

Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono

TERESA CALDEIRA,* PAULA MOREIRA,** ELVIRA PINTO**

RESUMO

Introdução: Com a crescente sensibilização dos profissionais que se dedicam à Saúde Infantil para os benefícios do aleitamento materno, tem-se assistido a discretas melhorias nas taxas de abandono.

Objectivos: Conhecer a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida na população utilizadora activa do Centro de Saúde de Barão do Corvo e analisar a sua relação com variáveis como idade, paridade, situação sócio-económica, profissional e educacional maternas, experiência de aleitamento anterior, nível de informação e aconselhamento e práticas dos profissionais de saúde.

Métodos: Estudo observacional, analítico e transversal, sob a forma de questionário, aplicado às mães de crianças dos seis aos doze meses de idade que recorreram ao Centro de Saúde durante o mês de Março de 2003.

Resultados: Foram recolhidos 91 questionários (15% da população dos 0-12 meses inscritos neste centro de saúde). À data da alta da maternidade, a prevalência de aleitamento materno exclusivo era de 98%, 56% no primeiro mês de vida (a maior percentagem de abandono) e 34% aos 6 meses de idade. Foram determinadas as frequências das razões apontadas para o abandono do aleitamento materno. O início de fórmula para lactentes foi indicado em 39% dos casos pelo pediatra. Foram identificados factores sócio-demográficos associados a menor duração da amamentação: primíparas, mães adolescentes, nunca ter amamentado, baixa escolaridade e ter feito suplemento com leite adaptado na maternidade.

Conclusões: A prevalência do aleitamento materno ao nascimento é excelente, mas aos 6 meses fica muito aquém da meta proposta pela OMS de 50% de crianças em aleitamento materno exclusivo até esta idade. A identificação dos factores que na nossa população mais contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno permitirá implementar estratégias de intervenção adequadas para a melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo, pelo menos nos primeiros 4 a 6 meses de vida.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Prevalência; Factores de Risco.

não só respeita as necessidades metabólicas do lactente (colostro, leite maturo), permitindo o seu crescimento mais harmonioso, como também se adapta à relativa insuficiência digestiva e imaturidade renal do recém-nascido (RN) e protege-o da excessiva permeabilidade intestinal a macromoléculas.¹

As suas vantagens nutricionais não se esgotam nos macronutrientes (proteínas, lípidos, hidratos de carbono), suplementos vitamínicos e oligoelementos, mas também na maior biodisponibilidade desses compostos no leite materno, em relação às fórmulas para lactente (FL) e fórmulas de transição (FT).¹ Por outro lado, o equilíbrio entre as concentrações dos diferentes constituintes do leite materno contribui para a fácil absorção e digestibilidade que o caracteriza.

O leite materno é um alimento «vivo» que inclui componentes protectores ou agentes activos contra as infecções: leucócitos, macrófagos, linfócitos, imunoglobulinas (em especial, IgA secretora), citoquinas, factores de crescimento, anti-oxidantes, lactoferrina e lizozima.² O aleitamento materno associa-se por isso a menor incidência de gastroenterite aguda, infecção do tracto respiratório alto ou baixo, otite média aguda, infecção urinária, sepsis neonatal e enterocolite necrotizante.³ Alguns destes efeitos protectores resultam de um padrão de colonização menos virulento

INTRODUÇÃO



O leite materno é reconhecido o alimento mais completo e adequado para a criança, quer no período neonatal, quer na fase de lactente. Este

*Interna Complementar de Pediatria do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

**Assistentes Graduadas de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Barão do Corvo

das mucosas e da presença de pró-bióticos (lactobacilos e bifidobactérias) e pré-bióticos (oligossacarídeos e glicoproteínas), cuja acção sinérgica favorece o desenvolvimento da flora bifidogénica intestinal em detrimento das enterobactérias patogénicas.

Diversos estudos têm apontado o papel protector do leite materno contra doenças que surgem mais tardiamente, como diabetes mellitus tipo 1 e 2, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, obesidade na adolescência, hipertensão e hipercolesterolemia na idade adulta ou doenças neoplásicas.⁴⁻⁹ Apesar de alguma controvérsia, a maior parte dos trabalhos publicados apontam para um menor risco de dermatite atópica e asma nas crianças com antecedentes familiares de atopia que fizeram leite materno exclusivo durante pelo menos três meses, e mostram que o desenvolvimento cognitivo é ligeiramente superior nas crianças alimentadas ao seio materno.^{6,10}

A relação de proximidade estreita e intensa estabelecida durante o aleitamento materno pode ter um papel essencial, pelo reforço do bem-estar psico-emocional da mãe que advém do bem-estar da criança, e reciprocamente.⁶ A demonstração científica deste círculo de afectividades é, no entanto, difícil.

Também para a saúde materna são várias as vantagens do aleitamento materno: recuperação mais rápida do peso pré-gravidez, diminuição da incidência do cancro da mama e do ovário, menor risco de osteoporose na pós-menopausa e amenorreia da lactação funcionando como anti-concepcional natural.¹¹

Podem ainda ser enumerados os benefícios económicos e ecológicos do aleitamento materno: diminuição dos custos públicos com a saúde e do absentismo dos pais em resultado da menor incidência de doenças nas crianças alimentadas ao seio materno, diminuição dos desperdícios causados pelas emba-

lagens das fórmulas para lactentes e diminuição dos gastos de energia inerentes à produção e transporte dos produtos de alimentação artificiais.¹¹

A prevalência do aleitamento materno sofreu reduções apreciáveis no início da segunda metade do século XX, coincidindo com o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos leites artificiais, numa época de grande valorização das criações científicas. Esta foi também uma época de crescimento do número de mulheres a trabalhar fora de casa, a par com os movimentos feministas.¹²

A reversão dessa tendência para o desmame precoce iniciou-se na década de 70, inicialmente nos países mais desenvolvidos e entre as mulheres de nível sócio-educacional mais elevado¹², mantendo-se as taxas de amamentação relativamente estáveis até aos anos 90. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, que visa apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, mobilizando os profissionais de saúde de hospitais e maternidades para que mudem as rotinas e condutas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (Quadro I). Desde então, tem-se assistido a um aumento da prevalência e, o que é mais importante, a um aumento na duração do aleitamento materno. Em Portugal, apenas o Hospital Garcia de Orta detém, desde 2005, a certificação de «Hospital Amigo dos Bebés».¹³

A «Global Strategy on Infant and Young Child Feeding», da responsabilidade da OMS/UNICEF, e o programa governamental dos EUA «Healthy People 2010» coincidem no objectivo de que pelo menos 50% dos bebés sejam exclusivamente amamentados até aos 6 meses e possam vir a prolongar a amamentação até aos 2 anos ou mais.¹⁴⁻¹⁶

QUADRO I

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

PASSOS	Procedimento
1	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2	Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3	Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6	Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
7	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8	Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9	Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10	Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Adaptado de: Vallenas C, Savage-King F. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneve: WHO Child Health and Development Unit; 1997.

OBJECTIVOS

Os objectivos deste trabalho foram:

- Conhecer a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida da população inscrita no Centro de Saúde de Barão do Corvo;
- Estudar alguns dos factores que podem influenciar o abandono precoce do aleitamento materno;
- Avaliar alguns parâmetros relacionados com a introdução do leite de vaca em natureza.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal, aplicado sob a forma de questionário. O estudo decorreu durante o mês de Maio de 2003 no Centro de Saúde de Barão do Corvo. A técnica de amostragem utilizada consistiu numa amostra de conveniência. Fo-

ram entrevistadas as mães de crianças dos 6 aos 12 meses de idade utilizadas activas desse centro de saúde e que aí recorreram para consulta, vacinação ou outras situações. Todos os questionários (Anexo) foram aplicados sob a forma de entrevista pessoal pelo mesmo investigador (a primeira autora deste trabalho), num primeiro encontro ocasional. Foram analisadas variáveis como a idade, a paridade, a situação sócio-económica e profissional e educacional materna, a experiência de aleitamento anterior, o nível de informação e aconselhamento, e as práticas dos profissionais de saúde. Foram comparadas as diversas variáveis com as taxas de abandono do aleitamento materno para dessa forma poder identificar quais os factores que mais contribuem para esse abandono.

Foram excluídos os lactentes com condições relacionadas com maiores taxas de abandono do aleitamento materno: internamento no período neonatal, peso ao nascimento inferior a 2000 gr,

prematuridade ou gemelaridade; ou condições que constituíssem verdadeiras contra-indicações para o aleitamento materno: mãe portadora de VIH, tuberculose activa, doenças neoplásicas ou crónicas consumptivas, ou uso de medicamentos contra-indicados durante a amamentação.

Os dados foram processados e analisados no programa SPSS versão 12.0. A análise estatística consistiu no cálculo de frequências e utilização do teste do χ^2 para comparação de proporções e *t student* para comparação de médias. Foram considerados estatisticamente significativos valores de significância menor que 0,05.

RESULTADOS

Foram obtidos 91 questionários correctamente preenchidos, correspondendo a 14,8% dos utentes até aos 12 meses, inscritos no Centro da Saúde de Barão do Corvo. A maioria dos lactentes (55%) era do sexo masculino. Da análise das variáveis maternas destaca-se uma idade média das mães de 28,97 anos (DP \pm 6,18), cada uma com uma média de 1,6 filhos. A maioria das mães (61%) era primípara. Das 36 mulheres com um filho ou mais, 72% tinham amamentado antes. A gravidez foi vigiada em 96% dos casos e em 45% delas pelo médico de família. A maioria dos partos foi eutócico (68%), com uma taxa de cesarianas de 28%.

No que respeita à situação sócio-económica, grande parte das mães tinha a escolaridade obrigatória incompleta (46% até ao 9º ano), 41% delas estavam desempregadas e o rendimento mensal médio familiar situava-se abaixo dos 1.000 euros em 53% dos casos (Quadro II). A maioria das mães (51%) ficou em casa com o bebé por um período superior a 6 meses.

A primeira consulta da criança ocorreu em 77% dos casos até aos 15 dias de vida. A vigilância estava a cargo uni-

QUADRO II

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

	n	%
Idade Materna		
< 18 anos	2	2
18 - 25 anos	25	27
26 - 35 anos	53	59
> 35 anos	11	12
Total	91	100
Paridade		
Primípara	55	61
2 filhos	24	26
3 filhos	8	9
> 3 filhos	4	4
Total	91	100
Escolaridade Materna		
<9º ano	42	46
9º ano	22	24
12º	18	20
Licenciatura	9	10
Total	91	100
Rendimento familiar (média mensal)		
<500	19	22
500 - 1000	27	31
1000 - 2000	32	37
>2000	9	10
Total	87	100
Gravidez		
Vigiada	87	96
Médico de família	39	45
Obstetra	48	55
Não vigiada	4	4
Total	91	100
Tipo de parto		
Eutócico	62	68
Ventosa/Fórceps	4	4
Cesariana	25	28
Total	91	100

camente do médico de família na maioria dos casos (52%). Em 42% dos casos essa vigilância era feita em exclusivo pelo pediatra; destas, 13% eram vistas pelo pediatra do centro de saúde. Cerca de 6% das crianças eram seguidas conjuntamente no médico de família e no pediatra.

Informação e aconselhamento

No que respeita ao grau de informação das mães sobre as vantagens do aleitamento materno (AM), 46% das entrevistadas considerava-se «suficientemente» informada, 40% considerava-se mesmo «muito» informada; 10% das mães afirmou ter sido «pouco» informada e 4% disse não ter recebido qualquer informação. A percentagem de mães menos informadas foi maior entre as primíparas ($p<0,05$). Essa informação foi recebida em 68% dos casos durante a gravidez, em 77% dos casos durante a estadia na maternidade e em 65% dos casos nas consultas de puerpério. Verificou-se ainda que o aconselhamento durante a gravidez levou a uma maior percentagem de mulheres muito ou suficientemente informadas sobre AM em relação às que foram aconselhadas durante a estadia na maternidade ou em consultas após o nascimento ($p<0,05$) (Figura 1). Os meios ou agentes de informação e aconselhamento mais importantes foram a enfermeira (69%), os *media* (revistas, panfletos informativos, televisão) (68%) e o médico de família (63%), logo seguidos da avó (35%) e do pediatra (33%).

Quando questionadas sobre quais as razões que sustentaram a sua decisão de iniciar o aleitamento materno, 89% referiram o papel do leite materno na protecção contra infecções, 73% consideravam o leite materno mais adequado para o bebé, 60% salientaram a ligação afectiva que se estabelece com a criança e 57% destacaram a menor probabilidade de aparecimento de alergias. Outras razões referidas foram as vantagens para a saúde da mãe (33%), o facto de se tornar mais económico amamentar (25%), o facto de terem sido aconselhadas a amamentar (14,3%) e por ser mais prático (12,5%).

Caracterização do aleitamento

A prevalência do AM exclusivo à data da alta hospitalar foi de 98%, diminuindo

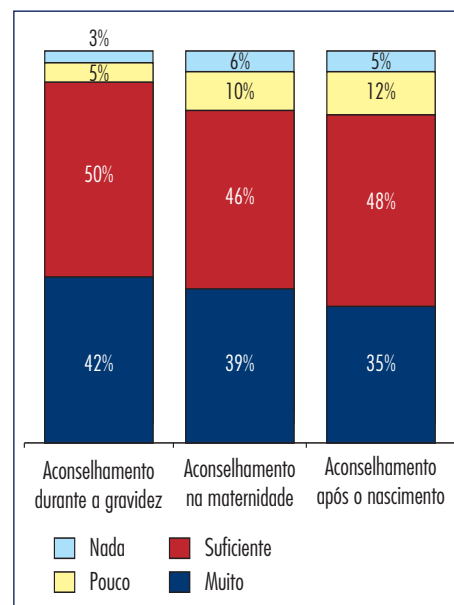


Figura 1. Relação entre o momento do aconselhamento e o grau de informação.

para os 34% aos 6 meses (Figura 2). O declínio mais acentuado ocorreu durante o primeiro mês de vida, com uma taxa de abandono de 44%. As razões mais frequentemente apontadas para o abandono do AM foram razões subjectivas baseadas apenas na percepção materna: «não tinha leite suficiente», «o bebé chorava com fome» ou «não pegava no peito». O facto do recém-nascido não aumentar de peso foi a razão objectiva mais frequentemente apontada pelas mães para o abandono do AM (Quadro III). O abandono do AM por reinício da actividade laboral materna foi referido por apenas 8% (6) das mães.

A decisão de iniciar FL teve indicação médica em 65% dos casos; em 20% dos casos foi a própria mãe a decidir iniciar FL e em 4% essa decisão foi influenciada pela avó (Figura 3). O aumento da prevalência de FL é inversamente proporcional ao declínio da prevalência do AM (Figura 4). Com um mês de vida, cerca de 43% das crianças já havia introduzido FL no seu regime alimentar.

Durante a estadia na maternidade,

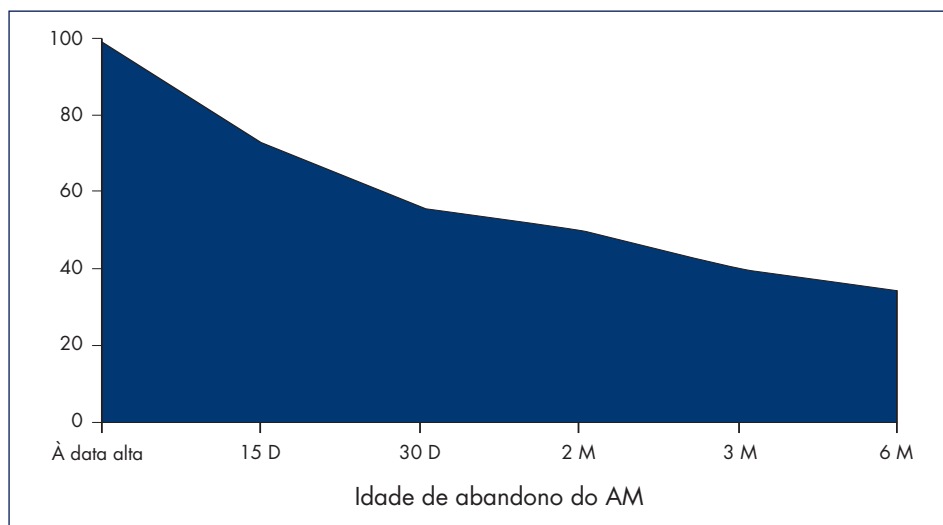


Figura 2. Prevalência do aleitamento materno exclusivo.

QUADRO III

RAZÕES APONTADAS PARA O ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO

Razões subjectivas		Razões objectivas	
«Não tinha leite suficiente»	33 (46%)	«Não aumentava de peso»	9 (13%)
«O bebé chorava com fome»	25 (35%)	«Doença da mãe»	6 (8%)
«Não pegava no peito»	18 (25%)	«Tinha de trabalhar»	6 (8%)
«O leite era fraco»	3 (4%)	«Doença da criança»	1 (1%)

53% das mães referem ter-lhes sido oferecido pelo menos uma vez um biberão de FL. Nos casos de parto por cesariana, a percentagem de RN a quem foi dado um biberão foi superior (72%) aos nascidos por parto eutócico (44%).

Na nossa amostra, 25% das crianças tinha já introduzido leite de vaca em natureza, tendo a decisão para o iniciar sido da iniciativa da mãe em 74% dos casos e com influência da avó em 17% dos casos. A introdução de leite de vaca em natureza antes dos 12 meses de vida relacionou-se com a baixa escolaridade materna e com o desemprego materno ($p < 0,05$).

Factores associados ao abandono do aleitamento materno

Da relação entre a idade materna e as

taxas de abandono do AM verificou-se que no grupo das mães mais jovens (menos de 18 anos), a prevalência de AM diminui acentuadamente e ao sexto mês de vida do RN nenhuma das mães adolescentes se mantém a amamentar enquanto que 12% das mães entre os 18 e 25 anos ainda amamenta, percentagem essa que é significativamente inferior à das mães dos grupos etários dos 26 aos 35 anos e mais de 35 anos (40 e 36% respectivamente) ($p < 0,05$) (Figura 5).

A primiparidade associou-se a taxas de abandono do AM mais elevadas e mais precoces ($p < 0,05$) (Figura 6). A experiência de amamentação em filhos anteriores contribui positivamente para a manutenção do AM durante mais tempo ($p < 0,001$) (Figura 7). Verificamos

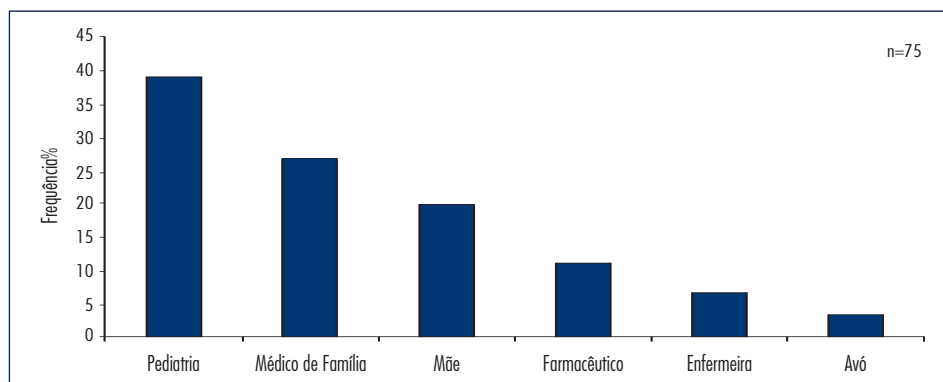


Figura 3. Fórmula para lactentes: quem aconselhou a iniciar?

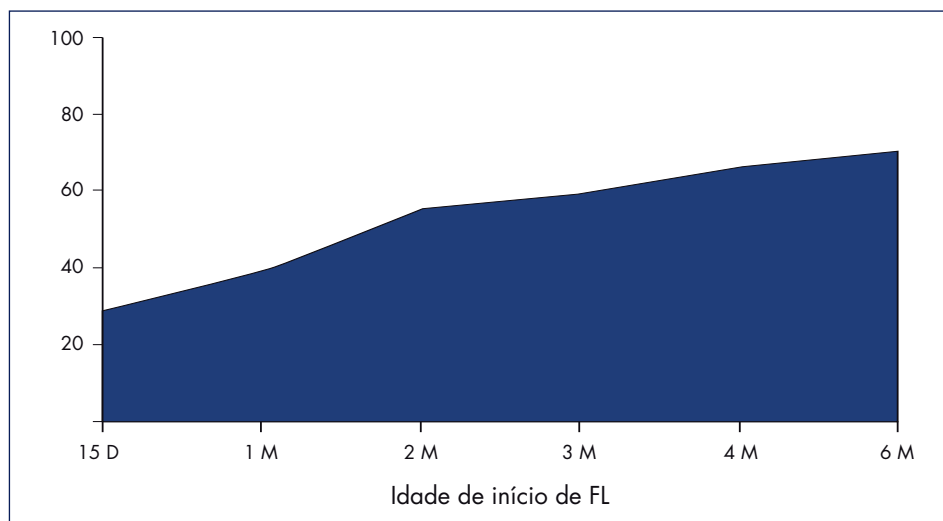


Figura 4. Prevalência da toma de FL.

que aos seis meses de vida dos RN, 58% das mães que já tinham amamentado outro(s) filho(s) mantiveram-se a amamentar, enquanto que 80% das mães que nunca amamentaram tinham já abandonado o AM.

No que respeita à escolaridade, verificou-se que mães com grau de escolaridade mais elevado (licenciatura) têm taxas de abandono do AM significativamente inferiores ($p < 0,05$) (Figura 8).

O facto de terem efectuado pelo menos uma toma de suplemento com FL no hospital relacionou-se com uma maior taxa de abandono do AM ($p < 0,05$) (Figura 9).

DISCUSSÃO

A prevalência de AM encontrada neste estudo era, à data da alta da maternidade, de 98%, e aos seis meses de 34%, valores que se aproximam com os encontrados nas séries portuguesas mais recentes, e que confirmam um ligeiro crescimento da prevalência do aleitamento materno nos últimos anos em Portugal.^{13,17-22} No entanto, a taxa de amamentação aos seis meses fica ainda muito aquém dos objectivos traçados pela OMS para 2010.¹⁶

O declínio mais acentuado da preva-

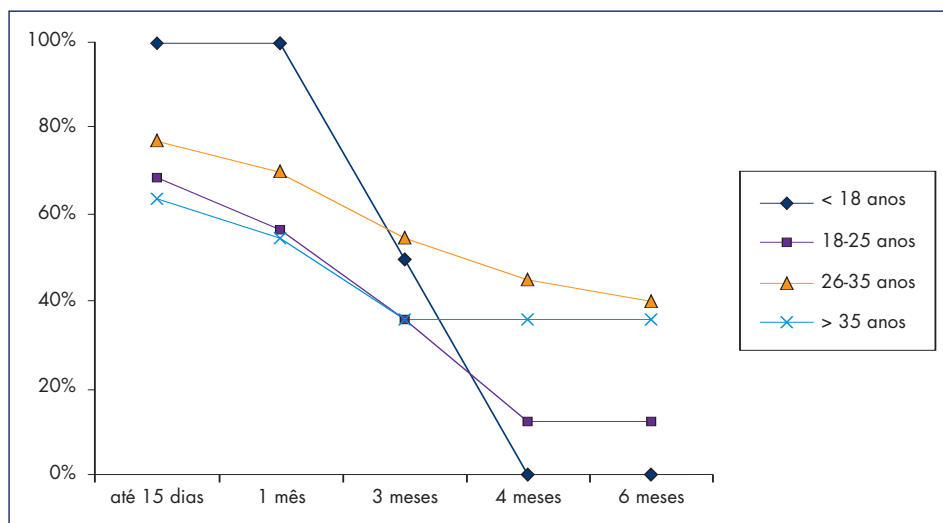


Figura 5. Relação entre idade materna e prevalência de AM.

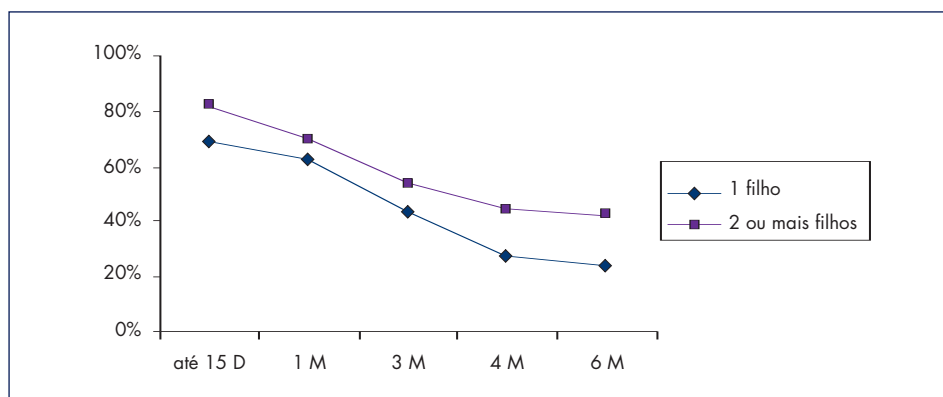


Figura 6. Relação entre a paridade e prevalência de AM.

lência de AM verificou-se entre o primeiro e o terceiro mês de vida, tal como anteriormente descrito.^{13,18,19,22}

As mulheres entrevistadas consideram-se, em geral, informadas sobre o AM. Essa informação é dada, na maior parte das vezes, durante a sua estadia na maternidade. Verificámos, no entanto, que quando a informação é dada durante a gravidez, reflecte-se em melhor grau de informação. Este facto é apoiado por Pinto F *et al.*,²² que na sua série mostrou que o grupo das mulheres com gravidezes não vigiadas se encontrava entre as que abandonaram

precocemente o AM.

A maior parte das razões invocadas pelas mães para o abandono do AM é de carácter subjectivo e prende-se com o receio de que o bebé esteja a passar fome, de não ter leite em quantidade ou qualidade suficiente para alimentar o seu bebé, ainda que em apenas 13% se tenha objectivado uma má progressão ponderal. Por outro lado, a introdução de FL foi, na maioria dos casos, indicada pelo médico (pediatra 39%; médico de família 27%), levando-nos a supor que, ainda pouco motivados, aqueles profissionais de saúde resolvem fácil e

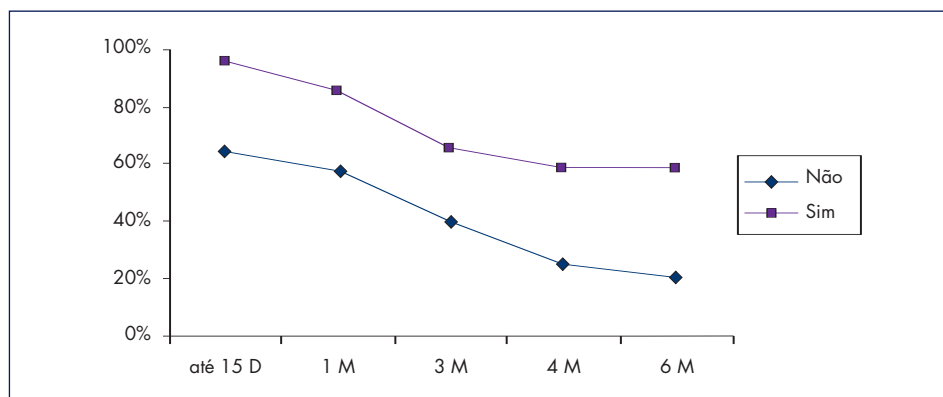


Figura 7. Relação entre experiência de amamentação e prevalência de AM.

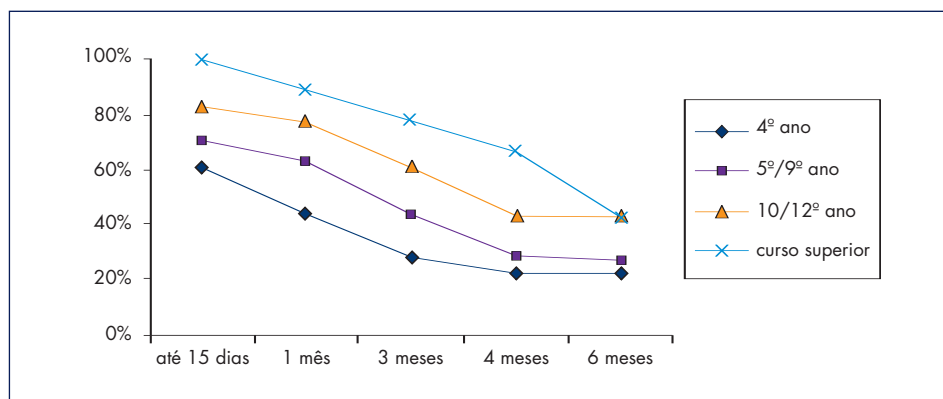


Figura 8. Relação entre escolaridade materna e prevalência de AM.

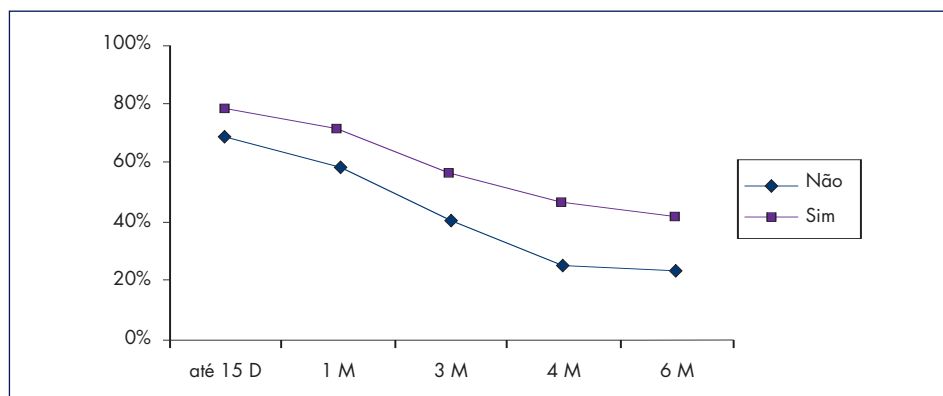


Figura 9. Relação entre ter feito suplemento na maternidade e prevalência de AM.

rapidamente as dúvidas e anseios maternos com a prescrição de FL. Em *Alves AD et al.*¹⁹ foi demonstrado que o abandono por razões não objectivas antes dos três meses se associou com a

assistência pelo médico de família, e não pelo pediatra. Tal não se confirmou no nosso estudo. Uma outra razão, apontada por 25% das mães, foi «O RN não pegava no peito», alertando-nos

para a necessidade de dar mais ênfase à fisiologia e técnicas de amamentação, agora que os benefícios do leite materno, quer para a saúde da criança, quer para a saúde da mãe, parecem já ser sobejamente conhecidos. Para além das vantagens do AM e ensino das técnicas de amamentação, é necessário desmistificar algumas das causas mais frequentes que levam ao abandono do AM, abordando as noções de «cólicas do lactente», da perda ponderal fisiológica dos primeiros dias e da fisiologia da lactação.

Tal como se tem vindo a verificar noutras séries,^{19,21,22} o reinício do trabalho materno não parece ter grande influência na continuidade do AM. As taxas de abandono do AM mantêm-se relativamente estáveis dos três aos seis meses e «ter de trabalhar» não é uma razão frequentemente apontada pelas mães: das seis que o referiram, quatro deixaram de amamentar após os cinco meses.

Verificámos que tem sido feito um grande esforço para que a primeira consulta do RN ocorra até aos 15 dias de vida. Num estudo de 1982,¹⁷ mais de metade das crianças recorreu pela primeira vez à consulta após os 21 dias de vida, o que contribuiu para o abandono mais precoce do aleitamento materno. Na nossa amostra, 77% das crianças teve a sua primeira consulta até aos 15 dias de vida, no entanto, esse facto não se reflectiu na manutenção do aleitamento materno ($p = 0,617$).

Os factores que se associaram de forma significativa com a menor duração da amamentação foram semelhantes aos encontrados em estudos anteriores:^{13,18-24} primiparidade, não ter amamentado antes, idade materna jovem, baixa escolaridade e ter sido oferecido suplemento com LA no hospital.

Ao contrário do referido por Estêvez MD *et al.*²³ não se verificou qualquer associação entre o parto por cesariana e o abandono precoce do AM. Uma série

de outros factores apontados em estudos prévios como estando associados a maiores taxas de abandono do AM não foram considerados no nosso estudo: etnia negra,^{13,20} tratar-se de uma gravidez não desejada,²⁵ tempo prolongado entre o parto e a primeira mamada,²⁴ a influência do pai,²⁶ o tabagismo materno no período pós-natal²⁷ ou a introdução precoce da chupeta.²⁸

Para além das rotinas hospitalares, que necessitam ser melhoradas para que se estabeleçam práticas de AM duradouras, o que pode passar por termos mais serviços «Hospitais amigos da criança», na perspectiva da saúde familiar, as estratégias de intervenção para aumentar a prevalência de AM na população estudada deverão incidir sobretudo sobre mulheres de mais baixa escolaridade, mães adolescentes, primíparas ou que nunca tenham amamentado antes. A gravidez e primeiro mês de vida parecem períodos privilegiados para uma intervenção potencialmente bem sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira I. Composição do leite de mulher, do leite de vaca e das fórmulas de alimentação infantil. *Acta Pediatr Port* 2005; 36: 277-85.
2. Neto MT. Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediatr Port* 2006; 1: 23-6.
3. Wold AE, Adlerberth I. Breastfeeding and the intestinal microflora of the infant: implications for protection against infectious diseases. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478: 77-93.
4. Malcova H, Sumnik Z, Drevinek P, Venhacova J, Lebl J, Cinek O. Absence of breast-feeding is associated with risk of type 1 diabetes: a case-control study in a population with rapidly increasing incidence. *Eur J Pediatr* 2006 Feb; 165 (2): 114-9.
5. Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet* 1997 Jul 19; 350 (9072): 166-8.
6. Turck D; Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel

: les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pediatr* 2005 Dec; 12S3: S145-S165.

7. Klement E, Cohen RV, Boxman J, Joseph A, Reif S. Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2004 Nov; 80 (5): 1342-52.

8. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breastfeeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006 Jan; 91 (1): 39-43.

9. Martin RM, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breastfeeding and childhood cancer: a systematic review with metaanalysis. *Int J Cancer* 2005 Dec 20; 117 (6): 1020-31.

10. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999 Oct; 70 (4): 525-35.

11. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr (Rio J)* 2004 Nov; 80 (5): S142-6.

12. Zetterström R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 1999 Aug; 88 (430): 1-6.

13. Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediatr Port* 2006; 1: 9-14.

14. 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.

15. Healthy People 2010. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. Atualizado em Janeiro 2001. Disponível em: URL: <http://www.healthy people.gov> [acedido em 02/05/2007].

16. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 2003.

17. Gonçalves C, Martins V, Vasconcelos R, Jardim A. Aleitamento Materno: trabalho realizado na Maternidade Daniel de Matos de Coimbra. *Saúde Infantil* 1985; 1: 15-19.

18. Rocha LM, Gomes A. Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil* 1998; 20: 59-66.

19. Alves AD, Lamy S, Henriques G, Virella D, Carreiro H, Lynce N, Machado MC. Aleitamento Materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra: porquê o abandono precoce? *Saúde Infantil* 1999; 21: 43-50.

20. Duarte A, Eira A, Perico C. Alimentação do lactente no distrito de Setúbal em 1998. *Acta Pediatr Port* 2002; 33: 63-71.

21. 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: 441-5.

22. Pinto F, Silva Pereira, Martins JR. Aleitamento materno em Vila do Conde. *Saúde Infantil* 1995; 17: 53-8.

23. Estévez González M, Martell Cébrian D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002 Feb; 56 (2): 144-150.

24. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 1999 Mar; 7 (1): 5-16.

25. Taylor JS, Cabral HJ. Are women with an unintended pregnancy less likely to breast-feed? *J Fam Pract* 2002 May; 51 (5): 431-6.

26. Scott JA, Binns CW, Aroni RA. The influence of reported paternal attitudes on the decision to breast-feed. *J Paediatr Child Health* 1997 Aug; 33 (4): 305-7.

27. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL. Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association? *Birth* 1999 Jun; 26 (2): 76-82.

28. Binns CW, Scott JA. Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing? *Breastfeed Rev* 2002 Jul; 10 (2): 21-5.

Endereço para correspondência

Teresa Caldeira
Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Unidade II
Rua Francisco Sá Carneiro
4400 Vila Nova de Gaia
Tel.: 223 778 100
E-mail: caldeira.teresa@gmail.com

Recebido para publicação em 03/07/2007
Aceite para publicação em 05/12/2007

ANEXO
INQUÉRITO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

DADOS DA CRIANÇA

1. Idade

2. Sexo

(ver «livrinho» do bebé)

3. Peso ao nascimento

4. Nasceu com quantas semanas?semanas

5. Tipo de parto?

Eutócico [] Cesariana [] Ventosa [] Forceps []

DADOS DA FAMÍLIA

6. Idade da mãe quando nasceu este(a) filho(a): anos

7. Estado civil dos pais

[] Solteiros

[] Casados

[] União de facto

[] Separados/divorciados

[] Viúva(o)

8. Nível de estudos:

[] Analfabeta

[] Analfabeto

[] 4ª classe

[] 4ª classe

[] 5º ao 8ºano

[] 5º ao 8ºano

da mãe

[] 9º ano

do pai

[] 9º ano

[] 10º ou 11º ano

[] 10º ou 11º ano

[] 12º ano

[] 12º ano

[] Curso médio

[] Curso médio

[] Curso superior

[] Curso superior

9. Profissão da mãe

10. Está desempregada?

Sim [] Não []

11. Quantos meses ficou em casa com o seu bebé?meses

12. Quantas horas trabalha fora de casa, por dia?horas

13. Profissão do pai

14. Rendimento mensal médio familiar

15. Número de filhos (incluindo o actual):

[] 1 [] 2 [] 3 [] >3

DADOS SOBRE AMAMENTAÇÃO**16. Amamentou os filhos anteriores**Não Sim atémeses**17. Onde foi controlada a sua gravidez?** Médico de família Ginecologista/Obstetra, no hospital Ginecologista/Obstetra, no consultório particular**18. Quantas consultas teve durante a gravidez?** Nenhuma 1- 4 4 - 6 > 6**19. Com quantos dias/meses foi a primeira consulta do seu filho(a)?**

..... dias / meses

20. Onde é vigiado o seu filho(a)? Médico de Família Pediatra, no hospital Pediatra, no consultório**21. Considera-se informada sobre o aleitamento materno?** Muito Suficiente Pouco Nada**22. Foi aconselhada a dar o peito:**

• durante a gravidez?

Sim Não

• no hospital, aquando do nascimento?

Sim Não

• nas visitas ao C. Saúde (vacinas ou consultas)?

Sim Não **23. Quem a aconselhou a dar o peito?**

(escolha a ou as respostas correctas)

 Médico de família Ginecologista/Obstetra Pediatra Um(a) enfermeira(o) Curso de preparação para o parto Um familiar. Quem?

.....

 Meios audiovisuais (livros, televisão, revistas, etc.) Outro modo**24. Iniciou aleitamento materno no hospital?**Sim Não **25. Porque iniciou aleitamento materno?**

(escolha a ou as respostas correctas)

 Porque tinha leite É mais adequado para o bebé Protege o bebé das infecções Melhor ligação afectiva mãe/filho

- Aconselharam-me É mais prático
- É mais económico Menos alergias para o bebé
- Tem vantagens para a saúde da mãe
- Outras razões. Quais?

26. Foi dado suplemento com biberão no hospital?

Sim Não

27. Ainda dá o peito:

- Sim Não
- em todas as refeições
- em algumas refeições

28. Quando deixou por completo de dar o peito ? Aosdias/meses

29. Quando iniciou o leite de lata? Aosdias/meses

30. Porque deixou de dar o peito?

(escolha a ou as respostas correctas)

- O leite era fraco Por ser prematuro
- Não tinha leite suficiente Doença da criança
- A criança não aumentava Doença da mãe
- O bebé chorava muito com fome Problemas com o peito
- A criança não pegava no peito Tinha de trabalhar
- Não gostava de amamentar Estava a tomar medicação.
- Qual?.....
- Outro motivo

31. Quem a aconselhou a começar o leite de lata?

(escolha a ou as respostas correctas)

- A própria mãe O pediatra
- O médico de família Um(a) enfermeiro(a)
- O farmacêutico Amigas(os) / Vizinhas(os)
- Um familiar. Quem?

32. Já deu leite de pacote ao seu filho(a)?

Sim Não

33. Com que idade começou a dar leite de pacote ao seu filho(a)?

.....dias / meses

34. Quem a aconselhou a começar o leite de pacote?

(escolha a ou as respostas correctas)

- A própria mãe O pediatra
- O médico de família Um(a) enfermeiro(a)
- O farmacêutico Amigas(os) / Vizinhas(os)
- Um familiar. Quem?

ABSTRACT

Introduction: With the health professional's better alertness to the benefits of breastfeeding, the rates of discontinuation show some discrete signs of improvement.

Objective: To determine the prevalence of breastfeeding during the first six months of life within the pediatric population served by the Barão do Corvo Primary Care Center, and analyze its relation with age, parity, social-economic backgrounds, maternal profession and education, experience in breastfeeding, level of information and advice and health professional's practices.

Methods: An inquiry was applied to the mothers of infants from 6 to 12 months old brought to that primary care unit during the month of March 2003.

Results: We obtained 91 questionnaires (15% of the target population). On the day of discharge from maternity 98% of mothers were breastfeeding; 56% in the first month of life (the higher rate of weaning) and 34% in the sixth month. The frequency of the reasons why breastfeeding was interrupted was determined. The introduction of formula was indicated by the pediatrician in 39% of the cases. Factors like first time mother, adolescent mother, no experience in breastfeeding, lower education, and having received bottle supplementation in the maternity, relates negatively with the duration of breastfeeding.

Conclusion: The prevalence of breastfeeding at birth is excellent, but at six months is far away from OMS goals, of 50% babies' exclusively breastfed by this age. The identification of risk factors for early termination of breastfeeding allows the implementation of public health interventions aimed at improving the prevalence of exclusive breastfeeding for at least the first 4 to 6 months of babies' life.

Key-words: Breastfeeding; Prevalence; Risk Factors