

Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal

Prevalence of Breastfeeding: Comparison Between an Urban Population and a Rural Population in the North of Portugal

Camile Lanzaro¹, Paulo Santos^{2,3}, António Guerra^{4,5}, Alberto Pinto Hespanhol^{2,3}, Maria João Esteves^{2,3}

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

2. Unidade de Saúde Familiar São João do Porto, Porto

3. Departamento de Ciências Sociais e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

4. Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

5. Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar de São João, Porto

Acta Paediatr Port 2015;46:101-8

Resumo

Introdução: Em Portugal, as taxas de aleitamento materno continuam inferiores às recomendações mundiais. Os objetivos deste trabalho foram determinar a prevalência do aleitamento materno e exclusivo aos seis meses numa população urbana e numa população rural do Norte de Portugal, identificar os fatores que possam influenciar a duração da amamentação e reconhecer os seus determinantes de início e abandono.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo. Através de um questionário telefónico, foram obtidos dados relativos às crianças nascidas de 2007 a 2011, inscritas em unidades de saúde familiar de um meio urbano e de um meio rural. Realizou-se a análise de sobrevivência e a regressão de Cox.

Resultados: Foram estudadas 333 crianças (47% do género feminino). A prevalência do aleitamento materno aos seis meses foi de 50,0% e 51,2% e a do aleitamento materno exclusivo foi de 17,1 % e 18,7%, respetivamente, em meio urbano e rural. Os fatores relacionados com a maior duração da amamentação foram ter emprego durante a gravidez e seis meses após o parto ($p = 0,006$), parto vaginal ($p = 0,002$), ter permanecido pelo menos cinco meses em casa após o parto ($p = 0,004$) e não introdução de fórmula láctea no hospital ($p < 0,001$), este último também diretamente relacionado com a amamentação exclusiva ($p < 0,001$).

Discussão: No Norte de Portugal, apesar das diferenças sociais encontradas entre a população urbana e rural, não se verificaram diferenças significativas entre elas quanto à prevalência do aleitamento materno aos seis meses. Destaca-se a correlação positiva da exclusividade da amamentação aos seis meses com a evicção de fórmulas lácteas (sobretudo durante o período a seguir ao parto), com o parto por via vaginal e com a implementação de medidas laborais que favoreçam esta prática.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; População Urbana; População Rural; Prevalência

Abstract

Introduction: In Portugal, rates of breastfeeding are still lower than international recommendations. The aim of this study was to assess the prevalence of breastfeeding (overall and exclusive) at six months among two populations, one urban and one rural, in the north of Portugal, and secondarily to identify factors that influence the duration of breastfeeding and the determinants of initiation and cessation.

Methods: A retrospective cohort study was conducted in children born between 2007 and 2011, randomly selected from users of two health centres in the north of Portugal, one in a rural area and the other in an urban environment. Mothers were contacted by telephone to answer a structured questionnaire. Survival analysis and Cox regression were performed.

Results: A total of 333 children (47% females) were studied. The prevalence of breastfeeding at six months was

50.0% and 51.2% and of exclusive breastfeeding it was 17.1% and 18.7% in the urban and the rural environment, respectively. Employment during pregnancy and after delivery ($p=0.006$), vaginal birth ($p=0.002$), at least five months at home after delivery ($p=0.004$) and avoidance of milk formula in hospital ($p<0.001$) were associated with longer duration of breastfeeding.

Discussion: There were no differences in breastfeeding duration between urban and rural populations in the north of Portugal, despite some social differences. In general, breastfeeding, both overall and exclusive, is less prevalent than desirable, and this study identifies strategies to improve it, including avoidance of milk formula after delivery, the promotion of vaginal birth and the adoption of friendly employment breastfeeding policies.

Keywords: Breastfeeding; Urban Population; Rural Population; Prevalence

Introdução

O aleitamento materno (AM) é uma prática natural, completa e, salvo raras exceções, a mais adequada para a alimentação na primeira infância.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, mantendo-o até aos dois anos, se a mãe e a criança assim o desejarem, em complemento de um plano alimentar nutricionalmente adequado e seguro. A falta do leite materno é um fator de risco importante para a morbidade e mortalidade infantil, principalmente nos primeiros seis meses de vida.¹

As vantagens do AM para a mãe e para o lactente são múltiplas, tanto a curto como a longo prazo, e estão extensamente documentadas na literatura,³ sendo universalmente consideradas uma prioridade de saúde pública.⁴

A OMS, em conjunto com a United Nations Children's Fund (UNICEF), tem desenvolvido nas últimas décadas diversas iniciativas para proteger, promover e apoiar o AM, como a Declaração de Innocenti em 1990, a iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés em 1992 e a Global Strategy for Infant and Young Child Feeding em 2002. Apesar destas recomendações, as taxas de iniciação ao AM são muito baixas em alguns países da União Europeia, e mesmo onde são altas, como nos países escandinavos, verifica-se um elevado abandono nos primeiros seis meses.⁴

Em Portugal, a taxa de iniciação do AM situa-se acima dos 90%, mas com abandono significativo nos primeiros meses de vida do bebé, representado por taxas de exclusividade aos seis meses de 17 a 34%,⁵⁻⁸ longe do objetivo de 50% proposto pela OMS para 2010.² Estes resultados reforçam a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais na informação e apoio à mulher no período pré e pós-natal, em conformidade com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil,⁹ operacionalizando estratégias de promoção e educação para a saúde, com monitorização da iniciação e continuidade da prática do AM¹⁰ e investigação nesta área.

Nos últimos anos, vários estudos avaliaram a prevalência do AM em Portugal, assim como os principais fatores de abandono precoce,⁵⁻⁸ mas não está documentado o que se passa na região Norte, nem as diferenças entre os meios urbano e rural.

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência do AM aos seis meses numa população urbana e numa população rural do Norte de Portugal. Secundariamente, procurou-se determinar a prevalência do AM exclusivo aos seis meses, identificar os fatores que influenciaram a duração do AM e descrever os determinantes de início e de abandono.

Métodos

Realizou-se um estudo observacional, de coorte, retrospectivo, de uma população de crianças nascidas nos anos de 2007 a 2011, estratificada pela zona onde residiam em urbana ou rural, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.¹¹ A amostra foi selecionada aleatoriamente entre os inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) São João do Porto, inserida num meio urbano, e na USF Viatodos, em Barcelos, num meio rural. A seleção das unidades de saúde foi de conveniência.

Estavam inscritas 753 crianças na USF São João do Porto e 440 na USF Viatodos. Admitindo uma prevalência esperada na população urbana de 50% (segundo dados de Eiriz *et al.* apresentados no 30º Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar em 2013) e de 34% na população rural, correspondente à média dos trabalhos publicados em Portugal,^{5-7,12} e aceitando um erro máximo de 5% para um intervalo de confiança de 95%, corrigindo para uma taxa de resposta de 67%, comum neste tipo de estudos, obteve-se um tamanho de amostragem mínimo de 331 crianças,¹³ 209 na USF São João do Porto e 122 na USF Viatodos. Os inscritos foram selecionados de forma aleatória, utilizando uma ferramenta informática de randomização.¹⁴

Foi elaborado um questionário para aplicação por via telefónica, com base em estudos portugueses sobre o aleitamento materno.^{8,12} Foram estudadas variáveis relativas à mãe durante a gravidez e até aos seis meses pós-parto (idade na altura do parto, estado civil, grau de escolaridade completo, profissão, situação profissional, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, paridade, vigilância da gravidez, número de consultas, frequência das aulas de preparação para o parto, tipo de parto e número de meses em casa), variáveis relativas à criança (idade à data de realização do questionário, género, peso ao nascimento, idade gestacional) e variáveis relativas ao aleitamento materno (número de meses de AM exclusivo, número de meses de AM, introdução de fórmula láctea no hospital, uso de chupeta, determinantes de início e cessação do AM, aleitamento anterior e amamentação da mãe).

Definiu-se como hábitos tabágicos presentes, a mãe ter fumado pelo menos um cigarro por dia durante a gravidez e até aos primeiros seis meses após o parto; como hábitos alcoólicos presentes, a mãe ter ingerido uma ou mais bebidas - padrão por dia (≥ 12 g de álcool por dia)¹⁵ durante a gravidez e até aos primeiros seis meses após o parto; como presença nas aulas de preparação para o parto, a mãe ter frequentado pelo menos três sessões; como aleitamento materno exclusivo, a única fonte de

alimentação do bebé ter sido o leite materno,¹⁶ não tendo recebido outros alimentos, exceto suplementos vitamínicos, minerais ou fármacos; como aleitamento materno, o bebé ter sido alimentado com leite materno, independentemente de poder ingerir outros alimentos¹⁶; e como aleitamento anterior, a mãe ter amamentado, pelo menos um dia, filhos anteriores. A recolha de dados realizou-se entre julho e setembro de 2013, por entrevista telefónica dirigida às mães das crianças, com até cinco tentativas, em diferentes horários, para cada número. O consentimento informado foi obtido oralmente no início da entrevista. Todos os questionários foram realizados pelo mesmo investigador, minimizando o risco de heterogeneidade na recolha dos dados.

Foi realizada a análise descritiva das amostras, a comparação de médias através do teste Mann-Whitney U, a comparação de variáveis categóricas através do teste qui-quadrado e do teste exato de Fisher. Utilizou-se a análise de sobrevivência de Kaplan-Meier para a determinação da duração do AM e AM exclusivo e a regressão de Cox para a análise multivariada. Os dados recolhidos foram codificados e processados através do programa SPSS® versão 20.0. Aceitou-se um erro alfa de 0,05.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte. Os procedimentos neste estudo foram consistentes com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Resultados

Obtiveram-se 333 participantes, 210 na população urbana e 123 na população rural, correspondendo a 27,9% e 28,0% das crianças nascidas entre 2007 e 2011, inscritas em cada USF, respetivamente. A taxa de resposta foi de 75,0%. Recusaram-se a participar 20 mães e, em 90 crianças, os contactos telefónicos não estavam disponíveis, as chamadas não foram atendidas ou foram-no por outros familiares.

As características relativas às mães e às crianças das duas populações estão resumidas na Tabela 1. A maioria das mães que respondeu aos questionários tinha entre 26 e 35 anos na altura do parto (61,9% na população urbana e 70,7% na população rural), era casada (71,9% na população urbana e 84,6% na população rural) e tinha emprego (79,5% na população urbana e 87,8% na população rural). Metade das mulheres era primípara na altura do parto (46,7% na população urbana e 50,4% na população rural).

A maioria teve mais de seis consultas durante a gravidez (97,6% na população urbana e 100,0% na população rural), sendo 40,2% vigiadas por médico de família

(45,7% na população urbana e 30,9% na população rural). Metade das mulheres teve parto por cesariana (47,6% na população urbana e 50,4% na população rural) e a maioria esteve mais de quatro meses em casa após o parto (90% na população urbana e 83,7% na população rural).

Foram identificadas algumas diferenças estatisticamente significativas entre as populações. A idade materna na altura do parto foi superior na população urbana ($p < 0,001$), onde havia também maior número de mães com mais de 35 anos ($p < 0,001$) e uma maior proporção com ensino superior completo ($p < 0,001$). Na população rural, as mães ficaram em casa mais tempo após o parto ($p = 0,006$), mas houve mais mães a ficar em casa por um período superior a cinco meses na população urbana ($p < 0,001$).

A prevalência de AM aos seis meses foi de 50,5% no total da amostra estudada, com um intervalo de confiança (IC) 95% de 45,0-55,8%), mantendo o aleitamento exclusivo 17,7% das crianças (IC 95%: 13,6-21,8%). Não se verificaram diferenças entre as populações urbana e rural, com taxas de amamentação aos seis meses de 50,0% (IC 95%:43,2-56,9%) *versus* 51,2% (IC 95%: 42,3-60,2%) ($p = 0,830$) e de amamentação exclusiva de 17,1% (IC 95%: 12,0-22,3%) *versus* 18,7% (IC 95%: 11,7-25,7%) ($p = 0,720$), respetivamente. Na população urbana, as crianças foram amamentadas em média durante $7,7 \pm 8,8$ meses e amamentadas exclusivamente durante $3,0 \pm 2,3$ meses. Na população rural, foram amamentadas durante $8,6 \pm 9,0$ meses e de forma exclusiva durante $3,1 \pm 2,2$ meses. Também não se demonstraram diferenças entre os meios urbano e rural quanto à duração total do período de AM ($p = 0,323$) e de AM exclusivo ($p = 0,785$). A Fig. 1 mostra a curva de Kaplan-

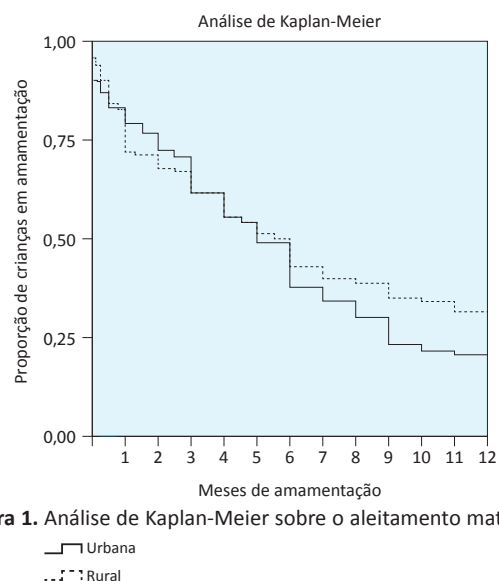


Figura 1. Análise de Kaplan-Meier sobre o aleitamento materno.

— Urbana
 - - - Rural

-Meier para o aleitamento materno e a Fig. 2 representa a evolução do AM e AM exclusivo nos primeiros doze meses de vida em ambas as populações. Não se registaram diferenças na administração de fórmula láctea no hospital, com 36,7% (IC 95%: 30,0-43,0%) na população urbana e 32,5% (IC 95%: 24,0-41,0%) na rural ($p = 0,444$). Entre as múltiparas, as mulheres urbanas tinham história de amamentação em filho anterior superior às rurais, de 82,4% (IC 95%: 76,0-89,0%) versus 68,9% (IC 95%: 58,0-80,0%) ($p = 0,026$), mas, em média, não houve diferenças significativas entre os dois meios ($7,2 \pm 5,9$ meses; $6,4 \pm 6,9$ meses) ($p = 0,126$). Mais mães da população rural foram amamentadas quando eram bebês (80,4%, IC 95%: 73,0-88,0%) comparativamente às da população urbana (63,8%, IC 95%: 57,0-71,0%) ($p = 0,002$). Na população urbana, cerca de 81,9% (IC 95%: 77,0-87,0%) das crianças já tinham usado chupeta, com a média de início aos $0,6 \pm 2,0$ meses, enquanto na população rural cerca de 82,9% (IC 95%: 76,0-90,0%) já tinham usado, com média de início aos $0,5 \pm 1,6$ meses. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o meio urbano e o meio rural quanto ao uso de chupeta ($p = 0,774$).

Em análise multivariada, verificou-se que a maior duração do AM teve uma relação significativa com o emprego durante a gravidez e seis meses após o parto (*hazard ratio* (HR) 1,8; IC 95% 1,2-2,8; $p = 0,006$), com parto por via vaginal (HR 1,6; IC 95% 1,2-2,2; $p = 0,002$), com a permanência em casa após o parto superior a cinco meses (HR 1,6; IC 95% 1,2-2,2; $p = 0,004$) e inversamente com a introdução de fórmula láctea no hospital (HR 0,5; IC 95% 0,4-0,7; $p < 0,001$). A maior duração do AM exclusivo apresentou uma associação inversa com a introdução de fórmula láctea no hospital (HR 0,5; IC 95% 0,4-0,8; $p < 0,001$).

Os determinantes de início do aleitamento materno mais frequentemente referidos pelas mães, em ambas as populações, foram “o leite materno é o mais adequado para o bebé” (81,4% na população urbana; 82,1% na população rural), “porque protege o bebé das infeções” (14,8% na população urbana; 15,4% na população rural) e “porque tinha leite” (12,9% na população urbana; 12,2% na população rural).

O determinante de abandono do aleitamento materno maioritariamente referido foi, em ambos os casos, a percepção materna que “não tinha leite suficiente” (51,9% no meio urbano e 41,5% no meio rural). As razões de abandono do AM estão apresentadas na Tabela 2.

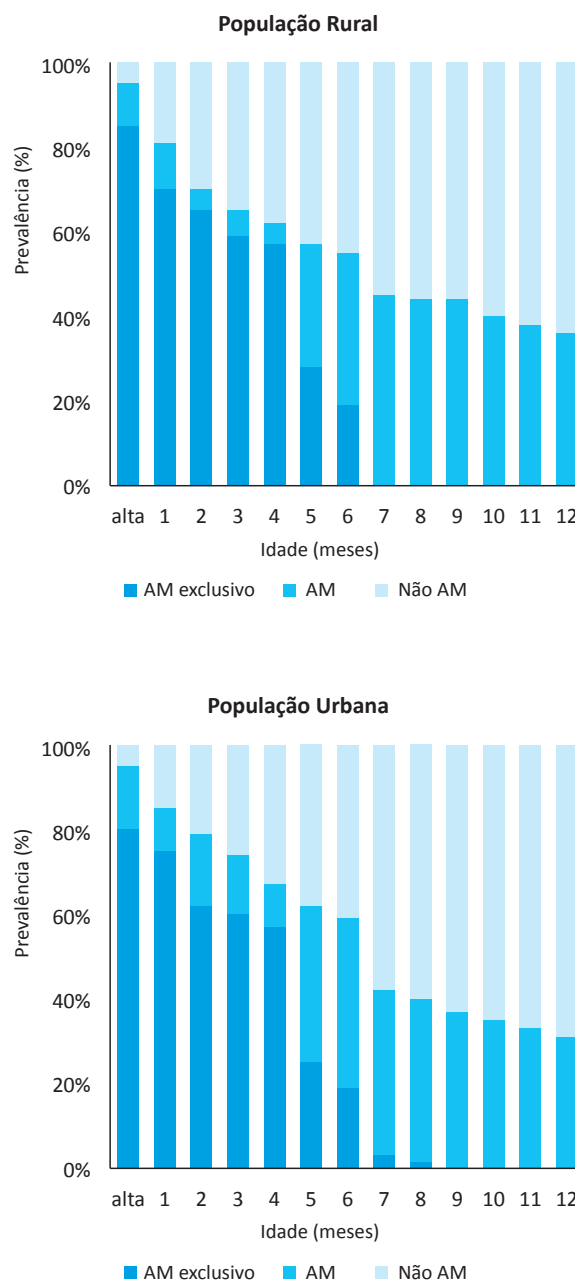


Figura 2. Prevalência do aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e de não amamentação nas duas populações durante os primeiros doze meses de vida. AM, aleitamento materno

Discussão

A prevalência do AM aos seis meses é superior a 50%, não sendo evidentes diferenças entre os meios rural e urbano, o que representa um incremento em relação a estudos anteriores publicados em Portugal^{5-7,12} e está em linha com o Registo do Aleitamento Materno de 2012.¹⁰ O mesmo padrão se verifica na manutenção do AM exclusivo em cerca de 18% das crianças aos seis meses de vida.⁵⁻⁸ Estes dados são sobreponíveis aos publicados em 2010 nos

Tabela 1. Descrição das amostras						
Características maternas relativas à gravidez / pós-parto						
Variável		Urbana (n = 210)		Rural (n = 123)		p
		n	%	n	%	
Idade materna (anos)	(média ± DP) ≥ 35 anos	32,0 ± 4,8		30,3 ± 4,7		< 0,001*
		77	36,7	20	16,3	< 0,001 [†]
Família	Monoparental	36	17,1	12	9,8	0,064 [†]
	Nuclear	174	82,9	111	90,2	
Grau de escolaridade	Ensino superior completo	128	61	23	18,7	< 0,001 [†]
Profissão	Setor secundário	7	3,3	49	39,8	< 0,001 [†]
	Setor terciário	194	92,4	73	59,3	
Situação profissional	Ativa	167	79,5	108	87,8	0,075 [†]
Hábitos tabágicos	Sim	35	16,7	9	7,3	0,015 [†]
Hábitos alcoólicos	Sim	25	11,9	15	12,2	0,937 [†]
Paridade	Primíparas	98	46,7	62	50,4	0,510 [†]
Vigilância da gravidez	Médico de família	96	45,7	38	30,9	0,008 [†]
	Obstetra	164	78,1	105	85,4	0,104 [†]
Número de consultas gravidez	> seis consultas	205	97,6	123	100	0,085 [†]
Aulas preparação parto	Sim	76	36,2	21	17,1	< 0,001 [†]
Tipo de parto	Cesariana	100	47,6	62	50,4	0,432 [†]
	Eutócico	79	37,6	49	39,8	
	Ventosa / Fórceps	31	14,8	12	9,8	
Tempo de permanência em casa pós-parto (meses)	(média ± DP)	8,0 ± 9,5		8,8 ± 14,4		0,006*
Permanência em casa	≥ 4 meses	189	90	103	83,7	0,093 [†]
	≥ 5 meses	148	70,5	61	49,6	< 0,001 [†]
Características das crianças						
Ano em que nasceram	2007	38	18,1	28	22,8	0,672 [†]
	2008	34	16,2	20	16,3	
	2009	50	23,8	23	18,7	
	2010	43	20,5	22	17,9	
	2011	45	21,4	30	24,4	
Género	Masculino	105	50	72	58,5	0,132 [†]
Peso ao nascimento	< 2500 g	35	16,7	14	11,4	0,244 [‡]
	2500-4000 g	170	81	105	85,4	
	> 4000g	3	1,4	4	3,3	
Idade gestacional	Pré-termo	25	11,9	11	8,9	0,455 [†]
	Termo	183	87,1	107	87	
Peso em relação a IG [§]	Leve para a IG	6	2,9	2	1,6	0,087 [‡]
	Adequado para IG	199	94,8	113	91,9	
	Grande para IG	0	0	3	2,4	

DP, desvio padrão; IG, idade gestacional.

* Teste Mann-Whitney.

† Teste de qui-quadrado.

‡ Teste exato de Fisher.

§ Peso em relação a idade gestacional de acordo com as curvas de Fenton.³⁰

Estados Unidos da América (EUA),¹⁷ onde 49% das crianças mantinham, a amamentação aos 6 meses e 16% de forma exclusiva, o que comprova o aumento das taxas de amamentação dos lactentes, acompanhando os objetivos

da OMS, mas com um caminho ainda longo a percorrer, sobretudo quando se compara com os valores do relatório europeu em países como a Suécia (70%), a Finlândia (60%) e a Eslováquia (com AM exclusivo superior a 40%).¹⁸

Tabela 2. Determinantes de abandono do aleitamento materno

População urbana		População rural	
	n (%)		n (%)
Não tinha leite suficiente	109 (51,9%)	Não tinha leite suficiente	51 (41,5%)
Tinha de trabalhar	29 (13,8%)	O leite era fraco	14 (11,4%)
A criança não pegava no peito	20 (9,5%)	Tinha de trabalhar	13 (10,6%)
Doença da mãe	15 (7,1%)	A criança não pegava no peito	11 (8,9%)
Problemas com o peito	9 (4,3%)	Doença da mãe	6 (4,9%)
O leite era fraco	9 (4,3%)	A criança não aumentava de peso	5 (4,1%)
A criança não aumentava de peso	7 (3,3%)	O bebé chorava muito com fome	4 (3,3%)
Doença da criança	7 (3,3%)	Doença da criança	3 (2,4%)
O bebé chorava muito com fome	5 (2,4%)	Problemas com o peito	3 (2,4%)
Estava a tomar medicação	4 (1,9%)	Estava a tomar medicação	2 (1,6%)
Por ser prematuro	2 (1%)	Não gostava de amamentar	1 (0,8%)
Não gostava de amamentar	1 (0,5%)	Por ser prematuro	0 (0%)
Outros motivos	27 (12,9%)	Outros motivos	17 (13,8%)

As diferenças no AM entre as áreas rurais e urbanas têm sido descritas na literatura com resultados discrepantes, apresentando maior duração no meio urbano nos EUA¹⁹ e menor na China²⁰ e na América Latina.²¹ A prevalência do AM tem variado ao longo dos anos e nos diferentes países, tendo sido influenciada negativamente pela revolução industrial, a segunda guerra mundial e a publicidade massiva às fórmulas lácteas, atingindo o nível mais baixo em 1970, período a partir do qual, além da melhoria nos cuidados de saúde, houve uma melhoria nas taxas de amamentação, principalmente nas mulheres mais informadas. Este fator pode explicar as diferenças encontradas nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

Neste estudo, os fatores sociais como a situação de emprego ativo da mãe (durante a gravidez e após a paragem laboral pós-parto) e a duração da licença de maternidade de pelo menos cinco meses, foram determinantes para uma maior duração do AM, relevando a estabilidade laboral como fator positivo na amamentação. Em Portugal, é possível a mulher decidir por uma licença de maternidade de quatro meses, mantendo a remuneração completa, ou de cinco meses com uma penalização salarial de 20%. Ao contrário das que tiveram uma licença mais prolongada, a opção por uma licença de quatro meses não se associou a uma maior duração do AM, o que pode implicar a necessidade de mudança de atitude nas políticas públicas de proteção da criança e da promoção do aleitamento. Fatores relacionados com a atuação dos profissionais de saúde, como a realização do parto por via vaginal e a não introdução de fórmula láctea no hospital, relacionaram-se com uma maior prevalência do AM e, no caso deste

último, com uma maior duração do AM exclusivo, em linha com dados publicados,^{8,22,23} onde é evidente o efeito positivo de ambos na taxa de AM. O recurso à cesariana nesta população, acima dos 36% referidos no registo nacional de 2011²⁴ e do limite de 15%, preconizado pela OMS,²⁵ coloca questões sobre a qualidade da assistência ao parto, compromete o início da lactação com interrupção da interação precoce mãe - filho e a consequente inibição da sucção do bebé, agravado por uma introdução precoce das fórmulas lácteas que se reflete numa má pega da mama,²⁶ com aumento do intervalo de tempo entre as mamadas e diminuição da produção de leite.

A utilização da chupeta pode ser uma causa de abandono da amamentação, uma vez que pode interferir com a pega e a eficácia da mamada.²⁶ Neste estudo, observou-se uma elevada taxa de crianças que usaram chupeta em ambas as populações, o que pode ter interferido negativamente na duração do aleitamento materno.

Apesar das diferenças encontradas entre os grupos rural e urbano no que diz respeito à idade materna, à escolaridade, ao setor económico, aos hábitos tabágicos, à vigilância da gravidez e à frequência das aulas de preparação para o parto, não se verificou relação com a duração da amamentação, o mesmo acontecendo com o facto de a mãe ter sido amamentada, enquanto bebé, ou de ter amamentado numa gestação anterior.

O facto de mais mães da população rural terem sido amamentadas comparativamente às mães do ambiente urbano poderá prender-se com o período anterior aos anos 70, quando foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar,

sendo posteriormente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade.¹

O conhecimento sobre a vantagem da amamentação para o bebé está apreendido por esta população, tanto no meio rural como no urbano, e é um fator determinante para o início da amamentação, em linha com outros estudos publicados.^{8,27} O principal motivo para a cessação do AM é a perceção de hipogalactia, o que está de acordo com os dados descritos na literatura, tanto em Portugal^{6,8} como noutros países.²⁸ Porém, a evidência revela que, na maioria das vezes, esta perceção corresponde mais a uma deficiente técnica ou a um padrão incorreto de amamentação,²⁶ e que um ensino direcionado pode resolver muitas situações. O regresso ao trabalho é um marco temporal relevante nesta análise, representando um motivo importante para o abandono da amamentação, tanto no meio rural como no urbano. As mães que voltam ao trabalho possuem algumas alternativas para prolongar o AM, nomeadamente amamentar no local de trabalho ou num local próximo ou, se esta hipótese não for viável, proceder à extração e conservação do leite materno em casa de forma segura, em sacos esterilizados para o efeito, respeitando a validade e temperatura adequadas.¹

Um aspeto a ter em conta neste estudo retrospectivo, é a possibilidade de um viés de memória, visto ter sido pedido às mães que recordassem factos passados. A seleção para inclusão de crianças com idade inferior a 6 anos foi determinada no sentido de diminuir esta possibilidade e a distribuição homogénea dos anos de nascimento na amostra estudada minimiza o impacto deste risco. Um outro problema detetado durante a execução dos questionários, foi a desatualização dos contactos telefónicos nos ficheiros das unidades de saúde, que pode ter criado um viés de seleção não passível de quantificação. A inclusão na amostra de gémeos e de crianças que passaram por episódios de internamento pode interferir nos resultados da prevalência do aleitamento, mas com pequeno impacto, na medida em que estes grupos representam uma proporção marginal da população.

As duas USF oferecem a possibilidade às grávidas de frequentarem aulas de preparação para o parto e a USF Viatodos possui ainda uma enfermeira conselheira em AM e um espaço destinado ao apoio às lactantes (cantinho da amamentação). Por outro lado, a área de influência da USF Viatodos não está abrangida pela Iniciativa Hospitais Amigos do Bebé, contrariamente à USF São João que referencia as grávidas para o Centro Materno Infantil do Norte (Maternidade Júlio Dinis), que faz parte daquela iniciativa desde 2009. Estas diferenças entre as atitudes praticadas pelas duas USF podem ter

tido algum impacto no apoio à amamentação.

Ao contrário dos estudos nacionais publicados, realizados em ambiente hospitalar,^{5,6,7,27} este trabalho baseia-se numa população dos cuidados de saúde primários, aleatoriamente selecionada entre os inscritos nas unidades de saúde, permitindo contornar o viés de seleção relacionado com o tipo de população que mais comumente frequenta os hospitais, tanto em termos de patologia como em termos socioeconómicos e generalizar as conclusões à população geral. Ao estudar um leque vasto de determinantes com influência no início e manutenção do AM, possibilita o estabelecimento de estratégias para alcançar o objetivo traçado pela OMS de ter, pelo menos, 50% das crianças com amamentação exclusiva até aos seis meses em 2025.²⁹

Este estudo de comparação das práticas de AM entre uma população urbana e uma população rural do Norte de Portugal mostra que pouco mais de metade das crianças é amamentada pelo menos até aos 6 meses de idade, sem diferenças entre os dois grupos, e que menos de um quinto o faz de forma exclusiva, introduzindo novos alimentos ou fórmulas lácteas precocemente, em relação às recomendações internacionalmente aceites. Fatores relacionados com os serviços de saúde, como a preferência pelo parto vaginal, a não introdução do leite adaptado no hospital e a educação para o esclarecimento de falsos conceitos, relacionados com o abandono da amamentação, estão associados com uma maior prevalência e duração do AM e devem constituir uma prática corrente nos serviços de saúde. Os fatores relacionados com o emprego e a duração da licença de maternidade surgem como determinantes significativos e carecem de uma reflexão da sociedade, no sentido de introduzir políticas amigas da amamentação, promovendo a saúde e o bem-estar das crianças e famílias.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência

Camile Lanzaro
clanzaro13@gmail.com

Recebido: 16/03/2014

Aceite: 08/01/2015

Referências

1. Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional - Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés; 2012.
2. The optimal duration of exclusive breastfeeding - Report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Horta BL, Victoria CG. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004.
5. Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediatr Port* 2006;37:9-14.
6. Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, Gouveira R, Valente S, Martins S, et al. Aleitamento materno prevalência e factores condicionantes. *Acta Med Port* 2007;20:193-200.
7. Rocha LM, Gomes A. Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil* 1998;20:59-66.
8. Caldeira T, Moreira P, Pinto E. Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:685-99.
9. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2013.
10. Órfão A, Santos C, Magalhães C. Registo do aleitamento materno. Relatório janeiro a dezembro de 2012. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2013.
11. Principles and recommendations for population and housing censuses. Revision 2. New York: United Nations; 2007.
12. Barge S, Carvalho M. Prevalência e factores condicionantes do aleitamento materno - Estudo ALMAT. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:518-25.
13. Chang A. Programs for sample size for survival analysis, 2012 [consultado em 1 de julho de 2013] Disponível em: <http://www.stattools.net>.
14. Urbaniak GC, Plous S. Research randomizer, 2013 [consultado em 1 de julho de 2013] Disponível em: <http://www.randomizer.org>.
15. Anderson P, Møller L, Galea G, editors. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
16. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington: World Health Organization; 2007.
17. Breastfeeding among US children born 2000-2010, CDC National Immunization Survey, 2013 [consultado em 30 de agosto de 2013] disponível em: <http://www.cdc.gov>.
18. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, MikielKostyra K, Kondrate I, et al. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr* 2010;13:751-9.
19. Sparks PJ. Rural-urban differences in breastfeeding initiation in the United States. *J Hum Lact* 2010;26:118-29.
20. Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie X. A cohort study of infant feeding practices in city, suburban and rural areas in Zhejiang Province, PR China. *Int Breastfeed J* 2008;3:4.
21. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cad Saude Publica* 2003;19:119-27.
22. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012;95:1113-35.
23. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: factores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr* 2006;19:623-30.
24. Cesarianas nos hospitais em Portugal, 2013 [consultado em 30 de agosto de 2013] Disponível em: <http://www.pordata.pt>.
25. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Report Background; 2010.
26. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009.
27. Sousa N, Bernardes AC. Aleitamento materno: prevalência e caracterização da informação prestada. *Rev Port Clin Geral* 2010;26:440-8.
28. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:259-68.
29. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Sixty-Fifty World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2012.
30. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr* 2013;13:59.