada através da realização de um pré-teste, administrado a uma amostra de 14 mães de crianças nascidas entre os dias 1 de Janeiro e 31 de Dezembro, dos anos de 2000 (n=7) e 2005 (n=7). A cada participante foram explicados os objectivos do estudo, garantido o anonimato e confidencialidade dos dados e informado que a qualquer momento poderiam desistir, sem que isso resultasse em qualquer prejuízo para a própria.

Os questionários foram administrados por duas inquiridoras, com formação na área das Ciências da Saúde, devidamente treinadas para o efeito, entre os meses de Outubro e Dezembro de 2009, maioritariamente no CSB (n=80). Em casos de total indisponibilidade

das mães a inquirir, os questionários foram administrados nos respectivos domicílios (n=9).

### | Métodos Estatísticos

Os dados colhidos foram gravados em suporte informático e, posteriormente, processados e analisados no programa SPSS Statistics 17.0® para Microsoft Windows®.

Foi utilizada uma análise descritiva para a caracterização sócio-demográfica da população, de alguns parâmetros relacionados com a gravidez e o parto e para o estudo da prevalência do AM, através do cálculo das medidas de frequência adequadas.

Para a avaliação da duração da amamentação e do seu abandono, recorreu-se ao cálculo da “Função de Sobrevivência”, através do estimador de Kaplan-Meier.

A intensidade e o significado da relação entre a duração do AM e os parâmetros relacionados com a gravidez e o parto, a informação recebida durante a gravidez e a participação da grávida no CPA foram definidos pela Regressão de Cox.

A significância estatística foi aceite para um valor de  $p < 0,05$ .

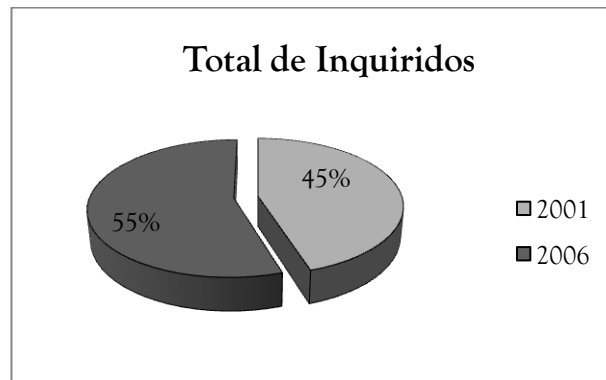
## | Resultados

### | Caracterização sócio-demográfica

Foram inquiridas 40 mães de crianças nascidas no ano de 2001 e 49 mães de crianças nascidas em 2006.

Gráfico 1

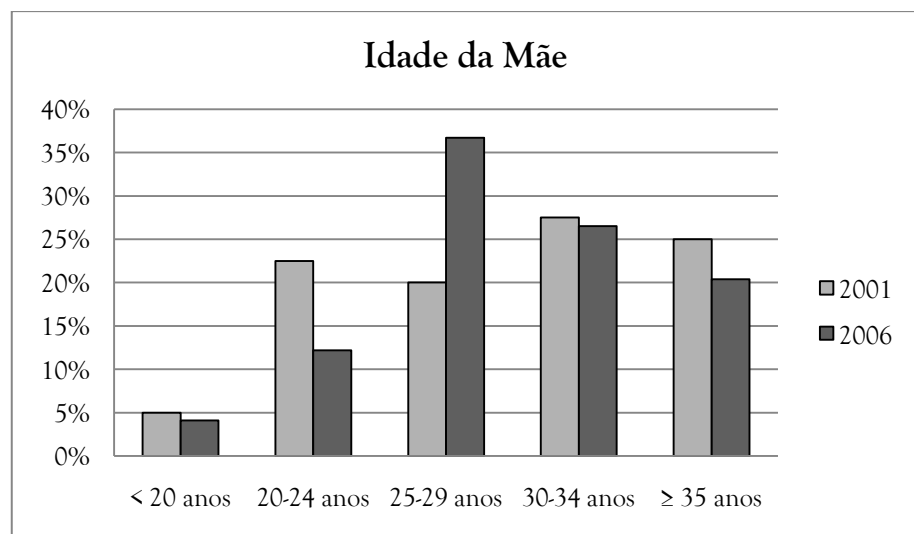
Distribuição percentual de inquiridos, por ano de nascimento das crianças.



A faixa etária onde se concentrou o maior número de mães de crianças nascidas em 2006 foi entre os 25 e os 29 anos. As homólogas de 2001 distribuíram-se mais uniformemente por todas as faixas, a partir dos 20 anos.

Gráfico 2

Distribuição percentual, segundo a faixa etária das mães, por ano de nascimento das crianças.

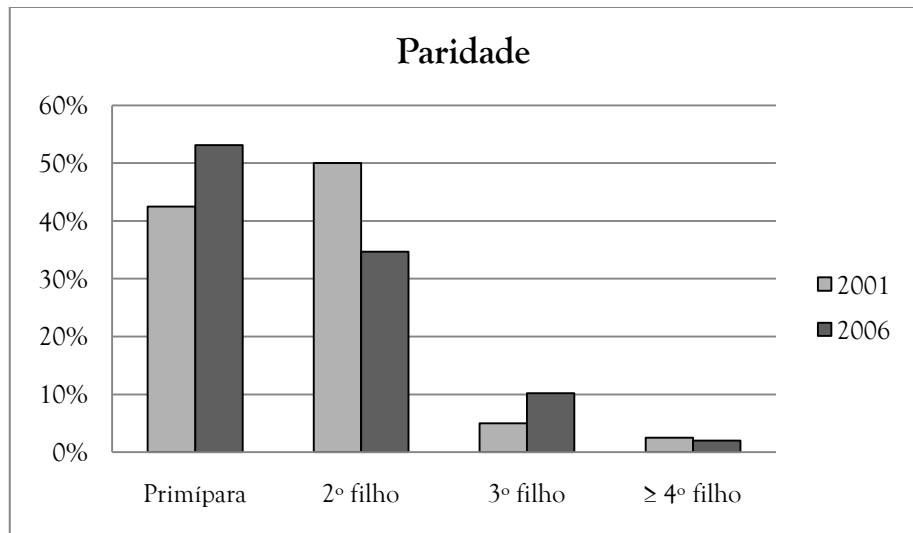


Em 2001, metade das inquiridas já tinham um filho anterior.

Em 2006, a maioria era primípara.

Gráfico 3

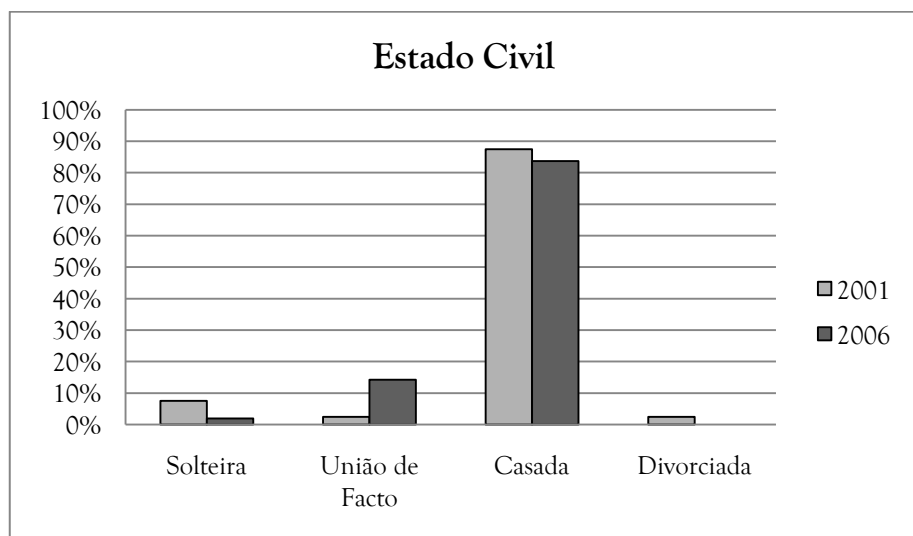
Distribuição percentual, segundo a paridade das mães, por ano de nascimento das crianças.



A grande maioria das inquiridas estava casada, à data do nascimento da criança.

Gráfico 4

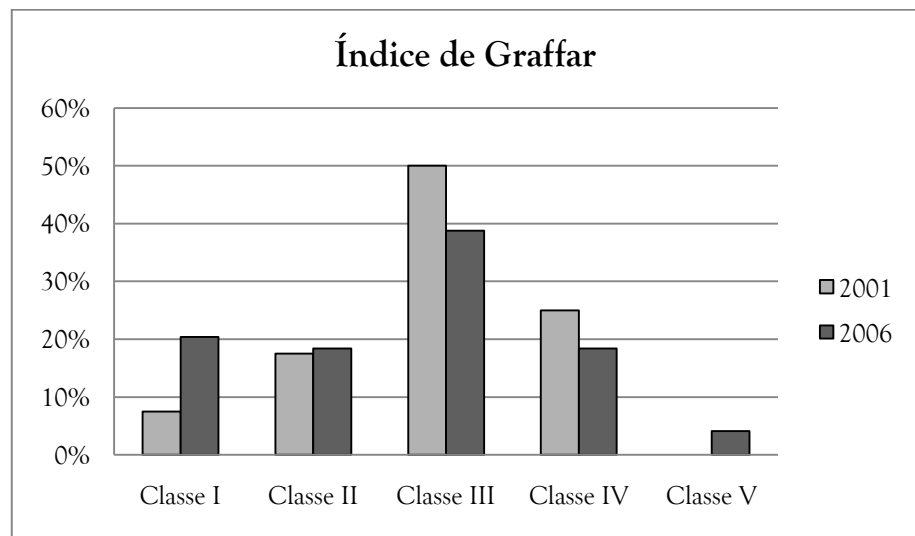
Distribuição percentual das inquiridas, segundo o estado civil das mães, por ano de nascimento das crianças.



A classe do Índice de Graffar mais prevalente em ambos os grupos foi a III (intermédia). Para o grupo de crianças nascidas em 2006, os extremos (classes I e V) encontraram-se comparativamente mais representados.

Gráfico 5

Distribuição percentual, segundo as classes do Índice de Graffar das mães, por ano de nascimento das crianças.



### | Gravidez e Parto

Da totalidade das inquiridas, apenas 4 mães (uma de 2001 e três de 2006) não tiveram uma gravidez medicamente vigiada.

A maioria das gravidezes foi vigiada pelo médico de família, em ambos os anos em estudo, especialmente em 2006, tendo sido referido por cerca de 60% das inquiridas.

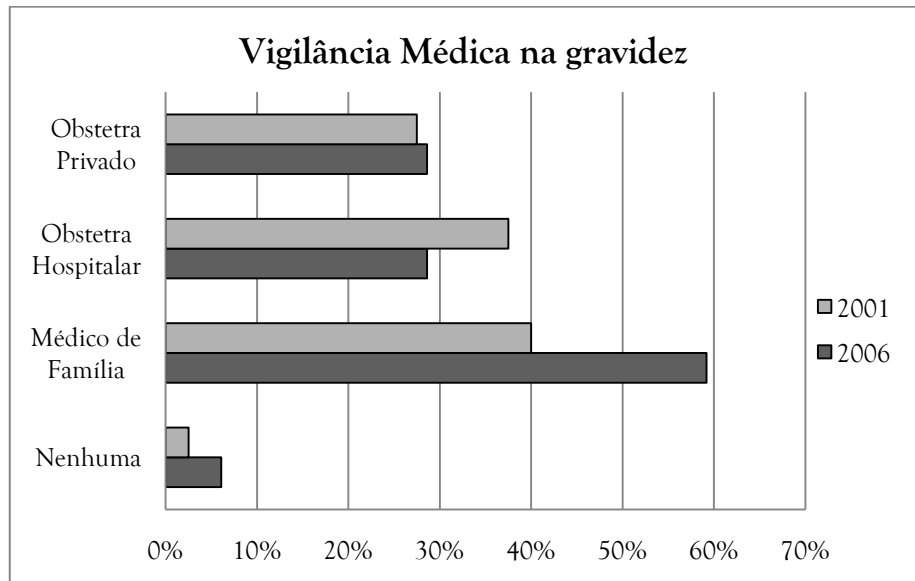


Gráfico 6

Distribuição percentual, segundo a vigilância médica na gravidez, por ano de nascimento das crianças.

### | Aleitamento Materno

À exceção do 3º mês de vida, as taxas de AM aumentaram entre os anos de 2001 e 2006, com as diferenças mais relevantes nos 1º, 12º e 24º meses. Entre as crianças nascidas em 2006, praticamente metade estavam a ser amamentadas ao ano de vida e cerca de uma em cada cinco crianças continuaram o AM até aos 2 anos.

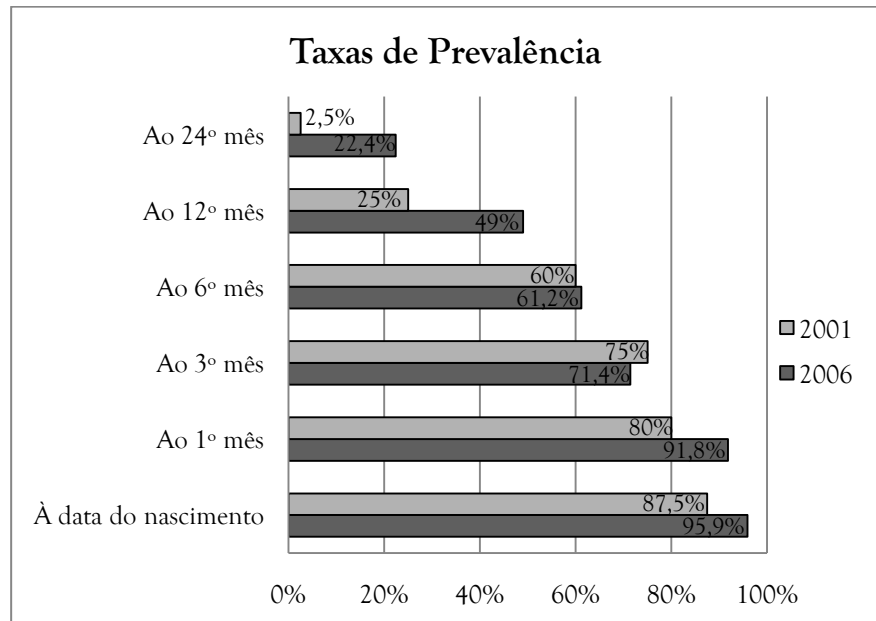


Gráfico 7  
Taxas de prevalência do AM, por ano de nascimento das crianças.

A duração média do AM aumentou significativamente entre 2001 e 2006, de  $7,24 \pm 6,07$  meses para  $12,09 \pm 11,13$  meses, respectivamente ( $p < 0,05$ ). Em 2006, a duração máxima atingiu os 40 meses.

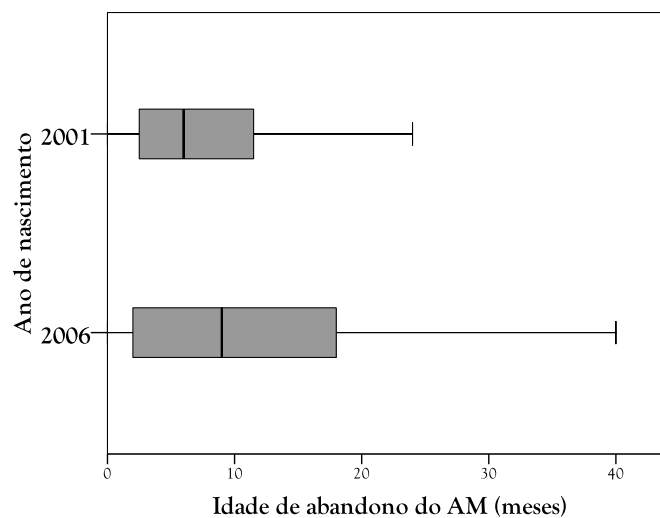


Gráfico 8  
Comparação da duração total do AM, segundo o ano de nascimento das crianças.

Quanto aos parâmetros associados à gravidez e ao parto, tanto a assistência médica (Gráfico 9), como o peso à nascença superior a 2500g (Gráfico 10) estão associados a um aumento significativo da duração do AM ( $p < 0,05$ ).

Gráfico 9

Função de sobrevivência do AM, segundo a assistência médica, durante a gravidez.

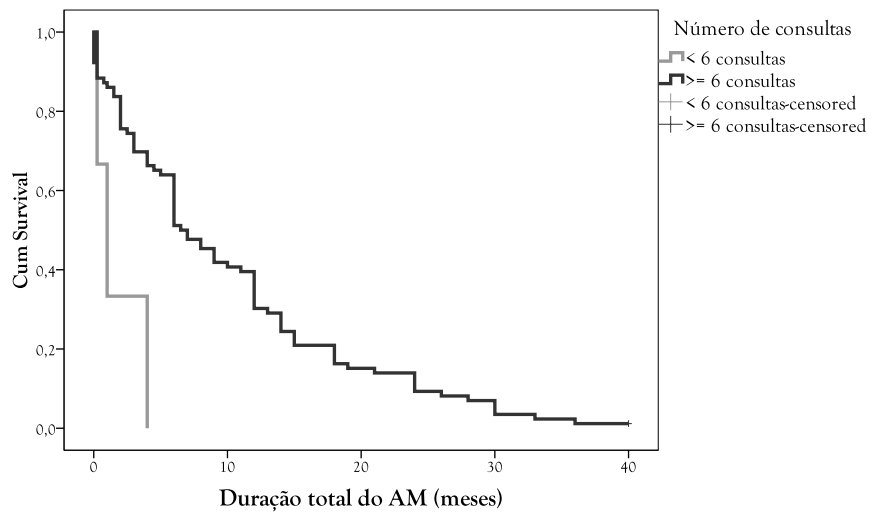
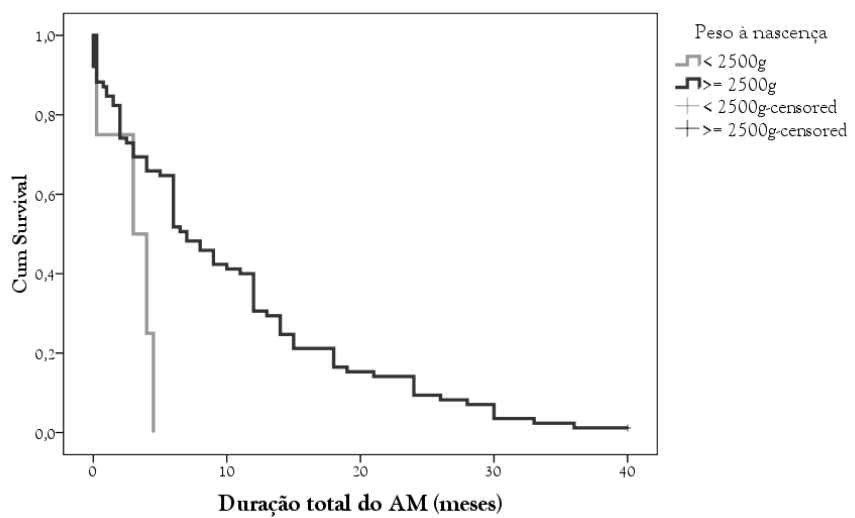


Gráfico 10

Função de sobrevivência do AM, segundo o peso da criança à nascença.



A idade média de introdução das FIA diminuiu de  $3,41 \pm 3,46$  meses, em 2001, para  $1,88 \pm 2,84$  meses, em 2006. Em 2001, 75% das crianças iniciaram FIA antes dos 6 meses, enquanto em 2006, a mesma proporção antecipou a introdução para os 2 meses.

O tempo médio decorrido entre o início do aleitamento artificial e o desmame aumentou, entre os anos em estudo, de  $1,43 \pm 3,2$  meses para  $2,81 \pm 5,47$  meses, com períodos máximos de 15 meses em 2001 e de 22,5 meses em 2006.

As razões mais frequentemente apontadas para o desmame coincidiram em ambos os anos em estudo.

Causas de Abandono	2001		2006	
	n	%	n	%
Percepção de leite insuficiente	17	42,5	18	36,7
Choro persistente	10	25	13	26,5
Decisão materna	7	17,5	10	20,4
Iniciativa da criança	6	15	10	20,4
Doença materna	6	15	4	8,2
Dificuldades na técnica de mamada	5	12,5	5	10,2
Recomendação médica	3	7,5	4	8,2
Má progressão ponderal	1	2,5	3	6,1
Doença da criança	2	5	1	2
Incompatibilidade com a actividade laboral da mãe	1	2,5	2	4,1
Nova gravidez	1	2,5	1	2
Dificuldade em aceitar novos alimentos	0	0	1	2
Prematuridade	0	0	1	2

Tabela 1

Causas de abandono do AM, por ano de nascimento das crianças.

Em 2006, a duração total do AM foi significativamente inferior nas mães que apontaram a “percepção do leite insuficiente”, “decisão materna”, “choro persistente”, “má progressão ponderal” ou “prematuridade” como causa de abandono do AM ( $p < 0,05$ ).

Mediana da Duração Total do AM (meses)		p
Percepção de leite insuficiente	Outras causas de abandono	0,025
3,5	13	
Decisão materna	Outras causas de abandono	0,001
6	21,5	
Choro persistente	Outras causas de abandono	0,048
3	13,5	
Má progressão ponderal	Outras causas de abandono	0,013
0,75	12	
Prematuridade	Outras causas de abandono	0,01
0,25	10,5	

Tabela 2

Causas de abandono do AM relacionadas com uma redução da duração total do AM e respectivas medianas.

De 2001 para 2006, o número de mulheres que recebeu informação sobre o AM, durante a gravidez, aumentou cerca de 22%.

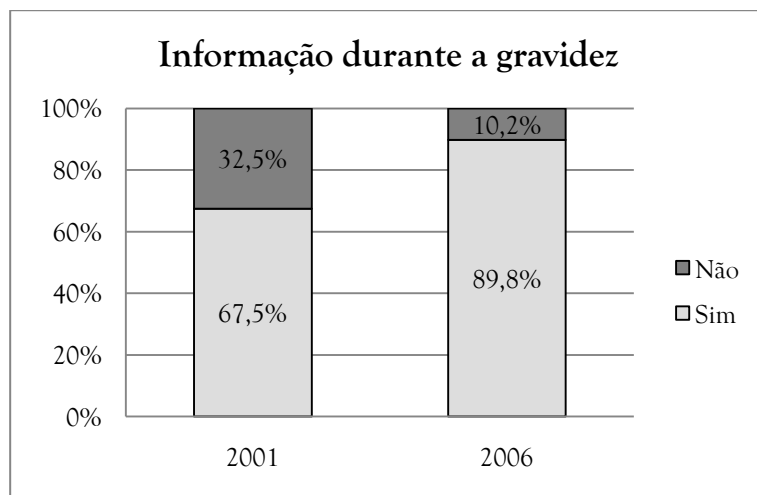


Gráfico 11

Distribuição percentual, segundo a informação acerca do AM durante a gravidez, por ano de nascimento das crianças.

Esta informação mostrou estar associada a um aumento significativo da duração do AM ( $p < 0,05$ ).

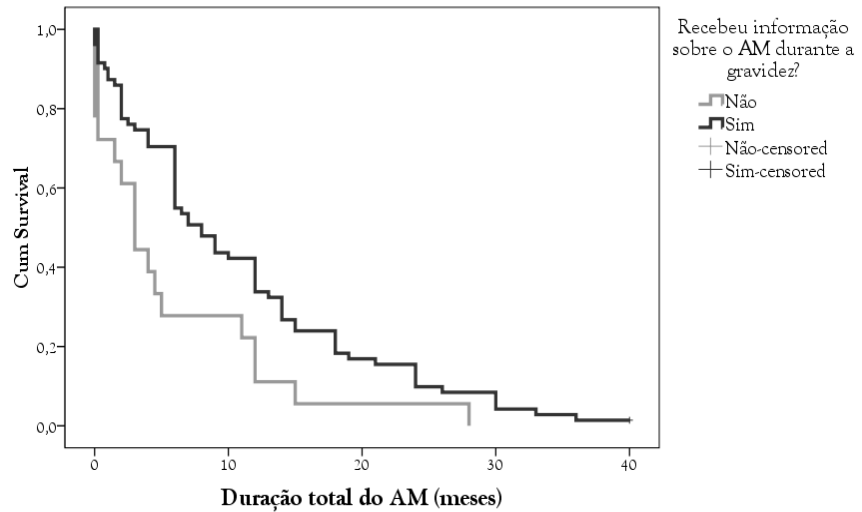


Gráfico 12

Função de sobrevivência do AM, segundo a informação sobre o AM durante a gravidez.

Em 2001, as principais fontes de informação foram os profissionais de saúde, em proporções praticamente equiparáveis. Em 2006, os enfermeiros, os médicos de família e o CPA destacaram-se das restantes fontes de informação.

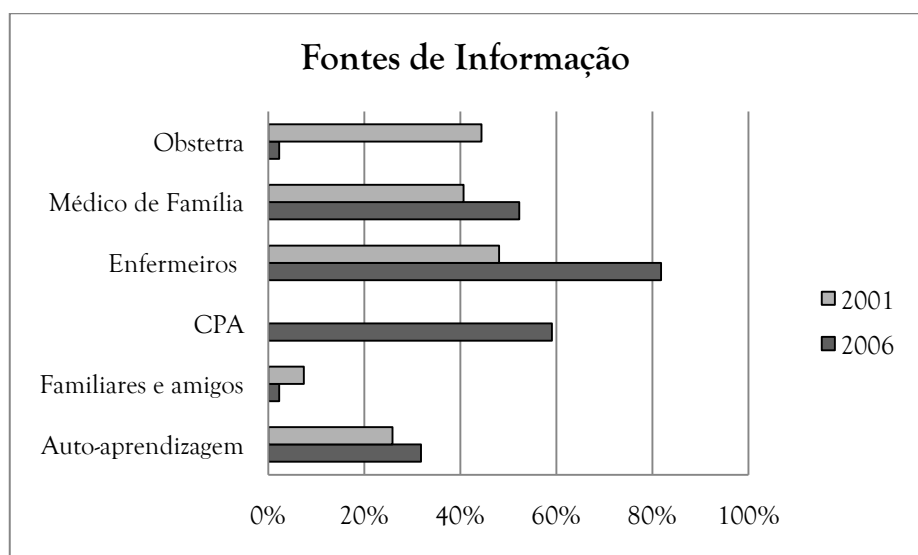


Gráfico 13

Distribuição percentual, segundo a fonte de informação acerca do AM durante a gravidez, por ano de nascimento das crianças.

De todas as fontes de informação, a única que revelou contribuir significativamente para o aumento da duração do AM foi o médico de família ( $p < 0,05$ ).

Em 2006, 53,1% das mães participaram no CPA.

Entre as frequentadoras, a mediana da duração total do AM foi de 12 meses, enquanto entre o grupo de mães que não aderiu, foi de 6 meses.

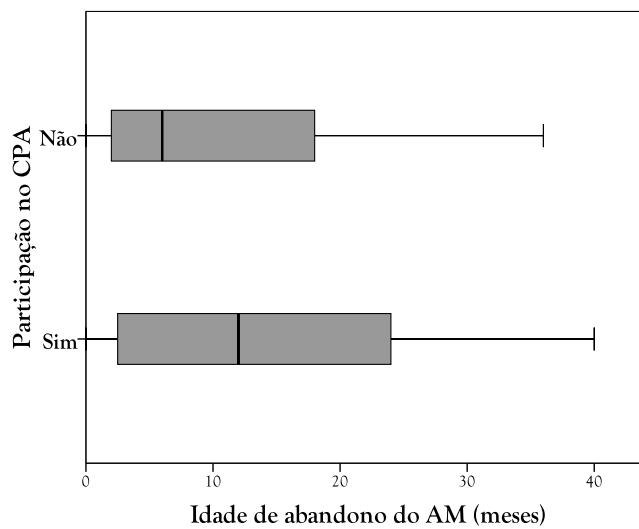


Gráfico 14

Comparação da duração total do AM, segundo a participação no CPA.

## | Discussão

A prevalência do AM à data da alta da maternidade apresentou uma evolução positiva, de 87,5% em 2001 para 95,9% em 2006, enquadrando-se nos valores indicados pelas publicações mais recentes em Portugal (91% - 99%). (6,9,15-17)

Com excepção do 3º mês, em 2006 as taxas de prevalência do AM foram superiores às de 2001.

Entre 2001 e 2006, a taxa de abandono do AM ao 1º mês diminuiu cerca de 12%. É nesta etapa que surgem muitas das dificuldades relacionadas com a técnica da amamentação. (56) Este facto poderá explicar-se pela formação disponibilizada aos técnicos de saúde do CSB, no âmbito do PIC. O apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis é considerado um factor importante para a resolução das dificuldades que surgem nesta etapa. (56)

Os resultados encontrados neste estudo indicaram uma prevalência do AM de 75% e 71,4% aos 3 meses, e de 60% e 61,2% aos 6 meses, em 2001 e 2006, respectivamente. Todos estes valores são superiores aos mais recentemente publicados a nível nacional, que revelaram prevalências de 35-55%, aos 3 meses, e de 34-36%, ao 6º mês. (6,9,15-17)

As diferenças nas taxas de prevalência do AM, entre 2001 e 2006, foram notoriamente mais acentuadas aos 12 e 24 meses. Aos 12

meses, 25% das mães de crianças nascidas em 2001 ainda amamentavam. Este valor aumentou para 49% em 2006, cerca do triplo da taxa registada no INS de 1998-99. (53) Aos 2 anos, a incremento foi de 2,5% (em 2001) para 22,4% (em 2006). Uma vez que se trata de um dado pioneiro a nível nacional, não permite estabelecer comparações. No entanto, em 2006, é de salientar o facto de mais de uma em cada cinco crianças ainda ser amamentada aos 2 anos de idade.

A diferença da duração média do AM foi estatisticamente significativa, aumentando cerca de 5 meses de 2001 para 2006. Quando comparadas, as médias obtidas de 7 meses, em 2001, e de 12 meses, em 2006, foram superiores às referidas tanto no INS 1998-99 (5 meses), (53) como no Hospital de Santa Maria (3 meses). (9) O aumento da duração média do AM em 2006 poderá estar relacionado com os conhecimentos transmitidos, no âmbito do PIC, sobre estratégias de conciliação da actividade laboral com a prática do AM (folheto e sessão *Voltar ao trabalho*), a par de uma maior motivação, baseada nos conhecimentos dos benefícios do AM, para a criança e para a mãe.

Os factores que se relacionaram significativamente com uma maior duração do AM, em ambos os anos em estudo, foram a assistência médica durante a gravidez, o peso à nascença superior a 2500g, a informação acerca do AM durante a gravidez e os médicos de

família como fontes dessa informação. Em 2006, o desmame por “percepção de leite insuficiente”, “decisão materna”, “choro persistente”, “má progressão ponderal” ou “prematividade” esteve associado a uma diminuição significativa da duração do AM.

Tal como foi descrito num estudo realizado no Centro de Saúde de Barão do Corvo, (6) a vigilância médica da gravidez condicionou um aumento significativo da duração do AM. As mulheres que não procuram assistência médica durante a gravidez podem não estar motivadas para a importância da adopção de estilos de vida saudáveis, como forma de promoção da saúde e prevenção de doença. Por outro lado, no decurso das consultas de saúde materna ou de obstetria surgem oportunidades para prestar informação à grávida sobre o AM, que podem ser importantes na tomada de decisão de amamentar.

Apesar da introdução das FIA se ter tornado mais precoce cerca de 1,5 meses, entre os anos estudados, o tempo médio decorrido entre o seu início e o desmame foi alargado, de 1,43 meses, em 2001, para 2,81 meses, em 2006. Esta decisão de prolongar o AM, mesmo quando já foram introduzidas as FIA, pode estar associada a uma forte motivação das mães para amamentar. No entanto, a questão número 17 do inquérito administrado (*Com que idade começou a dar-lhe leite artificial?*) considera a idade em que a criança foi alimentada, pela primeira vez,

com as FIA, independentemente da continuidade da sua utilização. Assim, não são distinguidos os casos em que este tipo de alimentação foi dada esporadicamente, daqueles em que houve administração continuada das mesmas.

Neste estudo, as causas de abandono mais referidas foram, por ordem decrescente, a “percepção de leite insuficiente”, o “choro persistente” e a “decisão materna”. Em 2006, para além destas, as únicas relacionadas com uma diminuição significativa da duração do AM foram a “má progressão ponderal” e a “prematuridade”. Tal como descrito em estudos nacionais e internacionais (6,8,9), as principais razões apontadas para o desmame são subjectivas e relacionam-se com a insegurança das mães que amamentam.

Relativamente à “percepção de leite insuficiente” e “choro persistente”, os resultados alertam para a necessidade de esclarecimento das mães, no que respeita a alterações próprias de determinadas idades, como a perda ponderal fisiológica após o nascimento, as cólicas do lactente e a fisiologia da amamentação.

Quanto ao desmame por “decisão materna”, ainda que acarrete uma diminuição do tempo total de amamentação, pode reflectir o sucesso de um projecto materno. (56) Esta decisão deverá ser tomada de forma livre e informada, de acordo com as expectativas da mãe.

A “má progressão ponderal” é uma causa objectiva de desmame, que pode conduzir à necessidade de introdução das FIA precocemente. No entanto, o aconselhamento médico deverá ser prestado no sentido de prolongar o AM pelo maior período de tempo possível.

A “prematuridade” é um factor condicionante do AM, devido aos habituais problemas de sucção apresentados por estas crianças. Esta alteração relaciona-se com a sua imaturidade e com os procedimentos a que, muitas vezes, são submetidos, como a aspiração, entubação e ventilação. (57)

Diversos estudos têm apontado as “dificuldades na técnica de mamada” (6,9) ou “incompatibilidade com a actividade laboral da mãe” (7,9,53) como principais causas de desmame. Neste estudo, estas razões foram pouco referidas e não demonstraram influenciar a duração do AM.

A informação recebida acerca do AM durante a gravidez foi outro factor significativamente relacionado com o aumento da duração da amamentação, em ambos os anos em estudo, o que demonstra a efectividade do aconselhamento prestado. A proporção de mães que afirmaram ter recebido este tipo de informação aumentou consideravelmente entre 2001 e 2006. Ao contrário dos estudos que apontam os familiares, amigos (7,9) e a comunicação social (9) como as principais fontes de informação, a maioria das mães inquiridas indicou

os enfermeiros, os médicos de família e o CPA. A formação em AM dos profissionais, contemplada no PIC, resultou num maior empenho e sensibilização dos técnicos de saúde relativamente ao tema, o que poderá ter contribuído para este resultado. Apesar disso, apenas o aconselhamento por parte dos médicos de família foi significativo no aumento da duração do AM.

Em 2006, a taxa de adesão ao CPA foi de 53,1%, valor que se aproxima da percentagem de grávidas vigiadas pelo médico de família nesse ano (59,2%). Estes dados indicam uma participação no CPA de cerca de 90% das mulheres cuja gravidez foi vigiada no CSB. É de salientar a maior duração total do AM, entre as participantes no CPA. Além do aumento da mediana de 6 meses, em 2001, para 12 meses, em 2006, neste último ano, 25% das mães amamentaram, no mínimo, até aos 18,5 meses. A crescente formação dos técnicos de saúde que ministram o CPA e a respectiva disponibilidade para o aconselhamento e apoio às mães com dificuldades na técnica de amamentar poderá justificar este resultado.

Das 128 mães contactadas, 15% não foram inquiridas por motivos de mudança de área de residência (n=10) e emigração (n=9). Geralmente, são as famílias de classes sociais mais baixas, atingidas pelo

desemprego, que têm necessidade de migrar. Este facto poderá ter condicionado alguns resultados deste estudo.

Quanto à colheita de dados, a informação existente no SINUS®, nalguns casos, estava desactualizada ou incompleta. As mudanças de residência ou de contacto telefónico, não comunicadas ao CSB, impediram o contacto de algumas mães (viés de informação). O pedido inicialmente formulado às mães, para que se deslocassem ao CSB para a administração do inquérito, poderá ter conduzido a uma limitação da participação e, conseqüentemente, à auto-selecção da população.

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com o facto de ser transversal e retrospectivo. As mães foram entrevistadas num único momento, não tendo sido acompanhadas ao longo do tempo. No inquérito, foram abordados acontecimentos passados, o que pode introduzir um viés de memória em relação a determinadas questões, com maior ênfase para as mães das crianças nascidas em 2001. É, também, possível que tenha existido um fenómeno de discretização, pelo arredondamento de algumas datas e uma tentativa de respostas socialmente aceitáveis por parte das mães entrevistadas.

O Índice de Graffar avalia cinco parâmetros relativos ao meio sócio-económico de cada uma das mães inquiridas. No entanto, apresenta algumas limitações que poderão comprometer o estabelecimento das classes definidas: os grupos de profissões estão

desajustados à realidade actual, a definição das fontes de rendimento é subjectiva (por exemplo, *cargos bem remunerados*) e a classificação do alojamento é dependente da avaliação que as mães fazem da sua própria habitação.

Este estudo aponta para a necessidade de incentivar a vigilância médica e o aconselhamento às grávidas e reforça a sua importância para a decisão de amamentar.

A realização de um estudo prospectivo acerca das causas de abandono do AM permitirá o acompanhamento das mães em período de amamentação, ao longo do tempo, e a análise dos seus principais motivos, dos períodos mais susceptíveis de desmame e dos factores condicionantes do mesmo.

Apesar de, mais uma vez, ter sido sublinhada a contribuição dos profissionais de saúde para o aconselhamento e apoio às mães que amamentam, seria interessante avaliar a importância da continuidade da formação de profissionais de saúde nesta área.

Após o conhecimento das taxas de prevalência da amamentação e com a tendência de diminuição da idade de introdução das FIA, parece pertinente a realização de um estudo acerca do AM exclusivo, nesta população.

## | Bibliografia

1. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005 Feb;115(2):496-506.
2. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analysis [Online]. 2007;[52 screens]. Available from: URL:[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241595230/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/)
3. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breastfeeding. *BMJ* 2008 Apr 19;336(7649):881-7.
4. Kuan LW, Britto M, Decolongon J, Schoettker PJ, Atherton HD, Kotagal UR. Health System Factors Contributing to Breastfeeding Success. *Pediatrics* 1999;104(3):e28.
5. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr* 2001 Apr;4(2B):631-45.
6. Caldeira T, Moreira P, Pinto E. Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:685-99.

7. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000 Nov;106(5):e67.
8. Rocha LM, Gomes A. Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saude Infant* 1998;20(3):59-66.
9. Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, Gouveia R, Valente S, Martins S et al. Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Med Port* 2007;20(3):193-200.
10. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L et al. Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008 May;65(5):578-84.
11. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding [Online]. 2001;[47 screens]. Available from: URL:[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/nhd\\_01\\_08/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/nhd_01_08/en/)
12. Lourenço R. Aleitamento materno, uma prioridade para o século XXI. *Rev Port Clin Geral* 2009;25(3):344-346.
13. Pinto TV. Promoção, protecção e aleitamento materno da comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e depois da alta. *Arq Med* 2008;22(2-3):57-68.
14. Neto MT. Aleitamento materno e infecção, ou da importância do aleitamento materno na sua prevenção. *Acta Pediatr Port* 2006;37(1):23-26.

15. Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediatr Port* 2006;37(1):9-14.
16. Branco AS, Bastardo C, Albuquerque M, Oliveira G. Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. *Acta Pediatr Port* 2004;35(5-6):441-445.
17. Lopes B, Marques P. Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros 6 meses de vida. *Rev Port Clin Geral* 2004;20(5):539-544.
18. Pina M, Volpato C. Riscos da alimentação com leite artificial. *Ver Port Clin Geral* 2009;25(3):376-83.
19. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(4):222-31.
20. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* 2006 Nov;84(5):1043-54.
21. Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, Zhao J, Schinnar R, Nelson SE, Ziegler EE, Strom BL. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. *Circulation* 2005 Apr 19;111(15):1897-903.

22. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr* 2005 Dec;82(6):1298-307.
23. Wang B, McVeagh P, Petocz P, Brand-Miller J. Brain ganglioside and glycoprotein sialic acid in breastfed compared with formula-fed infants. *Am J Clin Nutr* 2003 Nov;78(5):1024-9.
24. Hart S, Boylan LM, Carroll S, Musick YA, Lampe RM. Brief report: breast-fed one-week-olds demonstrate superior neurobehavioral organization. *J Pediatr Psychol* 2003 Dec;28(8):529-34.
25. Sacker A, Quigley MA, Kelly YJ. Breastfeeding and developmental delay: findings from the millennium cohort study. *Pediatrics* 2006 Sep;118(3):e682-9.
26. Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew M, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved Child Cognitive Development: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *Epidemiol Community Health* 2009;63(Suppl II):A3-A4.
27. Caspi A, Williams B, Kim-Cohen J, Craig IW, Milne BJ, Poulton R et al. Moderation of breastfeeding effects on the IQ by genetic variation in fatty acid metabolism. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007 Nov 20;104(47):18860-5.

28. Langer-Gould A, Huang SM, Gupta R, Leimpeter AD, Greenwood E, Albers KB et al. Exclusive breastfeeding and the risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2009 Aug;66(8):958-63.
29. Weimer JP. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. [Online]. 2001 Mar 1;[18 screens]. Available from: URL:<http://www.ers.usda.gov/Publications/fanrr13/>
30. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999 Apr;103(4 Pt 2):870-6.
31. Radford A. The ecological impact of bottle feeding. [Online]. 1991;[2 screens]. Available from: URL:<http://www.paho.org/english/ad/fch/BOB6.pdf>
32. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr* 2006 May;95(5):540-6.
33. Montgomery DL, Splett PL. Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC. *J Am Diet Assoc* 1997 Apr;97(4):379-85.
34. Davis P. Time allocation and infant-feeding pattern: Women's work in the informal sector in Kampala, Uganda. [Online]. 1996;[2 screens]. Available from: URL:<http://www.paho.org/english/ad/fch/BOB6.pdf>

35. Gryboski KL. Maternal and non-maternal time-allocation to infant care, and care during infant illness in rural Java, Indonesia. *Soc Sci Med* 1996 Jul;43(2):209-19.
36. Tuttle CR, Dewey KG. Potential cost savings for Medi-Cal, AFDC, food stamps, and WIC programs associated with increasing breast-feeding among low-income Hmong women in California. *J Am Diet Assoc* 1996 Sep;96(9):885-90.
37. Jarosz LA. Breast-feeding versus formula: Cost comparison. *Hawaii Med J* 1993 Jan;52(1):14-8.
38. Huffman S, Steel A, Toure KM, Middleton E. Economic value of breastfeeding in Belize. [Online]. 1992;[2 screens]. Available from: URL:<http://www.paho.org/english/ad/fch/BOB6.pdf>
39. Melville BF. Can low income women in developing countries afford artificial feeding? *J Trop Pediatr* 1991;37(3):141-2.
40. Levine RE, Huffman SL. The economic value of breastfeeding, the national, public sector, hospital, and household levels: A review of the literature. [Online]. 1990;[3 screens]. Available from: URL:<http://www.paho.org/english/ad/fch/BOB6.pdf>
41. Huffman S, et al. Assessment of infant feeding in Peru. [Online]. 1992;[2 screens]. Available from: URL:<http://www.paho.org/english/ad/fch/BOB6.pdf>
42. Daga SR, Daga AS. Impact of breast milk on the cost-effectiveness of the special care unit for the newborn. *J Trop Pediatr* 1985 Apr;31(2):121-3.

43. Rohde JE. Mother milk and the Indonesian economy: A major national resource. *J Trop Pediatr* 1982 Aug;28(4):166-74.
44. Rohde JE. Mother milk and the Indonesian economy: A major national resource. *Indian J Pediatr* 1981 Mar-Apr;48(391):125-32.
45. Almroth S, Greiner T, Latham MC. Economic importance of breastfeeding. *Food Nutr (Roma)* 1979;5(2):4-10.
46. Lamm E, Delaney J, Dwyer J. Economy in the feeding of infants. *Pediatr Clin North Am* 1977 Feb;24(1):71-84.
47. McKigney J. The uniqueness of human milk. Economic aspects. *Am J Clin Nutr* 1971 Aug;24(8):1005-12.
48. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla R, Lutter C et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy Plan* 1996 Jun;11(2):156-68.
49. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot* 1995 Nov-Dec;10(2):148-53.
50. Fallot ME, Boyd JL, Oski FA. Breast-feeding reduces incidence of hospital admissions for infections in infants. *Pediatrics* 1980 Jun;65(6):1121-4.
51. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding - Report of an Expert Consultation. [Online]. 2001 Mar;[6 screens]. Available from:

URL:[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/nhd\\_01\\_09/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/nhd_01_09/en/)

52. World Health Organization/UNICEF. The Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. [Online]. 1990 Aug;[1 screen]. Available from: URL:<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
53. Branco MJ, Nunes B. Uma Observação sobre Aleitamento Materno. [Online]. 2003;[36 screens]. Available from: URL:[http://www.onsa.pt/conteu/pub\\_relataleitamentomaterno\\_onsa.pdf](http://www.onsa.pt/conteu/pub_relataleitamentomaterno_onsa.pdf)
54. Earle S. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promot Int* 2002 Sep;17(3):205-14.
55. Carvalho E, Teodoro M, Corvelo P. Vantagens do aleitamento materno. *Comport Alimentar* 2007;4(10):23-24.
56. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. [Online]. 2008;[45 screens]. Available from: URL:[http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)
57. Lawrence R, Lawrence R. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 6th ed. 2005. p. 540.
58. Núcleo de Investigação em Nutrição, Núcleo de Investigação em Epidemiologia, Instituto de Saúde/SES/SP, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Avaliação de Práticas

Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação, Manual do Supervisor. [Online].2007;[8 screens].

Available

from:URL:[http://www.isaude.sp.gov.br/amamunic/tr2007/ma\\_n\\_supervisor\\_2007.pdf](http://www.isaude.sp.gov.br/amamunic/tr2007/ma_n_supervisor_2007.pdf)

59. Santos L. Análise e Tratamento da Informação. Ver Port Clin Geral 2008;24(6):708-16.

60. Fonseca CB, Canhota C, Silva EE, Simões JÁ, Yaphe J, Maia MC et al. Investigação Passo a Passo: Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica. [Online]. 2008;[160 screens]. Available from:

URL:<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20081009171916875847.pdf>

# | ANEXOS

| Anexo 1

11  
Autorizado  
2/10/09



Ex.ma Srª Directora do Centro de Saúde de Belmonte  
Sra. Dra. Isabel Patrício

**Assunto: Colaboração em Projecto de Investigação, no âmbito da realização de Tese de Mestrado Integrado de Medicina, da Universidade da Beira Interior, com crianças nascidas nos anos de 2001 e 2006**

Eu, Maria João Ribeiro Teixeira Lima, aluna do 6º Ano da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, com a inscrição nº 17289, venho por este meio solicitar a vossa autorização e colaboração, para a realização do Projecto da minha Tese de Mestrado, no Centro de Saúde de Belmonte.

A investigação que proponho realizar, prende-se com o tema "O Aleitamento Materno", é orientada pela Sra. Dra. Celina Pires e tem como objectivo geral conhecer a prevalência e duração do Aleitamento Materno, no Concelho de Belmonte.

A recolha da informação seria realizada pessoalmente, através de um questionário dirigido às mães das crianças nascidas nos anos de 2001 e 2006, aplicados em 2 momentos: inicialmente, na realização de um pré-teste, com cerca de 12 utentes; posteriormente, na recolha da informação final.

Nesse sentido, e uma vez que me encontro a frequentar diariamente o Estágio Clínico do 6º Ano, no Hospital Sousa Martins da Guarda, gostaria de pedir autorização para a realização dos questionários no Centro de Saúde de Belmonte, durante as manhãs de sábado dos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2009, após respectiva convocatória das utentes.

Disponibilizo-me, desde já, a prestar qualquer tipo de esclarecimento acerca do referido projecto.

Com os meus melhores cumprimentos,

A Aluna,

Maria João Ribeiro Teixeira Lima

Maria João Ribeiro Teixeira Lima

Telm: 96 55 20 475

a17289@fcsaude.ubi.pt



## | Anexo 3

# INQUÉRITO

Criança \_\_\_\_\_

1. Sexo \_\_\_\_\_
2. Ano de nascimento  
2001 \_\_\_\_\_ 2006 \_\_\_\_\_
3. Posição da criança na fratria: \_\_\_\_\_° Filho

### Aspectos sócio-demográficos

4. Idade da mãe, ao nascimento da criança  
< 20 anos \_\_\_\_\_ 20-24 anos \_\_\_\_\_ 25-29 anos \_\_\_\_\_ 30-34 anos \_\_\_\_\_ ≥ 35 anos \_\_\_\_\_
5. Estado civil da mãe, ao nascimento da criança  
Solteira \_\_\_\_\_ União de facto \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viúva \_\_\_\_\_
6. Índice de Graffar, ao nascimento da criança: \_\_\_\_\_ pontos  
Classe I \_\_\_\_\_ Classe II \_\_\_\_\_ Classe III \_\_\_\_\_ Classe IV \_\_\_\_\_ Classe V \_\_\_\_\_
7. Que idade tinha a criança quando deixou de estar exclusivamente aos cuidados da mãe?  
\_\_\_\_\_
8. Nessa altura, com quem ficou esta criança? \_\_\_\_\_

### Gravidez e Parto

9. Gravidez  
Normal \_\_\_\_\_ De risco \_\_\_\_\_
10. Duração da gravidez  
< 34 semanas \_\_\_\_\_ 34-36 semanas \_\_\_\_\_ ≥ 37 semanas \_\_\_\_\_
11. Número de consultas, durante a gravidez  
< 6 consultas \_\_\_\_\_ ≥ 6 consultas \_\_\_\_\_
12. Assistência Médica, durante a gravidez  
Nenhuma \_\_\_\_\_ Médico de Família \_\_\_\_\_ Obstetra hospitalar \_\_\_\_\_ Obstetra privado \_\_\_\_\_

13. Tipo de parto

Eutócico\_\_\_\_ Ventosa\_\_\_\_ Fórceps\_\_\_\_ Cesariana\_\_\_\_

14. Índice de Apgar

1º minuto \_\_\_\_ 5º minuto \_\_\_\_

15. Peso à nascença

< 2500g\_\_\_\_ ≥ 2500g\_\_\_\_

### Aleitamento Materno

16. Durante quanto tempo amamentou esta criança? \_\_\_\_\_

17. Com que idade começou a dar-lhe leite artificial? \_\_\_\_\_

18. Com que idade começou a dar-lhe leite de vaca? \_\_\_\_\_

19. Com que idade começou a dar-lhe papa/sopa?

Antes do 4º mês \_\_\_\_ Ao 4º mês \_\_\_\_

Ao 5º mês \_\_\_\_ Ao 6º mês \_\_\_\_ Durante ou após o 7º mês \_\_\_\_

20. Por que razão parou de amamentar?

\_\_\_\_\_

21. Gostaria de ter amamentado durante mais tempo?

Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

22. Recebeu informação sobre amamentação, durante a gravidez?

Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

23. De onde recebeu essa informação?

Auto-aprendizagem (revistas, livros, folhetos, internet) \_\_\_\_

Familiares e/ou amigos \_\_\_\_

Profissional de Saúde \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Sessões em grupo sobre Aleitamento Materno, do Centro de Saúde de Belmonte \_\_\_\_

24. A mãe amamentou filho(s) anterior(es)?\_\_\_\_\_

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

## Índice de Graffar

### Profissão

1. Directores técnicos de empresas e de bancos, licenciados, militares de alta patente.
2. Chefes de secção administrativa ou de negócios de grandes empresas, subdirectores, peritos, técnicos e comerciantes.
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra.
4. Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
5. Trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

### Nível de escolaridade

1. Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de estudo).
2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos de estudo).
3. Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo).
4. Ensino primário completo (6 anos de estudo).
5. Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

### Fontes de rendimento familiar

1. Fortuna herdada ou adquirida.
2. Lucros de empresas, altos honorários, cargos bem remunerados.
3. Vencimento mensal fixo.
4. Salários (por semana, jorna, horas ou tarefa).
5. Sustento por beneficência pública ou privada.

### Conforto do alojamento

1. Casa ou andar de luxo, grande, com máximo de conforto.
2. Alojamento de categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável.
3. Casa ou andar modestos; em bom estado de conservação, com cozinha e WC.
4. Categoria intermédia entre 3 e 5.
5. Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

### Aspecto do bairro onde se situa a habitação

1. Bairro residencial elegante, caro.
2. Bairro residencial bom, confortável.
3. Ruas comerciais estreitas e antigas.
4. Bairro operário populoso e mal arejado.
5. Bairros de lata.

### | Pontuação Final

Classe I (superior): 5 a 9 pontos

Classe II: 10 a 13 pontos

Classe III: 14 a 17 pontos

Classe IV: 18 a 21 pontos

Classe V (inferior): 22 a 25 pontos