

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE

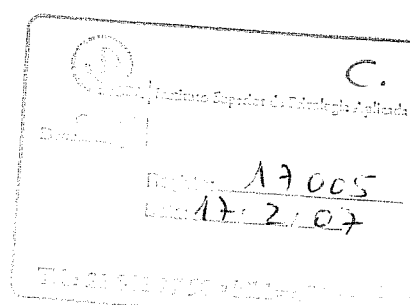
**O Impacto do Aleitamento Materno no Bem-estar e Saúde Geral da Criança**

*Proteção CD Rom  
e conteúdos de trabalho.*

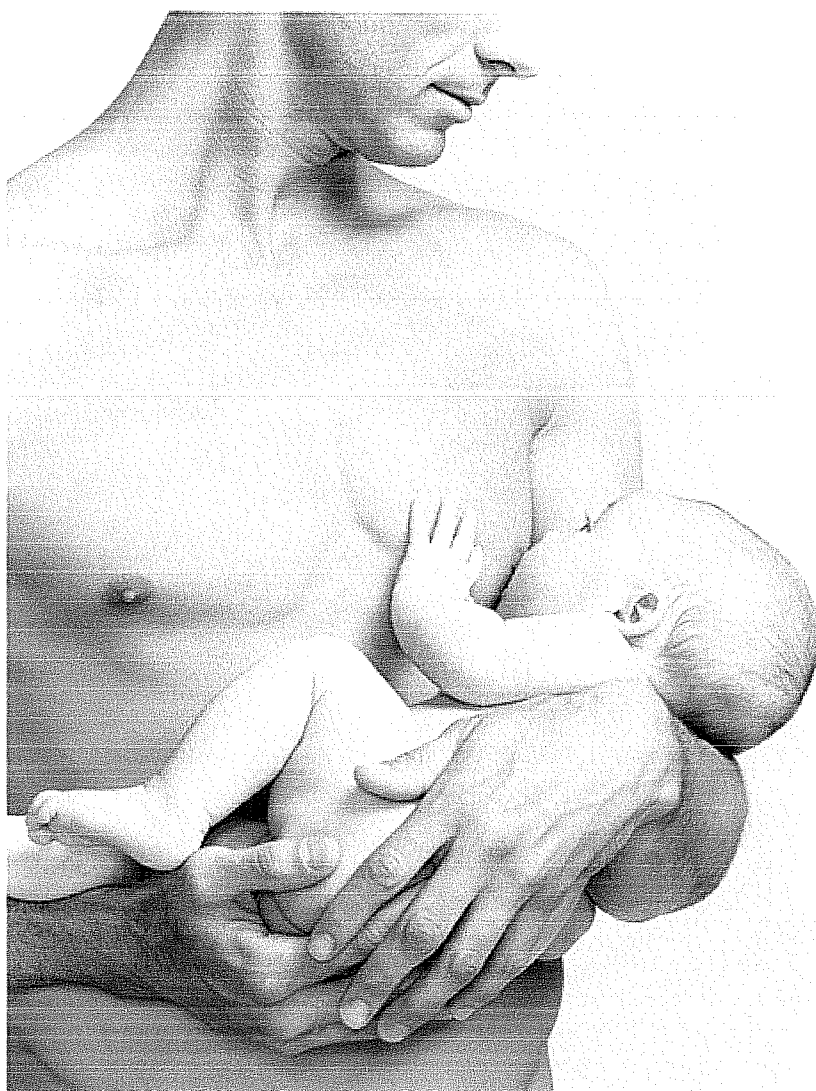
Ana Margarida Alves Rocha



2007



Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, conforme Portaria n.º 842/2005 de 19 de Setembro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5 do Decreto-lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.



*“Quer o bebé seja alimentado ao peito ou com o biberão, a ligação afectiva que se consegue em cada refeição é o seu mais importante ingrediente”*

*(Brazelton & Sparrow, 2004, p.27)*

## Agradecimentos

- À Professora Doutora Isabel Leal por me ter apresentado esta temática, pela sua orientação, disponibilidade, partilha de saberes e entusiasmo.
- Ao Professor Doutor João Maroco pelos esclarecimentos acerca da análise estatística.
- À Doutora Alexandra Emílio pela sua disponibilidade, importantes orientações e cedência das fichas clínicas.
- Ao Doutor José Freixo por ter cedido as suas fichas clínicas de forma tão disponível e amável.
- À Fátima e Patrícia pela colaboração e paciência na recolha das fichas clínicas com as características necessárias ao estudo.
- À Enfermeira Rute pela sua enorme disponibilidade e colaboração na análise das fichas clínicas.
- À Ana Gaspar pelo seu contributo e leitura crítica.
- À Filipa Alvarenga pelas sugestões e leitura crítica.
- À Cristina Melo pela partilha de angústias e alegrias próprias da execução de uma tese.
- Aos meus Pais pelo apoio incondicional.
- Ao Miguel pelo apoio e compreensão sem limites.
- Aos meus Amigos, Colegas e a Todos que de alguma forma me ajudaram e apoiaram na realização deste trabalho.

## Resumo

A assumpção generalizada e da Organização Mundial de Saúde (OMS) da imprescindibilidade da amamentação durante os primeiros seis meses de vida da criança não é confirmada pela literatura, uma vez que toda a empíria disponível se centra em efeitos benéficos muito particulares do aleitamento materno.

Esta investigação tem como objectivo avaliar se a prática da amamentação decorre de uma crença de saúde ou dos seus benefícios reais para a saúde e bem-estar das crianças. O estudo, de carácter comparativo e correlacional, assenta na análise de conteúdo de 300 fichas clínicas de crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os zero e cinco anos, facultadas por diferentes pediatras que se disponibilizaram a participar no estudo. Foi construída uma grelha de análise onde consta informação global da criança, as características do aleitamento e um instrumento de avaliação da saúde geral, do desenvolvimento e das alterações comportamentais das crianças. De acordo com os resultados obtidos, para a variável tipo de alimentação não se observam diferenças estatisticamente significativas ao nível da classificação da saúde, do desenvolvimento psicomotor e evolução estaturponderal, e ainda das alterações comportamentais (parasómiás, perturbações alimentares, perturbações do comportamento, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social) ( $p < 0.05$ ). Dos outros aspectos relacionados com a saúde (ocorrência de internamentos, consultas de especialidade e/ou terapias e intervenções cirúrgicas), apenas se observa significância estatística ao nível da ocorrência de internamentos ( $X^2(2) = 6.390$ ;  $p = 0.039$ ;  $N = 300$ ). No caso da variável duração do tipo de alimentação, também só se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa na ocorrência de internamentos, mas só para o leite materno ( $V = 0.240$ ;  $p = 0.023$ ;  $N = 194$ ). Assim sendo, parece não existir uma correlação estatisticamente significativa entre o aleitamento materno e a saúde e bem-estar gerais das crianças, constituindo-se antes como uma crença de saúde, decorrente dos seus benefícios percebidos, mais do que dos benefícios reais.

**Palavras-chave:** aleitamento materno; saúde; desenvolvimento; crenças de saúde

## Abstract

The general assumption and World Health Organization (WHO) about the breastfeeding during the first six months of the life of a child is not confirmed by literature, concerning that all the available knowledge focus upon the particular benefits of the breast milk.

This investigation has a goal to accurate that the breastfeeding results from the health beliefs or results from the real benefits to health and wellbeing of the child.

The study, with comparative and correlation purpose, is based upon the analysis of the content of 300 clinical files of children of both the sexes, with ages between the zero and five years, authorized by different pediatrics that made available to be part of this study.

It was built a table of analysis where is the child global information, the breastfeeding characteristics and the instrument of general health evaluation, from development and behaviour changes of the child.

Based upon the results, concerning to the type of breastfeeding variant, study demonstrate no differences statistically significant at health classification level, at psychomotor development and evolution stature-mass level and even at behaviour changes level (parasomies; eating disorders; behaviour disorders, language perturbation and social-adaptation difficulties) ( $p < 0.05$ ). From other aspects related with healthcare (occurrence of hospitalizations; specialty consultations or therapies; and surgical interventions), study only demonstrate results statistically significant at occurrence of hospitalizations ( $\chi^2 (2) = 6.390$ ;  $p = 0.039$ ;  $N = 300$ ). On the case of duration of breastfeeding type, also outcomes the existence of association statistically significant at hospitalizations, but only for the breast milk ( $V = 0.240$ ;  $p = 0.023$ ;  $N = 194$ ).

Therefore, it seems that does not exists a correlation statistically significant between the breast milk and child general wellbeing and health, based upon acknowledge of the benefits of the health beliefs more than the real benefits.

**Keywords:** breast-feeding; health; development; health beliefs

## Índice

Introdução .....	1
Enquadramento Teórico .....	3
A Saúde .....	3
Os Conceitos: Saúde e Bem-estar.....	3
Crenças de Saúde.....	4
O Aleitamento Materno.....	8
Os Benefícios do Aleitamento Materno .....	9
As Incongruências dos Estudos.....	20
A Amamentação, o Feminino e o Materno .....	30
Método .....	35
Delineamento .....	35
Amostra.....	35
Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	36
Procedimento.....	38
Procedimento para a Realização da Análise Estatística .....	38
Instrumentos.....	39
Análise dos Resultados .....	42
Análise do Efeito do Tipo de Alimentação .....	42
Classificação da Saúde .....	43
Saúde (Outros Aspectos Relacionados) .....	44
Classificação do Desenvolvimento Psicomotor e Evolução Estaturponderal..	47
Alterações Comportamentais .....	48
Análise do Efeito da Duração do Tipo de Alimentação.....	53
Classificação da Saúde .....	54
Saúde (Outros Aspectos Relacionados) .....	56
Classificação do Desenvolvimento Psicomotor e Evolução Estaturponderal..	62
Alterações Comportamentais .....	64
Análise do Efeito dos Antecedentes de Saúde .....	74

Antecedentes Familiares.....	74
Intercorrências na Gravidez.....	78
Tempo de Gestação .....	82
Tipo de Parto .....	86
Discussão .....	90
Referências Bibliográficas .....	98
Anexo 1: Teste de Sheridan .....	110
Anexo 2: Cartas sobre o Consentimento Informado .....	114
Anexo 3: Instrumento.....	117

## Lista de Figuras

FIGURA 1: Aplicação do modelo de crenças de saúde sobre a predição da conduta de saúde ou conduta preventiva de doença (Becker e Maiman, 1975) .....	6
FIGURA 2: Percentagens das idades dos sujeitos da amostra .....	36
FIGURA 3: Percentagens das idades das mães dos sujeitos da amostra .....	36
FIGURA 4: Percentagens das idades dos pais dos sujeitos da amostra .....	37
FIGURA 5: Número de irmãos dos sujeitos da amostra.....	37
FIGURA 6: Distribuição da classificação da saúde por tipo de alimentação .....	43
FIGURA 7: Distribuição da ocorrência de internamentos por tipo de alimentação em percentagens.....	44
FIGURA 8: Distribuição da ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias por tipo de alimentação em percentagens .....	45
FIGURA 9: Distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas por tipo de alimentação em percentagens.....	46
FIGURA 10: Distribuição da classificação do desenvolvimento por tipo de alimentação .....	47
FIGURA 11: Distribuição da existência de parasomias por tipo de alimentação em percentagens.....	48
FIGURA 12: Distribuição da existência de perturbações alimentares por tipo de alimentação em percentagens.....	49
FIGURA 13: Distribuição da existência de perturbações de comportamento por tipo de alimentação em percentagens.....	50
FIGURA 14: Distribuição da existência de perturbações da linguagem por tipo de alimentação em percentagens.....	51
FIGURA 15: Distribuição da existência de dificuldades de adaptação social por tipo de alimentação em percentagens.....	52
FIGURA 16: Diagrama de dispersão da classificação da saúde em função da duração do tipo de alimentação – leite materno .....	54

FIGURA 17: Diagrama de dispersão da classificação da saúde em função da duração do tipo de alimentação – leite misto.....	55
FIGURA 18: Distribuição da ocorrência de internamentos por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.....	56
FIGURA 19: Distribuição da ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.....	57
FIGURA 20: Distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.....	58
FIGURA 21: Distribuição da ocorrência de internamentos por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.....	59
FIGURA 22: Distribuição da ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.....	60
FIGURA 23: Distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.....	61
FIGURA 24: Diagrama de dispersão da classificação do desenvolvimento e evolução estatura-ponderal em função da duração do tipo de alimentação – leite materno .....	62
FIGURA 25: Diagrama de dispersão da classificação do desenvolvimento e evolução estatura-ponderal em função da duração do tipo de alimentação – leite misto .....	63
FIGURA 26: Distribuição da existência de parasomias por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.....	64
FIGURA 27: Distribuição da existência de perturbações alimentares por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.....	65
FIGURA 28: Distribuição da existência de perturbações do comportamento por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens .....	66
FIGURA 29: Distribuição da existência de perturbações da linguagem por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.....	67
FIGURA 30: Distribuição da existência de dificuldades na adaptação social por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens .....	68
FIGURA 31: Distribuição da existência de parasomias por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.....	69

FIGURA 32: Distribuição da existência de perturbações alimentares por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens .....	70
FIGURA 33: Distribuição da existência de perturbações do comportamento por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens .....	71
FIGURA 34: Distribuição da existência de perturbações da linguagem por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens .....	72
FIGURA 35: Distribuição da existência de dificuldades na adaptação social por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens .....	73

#### Lista de Tabelas

TABELA 1: Evidências experimentais dos benefícios do leite materno para a saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças .....	12
TABELA 2: Evidências experimentais que refutam os benefícios do leite materno para a saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças.....	24
TABELA 3: Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação.....	74
TABELA 4: Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação .....	75
TABELA 5: Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação .....	76
TABELA 6: Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação .....	77
TABELA 7: Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.....	78
TABELA 8: Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.....	79
TABELA 9: Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.....	80
TABELA 10: Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.....	81

TABELA 11: Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.....	82
TABELA 12: Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.....	83
TABELA 13: Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.....	84
TABELA 14: Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.....	85
TABELA 15: Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função do tipo de parto por tipo de alimentação.....	86
TABELA 16: Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função do tipo de parto por tipo de alimentação.....	87
TABELA 17: Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função do tipo de parto por tipo de alimentação.....	88
TABELA 18: Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tipo de parto por tipo de alimentação.....	89

#### Lista de Outputs

- OUTPUT 1: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre a classificação da saúde (Estatística Descritiva e Teste de *Kruskal-Wallis*)
- OUTPUT 2: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre os internamentos (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )
- OUTPUT 3: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as consultas de especialidade e/ou terapias (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )
- OUTPUT 4: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as intervenções cirúrgicas (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )
- OUTPUT 5: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre a classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Estatística Descritiva e Teste de *Kruskal-Wallis*)

OUTPUT 6: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as parasómi-  
as (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 7: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as perturbações  
alimentares (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 8: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as perturbações do  
comportamento (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 9: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as perturbações da  
linguagem (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 10: Análise do efeito do tipo de alimentação sobre as dificuldades de  
adaptação social (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 11: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre a  
classificação de saúde para o leite materno (Coeficiente de Correlação de *Sperman*)

OUTPUT 12: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre a  
classificação de saúde para o leite misto (Coeficiente de Correlação de *Sperman*)

OUTPUT 13: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre os outros  
aspectos relacionado com a saúde para o leite materno (Estatística Descritiva e  
Coeficiente de Correlação de *V de Cramer/Phi*)

OUTPUT 14: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre os outros  
aspectos relacionado com a saúde para o leite misto (Estatística Descritiva e  
Coeficiente de Correlação de *V de Cramer/Phi*)

OUTPUT 15: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre a  
classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal para o  
leite materno (Coeficiente de Correlação de *Sperman*)

OUTPUT 16: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre a  
classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal para o  
leite misto (Coeficiente de Correlação de *Sperman*)

OUTPUT 17: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre as alterações  
comportamentais para o leite materno (Estatística Descritiva e Coeficiente de  
Correlação de *V de Cramer/Phi*)

OUTPUT 18: Análise do efeito da duração do tipo de alimentação sobre as alterações comportamentais para o leite misto (Estatística Descritiva e Coeficiente de Correlação de *V de Cramer/Phi*)

OUTPUT 19: Análise do efeito da variável antecedentes familiares sobre a classificação da saúde (Estatística Descritiva e Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*)

OUTPUT 20: Análise do efeito da variável antecedentes familiares sobre os outros aspectos relacionados com a saúde (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 21: Análise do efeito da variável antecedentes familiares sobre a classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Estatística Descritiva e Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*)

OUTPUT 22: Análise do efeito da variável antecedentes familiares sobre as alterações comportamentais (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 23: Análise do efeito da variável intercorrências na gravidez sobre a classificação da saúde (Estatística Descritiva e Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*)

OUTPUT 24: Análise do efeito da variável intercorrências na gravidez sobre os outros aspectos relacionados com a saúde (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 25: Análise do efeito da variável intercorrências na gravidez sobre a classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Estatística Descritiva e Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*)

OUTPUT 26: Análise do efeito da variável intercorrências na gravidez sobre as alterações comportamentais (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 27: Análise do efeito da variável tempo de gestação sobre a classificação da saúde (Estatística Descritiva e Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*)

OUTPUT 28: Análise do efeito da variável tempo de gestação sobre os outros aspectos relacionados com a saúde (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 29: Análise do efeito da variável tempo de gestação sobre a classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Estatística Descritiva e Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*)

OUTPUT 30: Análise do efeito da variável tempo de gestação sobre as alterações comportamentais (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 31: Análise do efeito da variável tipo de parto sobre a classificação da saúde (Estatística Descritiva e Teste de *Kruskal-Wallis*)

OUTPUT 32: Análise do efeito da variável tipo de parto sobre os outros aspectos relacionados com a saúde (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

OUTPUT 33: Análise do efeito da variável tipo de parto sobre a classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Estatística Descritiva e Teste de *Kruskal-Wallis*)

OUTPUT 34: Análise do efeito da variável tipo de parto sobre as alterações comportamentais (Estatística Descritiva e Teste do  $X^2/Fisher$ )

---

**Nota:** De forma a facilitar a consulta dos outputs (do anexo 4 ao 37), estes encontram-se em suporte electrónico.

## Introdução

A crença de saúde generalizada sobre os benefícios do aleitamento materno, aliás homologada e divulgada pela OMS através da directriz que recomenda que todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno durante os primeiros 6 meses e como complemento até ao final do segundo ano de vida (OMS, 2003), conduz a políticas de promoção do aleitamento materno e a prerrogativas especiais às mulheres que amamentam (em Portugal regulamentadas pelo art.º 8º do Decreto-Lei n.º 230/2000, de 23 de Setembro).

Esta assumpção não se encontra validada empiricamente, existindo apenas estudos que se centram em problemáticas específicas das crianças, e alguns deles apontam até a existência de resultados inconsistentes.

A questão de Filteau (2000) sobre se a prática da amamentação se mantém devido a razões emocionais ou a evidências experimentais, deve ser recentrada em termos teóricos, no sentido de se perceber se as crenças de saúde deste âmbito são subsidiárias da manutenção de estereótipos do género e de atribuições causais, destinadas a, subrepticamente, continuar a vincular de forma definitiva, cuidados parentais à maternalização (Leal, 2001).

Como se sabe, são as crenças do indivíduo acerca do que é verdadeiro e não tanto a realidade objectiva, que orientam os comportamentos. De acordo com o modelo de crenças de saúde, os comportamentos resultam do conjunto de crenças e valores internos que o sujeito confere a uma determinada situação (Pedro & Roales-Nieto, 2003).

Para desencadear o processo de tomada de decisão, existem estímulos que podem ser internos ou externos (Pedro & Roales-Nieto, 2003; Poss, 2001; Ribeiro, 1998, 2005a). Entre estes estímulos consta a pressão social, que muitas vezes difere, caso se esteja a falar dos comportamentos ditos femininos ou masculinos. Esta pressão social decorre da assimetria social dos géneros, vigente na “ideologia colectiva” (Amâncio 1994, p. 33), resultado de uma construção social que utiliza como pretexto

as diferenças biológicas entre homens e mulheres, atribuindo-lhes não apenas uma diferenciação binária entre categorias sociais, mas uma diferenciação assimétrica.

Um dos aspectos que promove esta assimetria é a prática da amamentação, mas, se à mulher maternal deixar de estar associada, como noutras épocas (Badinter, 1980), a função da amamentação, a ela atribuída por alegadamente ser a única biologicamente competente para tal função, questionar-se-á qual o seu papel no contexto das relações desiguais de género.

Como a amamentação constitui uma competência associada à função materna, importa perceber se as políticas de promoção do aleitamento materno traduzem estratégias sociais de manutenção da assimetria dos géneros, ou se efectivamente correspondem a reais e significativos benefícios para a saúde e bem-estar das crianças.

## Enquadramento Teórico

Desde meados do século XX que a saúde tem ganho a dimensão de um conceito específico, constituindo-se como objecto de investigação e intervenção (Ribeiro, 2005a, 2005b). De facto, conceitos como a saúde e outros relacionados, como o bem-estar e as crenças de saúde, têm ocupado progressivamente um lugar de destaque no léxico comum. Mas, porque podem ter significados diferentes, consoante estejamos num contexto formal ou informal, parece ser pertinente reflectir um pouco sobre eles.

### *A Saúde*

#### *Os Conceitos: Saúde e Bem-estar*

O conceito de saúde varia consoante o contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico, reflectindo os valores, crenças, conhecimento e actividades de todos os membros de uma sociedade (Ribeiro, 1998, 2005a, 2005b).

Talvez por isso, ao longo do tempo foram surgindo várias definições de saúde, umas consideradas inócuas, outras não, umas centradas numa perspectiva mais individualista ou social ou ainda sistémica. No entanto, a definição de saúde da OMS (1948) como “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou incapacidade”, marca a ruptura com o modelo médico tradicional e por isso constitui uma referência.

Para além dos três domínios apontados: físico, mental e social, a definição fundadora da OMS, compreende também o conceito de bem-estar como parte integrante da saúde, pois coloca a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral (Ribeiro, 1998, 2005b).

É particularmente importante para o nosso estudo referir que à semelhança do que acontece com esta definição, iremos considerar o bem-estar como elemento constituinte de um conceito mais amplo que é saúde, e que iremos avaliar a saúde nos três domínios referidos.

Como a saúde constitui um factor decisivo para o desenvolvimento humano e social, não descuramos este aspecto avaliando-o, uma vez que uma saúde frágil pode comprometer o desenvolvimento humano no seu potencial integral (Ribeiro, 2005a).

### *Crenças de Saúde*

As crenças constituem um aspecto privilegiado do âmbito da saúde, não só ao nível da intervenção, mas também da promoção da saúde, uma vez que são as crenças acerca do que é verdadeiro e não a realidade objectiva que orientam os comportamentos, permitindo não só a sua predição, mas também a sua mudança (Guimarães, 2003).

As crenças acerca da saúde variam individualmente e formam-se através da informação que se obtém por via directa (experiência pessoal) ou indirecta (interacção social e cultural). Assim, o indivíduo tende a realizar uma série de actividades com base na crença de que essas actividades podem contribuir para proteger a sua saúde, reforçando um determinado comportamento (Shirley, 2004; Simara, 2002). Neste sentido, são consideradas como sendo entidades relativamente estáveis e orientadoras de um determinado estilo de vida, apesar de poderem variar ao longo do ciclo de vida, em função das novas informações adquiridas (Shirley, 2004).

Devido ao importante contributo dos factores cognitivos para a promoção e manutenção da saúde através da adopção de determinados comportamentos, têm sido delineados vários modelos teóricos, que analisam os factores preditivos e percursos dos comportamentos ou intenções comportamentais, de forma a apreender um conhecimento mais amplo sobre as razões que levam as pessoas a adoptar diferentes comportamentos. No entanto, existe um modelo que assume um lugar de destaque para o nosso estudo, não só por ser a primeira teoria a ser desenvolvida para explicar os condutas protectoras da saúde e preventivas da doença, e por isso, o mais utilizado para a organização de programas neste âmbito, mas também, porque foi desenvolvido para prever o cumprimento de recomendações preventivas em relação à saúde (Camarneiro, 2004; Pedro & Roales-Nieto, 2003; Poss, 2001; Roden, 2004; Simara, 2002). De facto, este tem sido o modelo que mais atenção tem suscitado e

gerado um maior número de investigações, constituindo assim, um dos tópicos de investigação mais relevantes da psicologia da saúde (Pedro & Roales-Nieto, 2003).

#### Modelo de crenças de saúde.

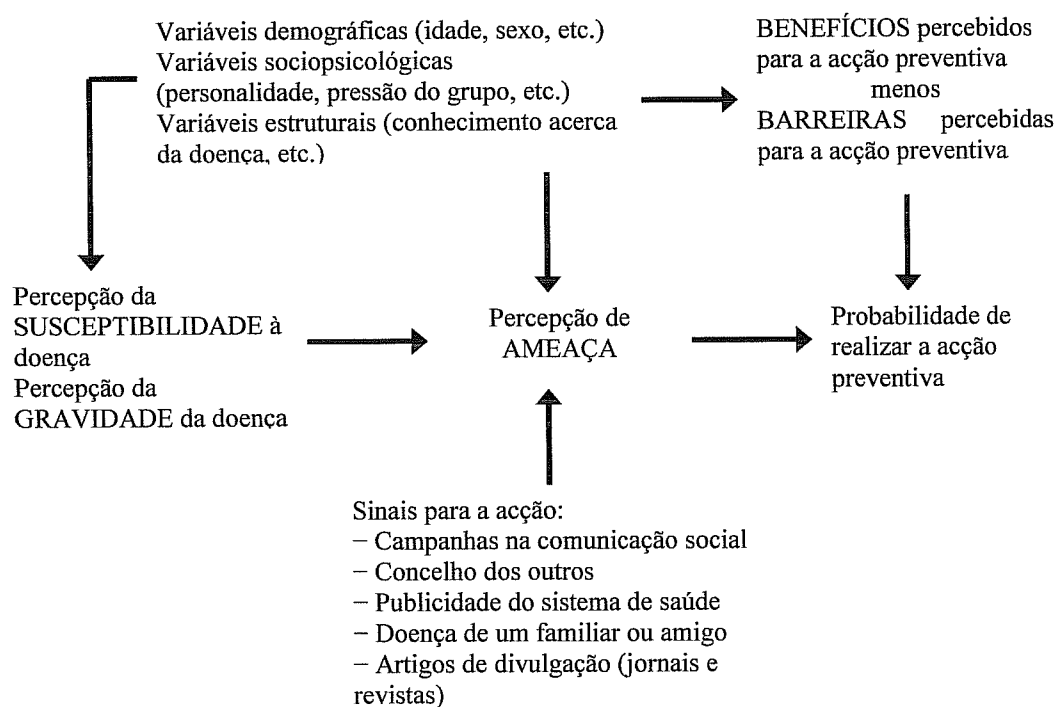
O modelo de crenças de saúde surge na década de 50, nascendo da confluência das teorias comportamentais e cognitivas. Foi desenvolvido inicialmente por Rosenstock em 1966 e 1974 e posteriormente por Becker e colaboradores no decorrer dos anos 70 e 80 (Camarneiro, 2004; Poss, 2001; Rosenstock, 1974). Vários autores têm dado também o seu contributo, dando origem a várias versões e aplicações igualmente importantes. Com o objectivo primário de estudar a prevenção, os primeiros anos do modelo centraram-se na tentativa de explicar a conduta dos sujeitos saudáveis e só mais tarde, surge o interesse pelos pacientes com sintomas manifestos.

Enquanto processo cognitivo, baseia-se na premissa de que o comportamento depende de dois aspectos, do valor subjectivo que o sujeito atribui a um resultado, bem como da probabilidade ou expectativa que uma acção particular conduz a esse mesmo resultado (Pedro & Roales-Nieto, 2003; Poss, 2001; Ribeiro, 1998, 2005a). Ao nível da aplicabilidade prática, podemos dizer que no âmbito da saúde, o comportamento do indivíduo é função do desejo de evitar uma doença (ou se já está doente, de recuperar a saúde) e da crença de que uma conduta saudável específica pode prevenir a doença (ou se já está doente, a crença de que uma conduta específica pode aumentar a probabilidade de recuperar). Resumindo, considera que os comportamentos resultam do conjunto de crenças e valores internos que o sujeito confere a uma determinada situação (Pedro & Roales-Nieto, 2003).

Assim, de acordo com este modelo de inspiração cognitiva, a predisposição para aderir a determinado comportamento de saúde depende da percepção que o sujeito tem da probabilidade de adoecer (susceptibilidade) e das consequências clínicas e sociais de estar doente (gravidade). Através de uma análise lógica, o sujeito avalia os custos e os benefícios da aplicação do comportamento, tendo a percepção dos aspectos potencialmente negativos (barreiras) e das crenças relativas à eficácia da acção (benefícios) (Rosenstock, 1974).

Para além das dimensões acima referidas (susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras), existem alguns estímulos que são considerados como imprescindíveis para desencadear o processo de tomada de decisão: sinais de acção, que podem ser internos (e.g. sintoma) ou externos (e.g. campanha dos *media*) (Camarneiro, 2004; Pedro & Roales-Nieto, 2003; Poss, 2001; Ribeiro, 1998, 2005a). A intensidade necessária para que cada um dos sinais desencadeie o comportamento varia de sujeito para sujeito, e até pode ocorrer uma variabilidade no mesmo indivíduo, dependendo dos seus níveis de susceptibilidade e gravidade percebida (Pedro & Roales-Nieto, 2003). Por último, também existem diversas variáveis demográficas, sociopsicológicas e estruturais que podem influenciar a percepção do sujeito e consequentemente afectar indirectamente os seus comportamentos ditos saudáveis (Janz & Becker, 1984; Ribeiro 1998).

A figura 1 representa um resumo gráfico da aplicação deste modelo ao nível da predição da conduta de saúde ou conduta preventiva de doença e que contempla os vários aspectos acima mencionados (Becker & Maiman, 1975).



**Figura 1.** Aplicação do modelo de crenças de saúde sobre a predição da conduta de saúde ou conduta preventiva de doença, de acordo com Becker e Maiman (1975).

Como já foi referido, o modelo de crenças de saúde tem servido de base para inúmeras investigações, mas raras são aquelas que associam este modelo à questão da amamentação, e quando o fazem é de forma muitíssimo indirecta.

#### *Crenças de saúde e a amamentação.*

Oliveros et al. (1999) entrevistaram 40 mulheres de um distrito pobre de Lima, Peru para compreenderem quais os factores que influenciam a duração da amamentação. Verificaram que a notícia de uma nova gravidez é uma das razões principais que levam as mulheres a fazer um desmame precoce, ou seja, a gravidez constitui um factor de risco para a duração da amamentação.

Haslam, Lawrence e Haefeli (2003) realizaram um estudo com o objectivo de verificar se a intenção de amamentar está associada com outros comportamentos de saúde e crenças durante a gravidez. Concluíram que as mulheres que planeavam amamentar apresentavam maior probabilidade de aumentar a tomada de ácido fólico, vitaminas e suplementos de ferro e apresentavam ainda uma maior percepção de controlo acerca da saúde dos seus filhos recém-nascidos (locus de controlo interno primário). Estas mulheres apresentavam também uma menor predisposição para fumar, enquanto que para as grávidas fumantes, a intenção de amamentar promovia a desistência de fumar durante a gravidez.

Através de um estudo realizado com mulheres afro-americanas urbanas com rendimentos baixos, concluiu-se que os seus atributos pessoais tais como as crenças de saúde e atitudes parentais podem influenciar a iniciação e duração da amamentação. De acordo com os resultados, a amamentação está significativamente associada a uma elevada percepção de gravidade da doença e a uma alta confiança na capacidade dos cuidados de saúde para prevenir a doença. Estas mulheres podem ser influenciadas na sua opção de amamentar pelas mensagens solidárias dos médicos e enfermeiras que cuidam delas e dos seus recém-nascidos, apesar de que, a ênfase devesse ser dada ao eventual papel que a amamentação pode ter na prevenção de doenças na infância (Sharps, El-Mohandes, Nabil El-Khorazaty, Kiely & Walker, 2003).

Mas então porque existem tão poucos estudos acerca das crenças de saúde e amamentação? Porque se consideram os benefícios do leite materno indiscutíveis? Será que o aleitamento materno constitui uma crença de saúde ou, de facto, possui uma correlação significativa com a saúde e bem-estar gerais das crianças?

De seguida analisaremos o papel do leite materno na saúde e bem-estar das crianças e quais os benefícios reais ou percebidos que podem estar na base da criação das crenças de saúde.

### *O Aleitamento Materno*

A gravidez, maternidade e, mais recentemente, a parentalidade são temáticas que têm sido alvo de atenção e discussão, sendo que as vivências inerentes, os constructos teóricos e consequentemente a intervenção clínica, têm sofrido alterações ao longo dos tempos de acordo com as transformações sociais e culturais. A época das famílias numerosas pertence ao passado e os filhos da época contemporânea são na sua maioria poucos, desejados, planeados e objectos de um considerável investimento afectivo. Os filhos deixaram de representar uma segurança para a velhice dos pais, de assegurar a descendência da linhagem, para serem objectos de amor, de relação e reciprocidade. Em consequência, os cuidados parentais têm merecido especial importância, nomeadamente a amamentação.

Assim, também os aspectos relacionados com a prática da amamentação têm sido amplamente influenciados por modas e diversas filosofias médicas e sócio-culturais (Lothrop, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que todas as mulheres devem ter oportunidade de alimentar os seus filhos exclusivamente com leite materno durante os primeiros 6 meses e como complemento até pelo menos ao segundo ano de vida (OMS, 2003).

Já em 1990, a OMS e UNICEF através de uma declaração conjunta, *Declaração de Innocenti*, reconhecem que “o aleitamento materno constitui um processo único e uma actividade que mesmo considerada isoladamente, é capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas,

proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento (...)” (OMS/UNICEF, 1990). Salientam também que estes benefícios se intensificam quanto mais tempo for dado o leite materno em exclusividade durante os primeiros seis meses e depois adicionado à alimentação complementar. Por tudo isto, sugerem a implementação de programas direccionados à promoção da amamentação (Lothrop, 2000).

Como refere Dykes (2005), a *Global Strategy for Infants and Young Child Feeding* (OMS, 2003), vem relançar internacionalmente a atenção para a protecção, promoção e suporte da amamentação enquanto prioridade da saúde pública, renovando assim os compromissos do *Code of Marketing of Breast-milk Substitutes* (OMS, 1981), da *Innocenti Declaration on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding* (OMS, 1990) e a *Baby Friendly Hospital Initiative* (OMS/UNICEF, 1989).

De acordo com a literatura, a amamentação é benéfica a vários níveis, mas de acordo com vários estudos realizados, as taxas de motivação e de adesão variam de família para família, o que evidencia de certa forma que a amamentação é pensada e vivida de formas diferentes.

De facto, existe uma enorme panóplia de estudos acerca dos benefícios da amamentação, mas o que se verifica é que estes estudos ou não são suportados pela empiria ou quando o são, abordam a relação entre a amamentação e aspectos muito específicos da saúde, não apreendendo a saúde e bem-estar geral, nem tão pouco a saúde mental.

### *Os Benefícios do Aleitamento Materno*

O leite materno é considerado na literatura como o alimento ideal para as crianças, constituindo uma forma primária de alcançar a saúde e o desenvolvimento, uma vez que é perfeitamente adequado às necessidades de nutrição e crescimento, protegendo o bebé de determinadas infecções graças à presença de anticorpos e substâncias imunoprotectoras (Fanaro, 2002; Jackson & Nazar, 2006; Lothrop, 2000; Oddy, 2000, 2001, 2002; Schiff, 2006). Segundo Gomes-Pedro (2005) mais nenhuma opção

de alimentação confere ao bebê tanto valor nutricional, imunológico, psicológico e relacional.

Existem vários autores que referem as vantagens do leite materno tendo em conta a sua constituição e propriedades imunológicas, quer ao nível da sua influência no **crecimento e peso** nos primeiros meses de vida da criança (Fulhan, Collier & Duggan, 2003), quer ao nível da prevenção de várias doenças a curto e longo prazo, tais como: **obesidade** (Grummer-Strawn & Mei, 2004; Leung & Sauve, 2005; Levy, 2005, 2006; Lothrop, 2000; Marcus, 2001; Schiff, 2006; Turck, Bocquet, Bresson, Briend, Chouraqui, Darmaun et al., 2005), **diabetes** (Gartner, Morton, Lawrence, Naylor, O'Hare, Schanler et al., 2005; Leung & Sauve, 2005; Levy, 2005, 2006; Lothrop, 2000; Pronczuk, Moy & Vallenias, 2004; Schack-Nielsen, 2006; Schiff, 2006), **malformações bucais** (Lothrop, 2000), **síndrome da morte súbita** (Gartner et al., 2005; Lothrop, 2000; Oddy, 2000), **infecções respiratórias** (Brazelton & Sparrow, 2004; Gartner et al., 2005; Hanson, Korotkova, Haversen, Mattsby-Baltzer, Hahn-Zoric, Silfverdal et al., 2002; Kramer, Guo, Platt, Sevkovskaya, Dzikovich, Collet et al., 2003; Levy, 2005, 2006; Oddy, 2000, 2004; Schiff, 2006; Turck et al., 2005), **infecções urinárias** (Hanson et al., 2002; Levy, 2005, 2006; Oddy, 2000; Schiff, 2006), **otites** (Brazelton & Sparrow, 2004; Gartner et al., 2005; Hanson et al., 2002; Levy, 2005; Oddy, 2000; Schiff, 2006; Turck et al., 2005), **doenças do foro cardíaco** (Pronczuk et al., 2004; Turck et al., 2005), **doenças atópicas, tais como alergias e asma** (Brazelton & Sparrow, 2004; Fulhan et al., 2003; Gartner et al., 2005; Hanson et al., 2002; Hoppu, Kalliomaki, Laiho & Isolauri, 2001; Kelly, 2001; Leung & Sauve, 2005; Levy, 2005, 2006; Lothrop, 2000; Oddy, 2004; Odijk, Kull, Borres, Brandtzaeg, Edberg & Hanson, 2003; Schiff, 2006; Turck et al., 2005), **linfomas** (Levy, 2005; Schiff, 2006), e **infecções gastrointestinais** (Hanson et al., 2002; Kramer et al., 2003; Levy, 2005, 2006; Kelly, 2001; Oddy, 2000, 2001, 2002, 2004; Schack-Nielsen, 2006; Semba & Juul, 2002; Schiff, 2006; Turck et al., 2005).

Estudos referem também a importância da amamentação para a **relação mãe – bebê** (Fanaro, 2002; Leung & Sauve, 2005; Levy, 2005, 2006; Schiff, 2006), tendo a amamentação um papel analgésico perante situações de stress (Potter & Rindfleisch, 2003).

Mais recentemente, alguns autores relacionam positivamente o leite materno e o **desenvolvimento intelectual** (Gartner et al., 2005; Gupta, 2002; Leung & Sauve, 2005; Levy, 2005; Lothrop, 2000; Michaelsen, Lauritzen, Jørgensen & Mortensen, 2003; Schack-Nielsen, 2006; Turck, et al., 2005) e **cerebral** (Gudiel-Urbano & Goni, 2001; Semba & Juul, 2002).

Talvez pelos benefícios que têm sido reconhecidos ao leite materno, foram desenvolvidos alguns estudos em países desenvolvidos, mas sobretudo acerca de populações que vivem em precárias condições sanitárias, no sentido de se averiguar a taxa de mortalidade infantil, comparando crianças amamentadas e não amamentadas. Verificou-se que a amamentação está associada a uma redução do risco de morte pós natal (Chen & Rogan, 2004; Oddy, 2000). No entanto, foi reconhecido que os efeitos do leite materno não podem ser completamente separados das características da mãe e da criança (Chen & Rogan, 2004).

Até aqui temos vindo a referenciar os benefícios do leite materno apontados pela literatura sobretudo teórica, sendo que de seguida apresentaremos a tabela 1, representativa de investigações realizadas neste âmbito.

Tabela 1. Evidências experimentais dos benefícios do leite materno para a saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças.

<b>Autores</b>	<b>Dimensões da saúde e desenv.</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Amostra: N, idade, etc.</b>	<b>Resultados/Conclusões</b>
Ahiadeke, 2000	Diarreia	Base de dados <i>Demographic and Health Survey</i> de Ghana e Nigéria	Idade das crianças: 0-11 meses	As crianças alimentadas com leite misto apresentam um risco mais elevado de terem diarreia do que as crianças amamentadas.
Alvarado et al., 2005	Crescimento (peso e comprimento)	Medidas antropométricas, entrevistas mensais da prática alimentar	133; idade: 5-6 meses; Afro-colombianas	A amamentação está positivamente correlacionada com o ganho de peso ( $p = 0.04$ ). Nas mulheres com níveis baixos de educação, a amamentação tem um efeito positivo no ganho de peso ( $p = 0.04$ ).
Angelsen et al., 2001	Desenvolvimento cognitivo	<i>Bayley's Scale of Infant Development</i> ; <i>WPPSI-R</i> ; <i>Peabody Development Scale</i>	345 crianças; Escandinávia	A duração longa da amamentação beneficia o desenvolvimento cognitivo.
Arifeen et al., 2001	Crescimento	Medidas antropométricas e questionários (alimentar e morbidez)	1207; Bangladesh	Aos 12 meses de idade, verifica-se que a amamentação exclusiva tem um impacto positivo no crescimento infantil nos primeiros 3-5 meses da criança. No entanto, o tamanho da criança à nascença assume um papel importante no crescimento.
Armstrong & Reilly, 2002	Obesidade	Índice de massa corporal	32200; crianças escocesas; 39-42 meses	Os resultados sugerem que existe uma associação entre a amamentação e a redução do risco de obesidade na infância.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Çakaloz & Akay, 2005	Psicopatologia: Deficit de atenção (DA) e desordem do comportamento disruptivo (DCR)	Dados sociodemográficos; Critérios DSM-IV; escala de DA e DCR; <i>Conners Teacher Rating Scale</i>	21 rapazes com diagnóstico de DA, 26 com DA e Desordem de oposição desafiante e 27 saudáveis	A duração da amamentação é significativamente inferior nas crianças com DA do que no grupo de controlo. A amamentação pode prevenir o desenvolvimento de perturbação do deficit de atenção.
Chulada et al., 2003	Asma e respiração asmática	Diagnóstico de asma e respiração asmática recorrente (≥ 3 episódios nos últimos 12 meses)	Dados do 3 <sup>th</sup> <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> (1988-1994); idade > 72 meses	A amamentação pode adiar o aparecimento da asma ou pode ter um efeito protector em crianças com idade inferior a 24 meses. O aleitamento materno pode reduzir a incidência de asma e respiração asmática em crianças expostas a ambientes de fumo de tabaco.
Clark et al., 2006	Desenvolvimento	Bateria de testes de carácter cognitivo, linguagem e motor	484; 5(1/2) anos; Chile	Nesta amostra, as crianças amamentadas até aos 2 meses ou acima dos 8 meses apresentam um nível de desenvolvimento mais pobre do que as crianças em que a duração da amamentação varia entre os 2-8 meses.
Dewey et al., 2001	Desenvolvimento motor	Dados de 2 estudos; duração da amamentação (4, 6 meses)	141; 119; Honduras	As crianças amamentadas exclusivamente gatinham mais rapidamente (2 estudos) e apresentam maior predisposição para andar aos 12 meses (1 estudo).

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Dubois & Giral, 2005	Saúde física	Entrevistas face a face e questionários; consumo de antibióticos como medida geral saúde	1841; crianças do Quebec	Existe um efeito positivo da amamentação na saúde até ao segundo ano de vida e a redução do número de tratamentos com antibiótico antes dos dois anos e meio.
Eckhardt et al., 2001	Crescimento	Medidas antropométricas	185; México; amamentação exclusiva ou predominante	Do nascimento até aos 6 meses, as crianças amamentadas exclusivamente têm índices de crescimento ponderal mais elevados comparativamente às outras crianças.
Gómez et al., 2004	Desenvolvimento cognitivo	<i>Bayley Infant Development Scale</i>	238; nascidos entre 1995-1998	A amamentação até aos 4 meses tem um efeito positivo no desenvolvimento mental da criança aos 24 meses de idade.
Gómez et al., 2003	Desenvolvimento cognitivo	<i>Bayley Infant Development Scale</i>	249 bebês avaliados aos 18 meses	Existe uma correlação linear estatisticamente significativa entre a duração da amamentação e os scores da escala mental de <i>Bayley</i> . A amamentação por mais de 4 meses tem um efeito positivo no desenvolvimento mental do bebé aos 18 meses de idade.
Gray et al., 2002	Prevenção da dor	Choro, esgares, ritmo cardíaco	30; recém-nascidos; termo	A amamentação é um potente analgésico nos recém-nascidos durante uma recolha de sangue.
Gustafsson et al., 2004	QI	WISC-III; PUFA - ácidos gordos polissaturados	Crianças com 6,5 anos	A duração da amamentação contribui significativamente para o QI total ( $p = 0.021$ ), QI verbal ( $p = 0.040$ ) e QI de realização ( $p = 0.056$ ).

<b>Autores</b>	<b>Dimensões da saúde e desenv.</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Amostra: N, idade, etc.</b>	<b>Resultados/Conclusões</b>
Khadvizadeh & Parsai, 2004	Diarreia, infeções respiratórias	Avaliação e registo	100 crianças com amamentação exclusiva até 6 meses e 100 com leite misto entre os 4-6 meses; República Islâmica do Irão	A taxa de diarreia e infeções respiratórias entre os 4 e 6 meses é significativamente mais baixa nas crianças exclusivamente amamentadas do que nas crianças alimentadas com complementos alimentares.
Khedr et al., 2004	Neuro-desenvolvimento	Exames físicos e neurológicos e estudos neurofisiológicos	53; crianças saudáveis; 1 ano de idade	O leite materno contribui mais para um desenvolvimento e maturação rápidos de alguns aspectos do sistema nervoso do que o leite adaptado.
Kramer et al., 2003	Infeções gastrointestinais	Dados sobre a alimentação, doença (infeções, eczema atópico) e crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico), obtidos aos 1,2,3,6,9 e 12 meses	2862 crianças com amamentação exclusiva durante 3 meses e 621 crianças com amamentação exclusiva durante 6 meses ou mais.	Amamentação exclusiva até 6 meses está associada a um risco menor de infeções gastrointestinais.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Kramer et al., 2002	Crescimento	Medição de peso, comprimento e perímetro cefálico aos 1, 2, 3, 6, 9 e 12 meses	17046; saudáveis; peso $\geq 2500g$	A média do peso é significativamente mais elevada no grupo experimental (que foi intervencionado por Hospitais Amigos do Bebê – OMS/UNICEF) do que no grupo de controlo. A diferença vai aumentando até aos 3 meses, mas depois disso vai decaindo, desaparecendo aos 12 meses.
Laubereau et al., 2004	Dermatite atópica	Questionários; diagnóstico físico	3903 crianças	A amamentação exclusiva tem um efeito protector no desenvolvimento de dermatites atópicas comparativamente ao leite de vaca.
Leung, 2005	Recurso aos serviços de saúde por icterícia, doença gastrointestinal, respiratória/febril	Visitas ao médico; hospitalizações	8327 crianças seguidas durante 18 meses; nascidas a 1997; China	As crianças amamentadas recorrem em geral menos vezes ao médico durante os primeiros 18 meses. Os resultados assumem maior relevância no caso das crianças amamentadas exclusivamente aos 2/3 meses e 4 ou mais meses.
Liu et al., 2006	Problemas comportamentais e desenvolvimento do temperamento	<i>Achebach Child Behavior Checklist</i> ; questionário de temperamento e <i>Self-designed Inventory Questionnaire</i>	737 (399 ♂, 338 ♀); 4-5 anos; termo; peso à nascença $\geq 2,5$ kg	A pouca quantidade e duração da amamentação (< 9 meses) constituem factores de risco para problemas comportamentais que ocorrem em crianças entre os 4-5 anos, de ambos os sexos. O desenvolvimento do temperamento está correlacionado com os padrões de alimentação e duração da amamentação.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Martin et al., 2002	Crescimento	Medidas antropométricas (peso e IMC) Estudo histórico	2995 crianças	Comparativamente às crianças de biberão, as amamentadas nos anos 20/30 são mais altas na infância e idade adulta.
Oddy et al., 2006	Problemas de saúde, idas ao médico e avaliação materna da saúde	Alimentação; aspectos sociodemográficos e dados relacionados com a saúde	Investigação de mães australianas durante 52 semanas	As crianças alimentadas com leite materno até 1 mês relativamente às que foram amamentadas durante 1 mês ou mais, apresentam mais problemas de saúde ( $p = 0.048$ ), fazem mais visitas ao médico ( $p = 0.032$ ), e verifica-se uma avaliação materna sobre a saúde das crianças mais pobre ( $p = 0.001$ ).
Oddy et al., 2004	Asma, eczema atópico, peso	Diagnóstico médico; teste de picar a pele; índice de massa corporal	2195 crianças seguidas até aos 6 anos de idade	Menor incidência de amamentação exclusiva está associada a aumento de asma e doenças atópicas.
Oddy et al., 2003	Respiração asmática	Medição de concentração de TGF- $\beta$ 1, IL-10, TNF- $\alpha$ , CD14	243; média de idade: 11 dias pós parto; Arizona	Efeito protector da amamentação face à asma devido à presença de TGF – beta no leite materno. A dose de TGF- $\beta$ 1 recebida através do leite materno está associada com a respiração asmática, parecendo ter algum efeito protector. Aumento da duração da amamentação está significativamente associado ao decréscimo de prevalência de asma ( $p = 0.039$ ); existe uma associação inversa entre a dose de TGF- $\beta$ 1 recebido no leite com a percentagem de asma ( $p = 0.017$ ).

<b>Autores</b>	<b>Dimensões da saúde e desenv.</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Amostra: N, idade, etc.</b>	<b>Resultados/Conclusões</b>
Oddy et al., 2003	Desenvolvimento cognitivo	<i>Peabody Picture Vocabulary Test</i> ; PPVT – R; WISC – block design	2393; 4 tipo de categorização da amamentação: nenhuma, 0-4 meses, 4-6 meses, > 6 meses	A cessação precoce da amamentação exclusiva está associada a uma redução do QI verbal e subteste de realização. No entanto, também a educação materna interfere com o desenvolvimento cognitivo.
Quinn et al., 2001	Desenvolvimento cognitivo	Questionário e <i>Peabody Picture Vocabulary Test Revised</i>	3880 crianças seguidas desde o nascimento até aos 5 anos	Os resultados sugerem que a amamentação é benéfica para o desenvolvimento infantil, independentemente da duração da amamentação.
Simondon et al., 2001	Crescimento	Medição do peso, comprimento, perímetro do braço, espessura do tríceps	443 crianças; 1,5 e 3 anos; Senegal	As crianças com 2 e 3 anos que foram amamentadas por mais tempo, tendem a ser maiores ao nível do comprimento ( $p < 0.05$ ).
Singhal et al., 2004	Arteriosclerose	Análises ao colesterol e proteínas	216; adolescentes pré-termo; 13-16 anos	Existem evidências experimentais dos benefícios do aleitamento materno a longo prazo, na prevenção do risco da arteriosclerose.
Spyrides et al., 2005.	Crescimento	Medição de peso e comprimento aos 0, 2, 5, 6 e 9 meses	479; Rio de Janeiro	Quanto maior a duração da amamentação, maior o peso infantil nos primeiros meses de vida.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Villalpando & López-Alarcón, 2000	Crescimento	Avaliação do peso e comprimento; tipo de alimentação e morbidez em intervalos de 15 dias até aos 6 meses	170; saudáveis	Aos 6 meses as crianças amamentadas são mais pesadas e tendencialmente mais altas do que as crianças alimentadas com leite adaptado ( $p = 0.1$ ). A amamentação afecta positivamente o crescimento, evitando infecções.

Pela observação da tabela 1, verifica-se que as investigações realizadas acerca do leite materno atestam os seus benefícios ao nível da prevenção da dor, das perturbações comportamentais (nomeadamente deficit de atenção e desordem do comportamento disruptivo), das doenças gastrointestinais, obesidade, doenças atópicas (dermatites e asma), infecções respiratórias e arteriosclerose. Verifica-se ainda que a amamentação contribui positivamente para o crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico), saúde física, neurodesenvolvimento, desenvolvimento cognitivo e motor. Por fim, observa-se também que as crianças amamentadas e por mais tempo, recorrem menos vezes ao médico e que a avaliação materna da saúde é mais favorável.

Como se pode constatar, o número de autores que apresentam os benefícios do leite materno sem o suporte de estudos empíricos é bastante considerável face ao número de autores que apresentam resultados de investigações. Para além desta limitação da literatura e que vem questionar a relevância de tais afirmações, existem também estudos incongruentes.

#### *As Incongruências dos Estudos*

Apesar de existirem em menor quantidade, existem também estudos que apresentam resultados contraditórios. Filteau (2000) levanta mesmo a questão se a prática da amamentação se mantém devido a razões emocionais ou a evidências experimentais, visto existir inconsistência em alguns resultados. Este autor refere que não existem diferenças significativas relativamente a aspectos como o crescimento e distúrbios intestinais entre crianças que foram amamentadas de forma exclusiva ou parcial; que os factores imunitários do leite materno existem em primeira instância para proteger a mãe e não a criança; e inclusive, salienta que o próprio leite materno contém bactérias e vírus prejudiciais à saúde do bebé.

Wang, Bates, Goldstein, Haynes, Hench e Lawrence (2005) vão mais longe, fazendo uma análise economicista, uma vez que referem que o interesse em relação ao leite materno na nossa sociedade é divergente, variando entre a presença de químicos ambientais na saúde das crianças amamentadas e o valor económico da amamentação para a sociedade.

Também Schack-Nielsen (2006) enumera uma série de críticas não só em termos das vantagens do leite materno para a saúde, mas também ao nível da metodologia das investigações. Refere que apesar de existir um efeito protector contra a obesidade tardia esse efeito é demasiado pequeno, que não existe uma associação clara entre a amamentação e as doenças cardíacas ou morte, e que o efeito face às doenças alérgicas continua inconclusivo. Assim, conclui que os efeitos do leite materno não têm um peso significativo em termos individuais, mas que no entanto são importantes ao nível populacional. Em termos metodológicos, o autor salienta que as investigações são maioritariamente de carácter observacional, o que dificulta o estabelecimento de nexos de causalidade.

Efectivamente, o papel da amamentação nas doenças alérgicas tem sido controverso, uma vez que alguns estudos têm mostrado um efeito protector da amamentação nas doenças atópicas, mas alguns revelam o aumento do risco. A amamentação exclusiva nos primeiros quatro meses não revelou um aumento de risco de desenvolver dermatites atópicas com ou sem antecedentes familiares de doença, mas um número considerável de estudos revelou que a amamentação pode constituir um factor de risco para as dermatites atópicas sugerindo até que é nefasto continuar a amamentar bebés com dermatites e alergias alimentares (Bonilla & Kaplan, 2005; Böttcher & Jenmalm, 2002). Friedman e Zeiger (2005) referem que as razões das controvérsias incluem diferenças metodológicas e falhas nos estudos, a complexidade imunológica do próprio leite materno, e possivelmente as diferenças genéticas entre os pacientes.

Apesar de não existir uma evidência específica que relacione o leite humano ao aparecimento de cáries, circunstâncias relacionadas com a amamentação prolongada, nomeadamente a amamentação nocturna, estão associadas ao aparecimento precoce de cáries na infância. Em consequência, factores como a frequência, duração e intensidade são extremamente importantes na determinação do risco de efeitos adversos no desenvolvimento e saúde oral (Sanches & Childers, 2000).

Segundo Pohl e Tylenda (2000), a presença de pesticidas orgânicos com base de Cloro (Cl) no leite materno tem sido documentada em muitos estudos por todo o mundo, sendo que as interacções entre químicos no leite materno podem influenciar

a toxicidade final. Verifica-se também, que os países desenvolvidos apresentam regra geral um maior índice de exposição e que apesar do pouco conhecimento sobre as exposições reduzidas, alguns estudos indicam a possibilidade de ocorrerem efeitos subtis.

Apesar de ser praticamente consensual que o leite materno é o alimento ideal e mais completo para os bebés, alguns estudos apontam para a necessidade das crianças que amamentam necessitarem de um suplemento de vitamina D (Turck et al., 2005) e K (Greer, 2004; Turck et al., 2005), o que acaba por contradizer o facto do leite materno satisfazer todas as necessidades do bebé.

A própria composição do leite materno contempla a existência de variações individuais, o que consequentemente influencia o sucesso da amamentação na redução do risco da doença (Hoppu et al., 2001).

Existem até situações e razões médicas em que o leite materno não é recomendado ou é até contra-indicado, sendo que no caso de ser ministrado deverá ser controlado (Fanaro, 2002; Leung & Sauve, 2005).

Lothrop (2000) que defende a prática da amamentação reconhece no entanto, que também as crianças alimentadas com leite adaptado se desenvolvem sem que apareçam distúrbios de crescimento, deficiências ou doenças graves. Assim, apesar da opinião de Lothrop (2000) ser favorável à amamentação quando esta é possível, a autora refere que o leite adaptado está perfeitamente ajustado às necessidades dos bebés.

Segundo Reynolds (2001), os efeitos da amamentação no desenvolvimento em crianças de termo parecem ser mínimos ou insignificantes. Por outro lado, para as crianças saudáveis as diferenças não são relevantes do ponto de vista clínico.

Assim, os benefícios do leite materno podem ser mais significativos nos casos dos bebés prematuros ou doentes (Funkquist, Tuvemo, Jonsson, Serenius & Hedberg-Nyqvist, 2006; Lothrop, 2000; Nascimento & Issler, 2002), ou ainda no caso de bebés de termo, mas com baixo peso para a idade gestacional (Daniels & Adair, 2005; Rao, Hediger, Levine, Naficy & Vik, 2002).

Talvez pelo que foi referido, Pilkington (2003) defende que as políticas de promoção da amamentação devem ser adaptadas cautelosamente para o contexto epidemiológico existente, a nível local e a uma pequena escala.

À semelhança do que foi feito anteriormente, para além dos autores já referidos, a tabela seguinte referencia estudos com resultados incongruentes aos descritos na tabela 1, ou resultados exemplificativos de que a amamentação poderá não ser significativamente benéfica. Por vezes, no mesmo estudo deparamo-nos com a existência de aspectos vantajosos e aspectos em nada benéficos, e nesse caso a investigação consta nas tabelas 1 e 2.

Tabela 2. Evidências experimentais que refutam os benefícios do leite materno para a saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Aarts et al., 2003	Crescimento	Medição do peso quinzenal e do comprimento mensal	147 crianças alimentadas exclusivamente com leite materno e 325 parcialmente; peso à nascença $\geq$ 3 kg; Suíça	As crianças alimentadas exclusivamente com leite materno desde o nascimento apresentam o mesmo crescimento em termos de peso e comprimento do que as crianças que não foram alimentadas exclusivamente com leite materno. Durante os primeiros seis meses de vida, as crianças que se alimentam exclusiva ou parcialmente de leite materno crescem na mesma proporção.
Angelsen et al., 2001	Desenvolvimento motor	<i>Bayley's Scale of Infant Development; WPPSI-R; Peabody Development Scale</i>	345 crianças; Scandinavia	Não foi encontrada uma associação clara entre a duração da amamentação e o desenvolvimento motor aos 13 meses ou 5 anos de idade.
Bilgen et al., 2001	Alívio da dor (teste do pezinho)	Choro; tempo de recuperação; batimento cardíaco; escala de dor comportamental	130 bebês; saudáveis; termo; 4 grupos: sacarose, leite materno, água esterilizada e amamentação	A amamentação não tem nenhuns benefícios adicionais em termos de efeitos comportamentais no alívio da dor. A sacarose é 25% superior à amamentação no alívio da dor, o que se reflecte no tempo de choro e variáveis comportamentais.
Chen & Kaplan, 2003	Asma, doenças atópicas	Entrevistas sobre a história clínica; questionários; testes da função pulmonar, brônquica e alergias	137 crianças; 3 anos; seguimento dos 3 aos 26 anos; Nova Zelândia	A amamentação não tem uma função protectora contra as doenças atópicas e asma a longo prazo.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Eckhardt et al., 2001	Crescimento	Medidas antropométricas	185 crianças; amamentação exclusiva ou predominante; México	Dos 6 aos 20 meses as crianças amamentadas exclusivamente apresentam índices de crescimento (peso e comprimento) mais baixos comparativamente às outras crianças.
Eregie, 2001	Crescimento	Medição mensal do perímetro cefálico, comprimento, razão deste com o diâmetro do braço	219 crianças; termo; amamentação exclusiva	As crianças amamentadas exclusivamente apresentam um crescimento infantil normal para a idade, tendo em conta os parâmetros estudados.
Gómez et al., 2004	Desenvolvimento cognitivo	<i>Bayley Infant Development Scale</i>	238 bebês; nascidos entre 1995-1998	Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do desenvolvimento psicomotor em função do regime alimentar e sua duração.
Gómez et al., 2003	Desenvolvimento cognitivo	<i>Bayley Infant Development Scale</i>	249 bebês avaliados aos 18 meses	Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do desenvolvimento psicomotor em função do tipo de alimentação.
Haschke & Van't Hof, 2000	Crescimento	Dados do <i>Euro-Growth Study</i> acerca do comprimento, peso e massa corporal	319 crianças amamentadas exclusivamente, 185 alimentadas com leite materno e sólidos, 1509 alimentadas de várias formas	O padrão de crescimento das crianças amamentadas revela aumento de peso dos 2 para os 3 meses, mas baixo peso e comprimento dos 6 para os 12 meses. Entre os 12 e 36 meses as diferenças entre os grupos são mínimas e irrelevantes do ponto de vista clínico. A duração da amamentação está negativamente correlacionada com o aumento do comprimento e peso até aos 12 e 24 meses, mas não até aos 36 meses.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Jasen et al., 2005	Hemofilia	Desenvolvimento do inibidor (taxa)	90; c/ hemofilia tipo A; nascidos entre 1975-2005	Não existe um efeito protetor da amamentação na formação do inibidor da hemofilia.
Knobe et al., 2002	Hemofilia	Questionários	116; homens; nascidos entre 1980-1999	Os resultados indicam que não existe efeito protetor da amamentação face à hemofilia. Não existem diferenças estatisticamente significativas nas crianças amamentadas ( $p = 0.22$ ) e nas não amamentadas ( $p = 0.86$ ).
Kramer et al., 2003	Infecções respiratórias, eczema atópico, padrões de crescimento	Dados sobre a alimentação, doença (infecções, eczema atópico) e crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico), obtidos aos 1,2,3,6,9 e 12 meses	2862 crianças com amamentação exclusiva durante 3 meses e 621 durante 6 meses ou mais; Bielo-Rússia	Não existem diferenças significativas entre os dois grupos ao nível das infecções respiratórias, eczema atópico, padrões de crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico).
Leung, 2005	Recurso aos serviços de saúde por icterícia, doença gastrointestinal, respiratória/febril	Visitas ao médico, hospitalizações	8327 crianças seguidas durante 18 meses; nascidas a 1997; China	As crianças amamentadas recorrem mais vezes à consulta externa do hospital por icterícia, particularmente nos primeiros 3 meses de vida. A amamentação está também associada a um maior número de hospitalizações por icterícia.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Martin et al., 2005	Crescimento e doença cardiovascular	Observação médica e análises sanguíneas (IGF-I, IGFBP-3)	488; nascidas em 1991/1992; Sub amostra de um estudo	Os resultados do estudo são inconclusivos, não sendo possível confirmar a hipótese de que a amamentação está associada à saúde a longo prazo.
Martin et al., 2002	Crescimento	Medidas antropométricas (peso e IMC) Estudo histórico	2995 crianças	Não existe uma associação significativa entre a amamentação e o índice de massa corporal na infância e idade adulta.
Oddy et al., 2006	Problemas de saúde, crescimento	Alimentação, aspectos sociodemográficos e dados relacionados com a saúde	Investigação de mães australianas durante 52 semanas	Às 52 semanas as crianças alimentadas com leite adaptado apresentam mais peso ( $p = 0.041$ ) e maior comprimento ( $p = 0.011$ ) do que as crianças amamentadas exclusivamente.
Oddy et al., 2004	Asma, eczema atópico, peso (obesidade)	Diagnóstico médico; teste de picar a pele; índice de massa corporal	2195 crianças seguidas até aos 6 anos de idade	Não existe associação entre a amamentação e o excesso de peso.
Ong et al., 2002	Crescimento	Avaliação do peso, comprimento/altura, perímetro cefálico dos 0-5 anos	1335 crianças	Existe uma divergência ao nível do crescimento na infância, sendo que as crianças amamentadas apresentam um ganho de peso e comprimento mais lento que as crianças alimentadas a biberão. Não existem diferenças significativas para qualquer idade para o perímetro cefálico.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Sadauskaitė-kuelne et al., 2004	Diabetes tipo 1	Diagnóstico médico, questionários	517 crianças do sudeste da Suécia; 286 da Lituânia; 0-15 anos	A amamentação exclusiva e de longa duração aparece como um fator de protecção independente contra o diabetes tipo 1.
Sears et al., 2002	Asma, doenças atópicas	Entrevistas sobre a história clínica, questionários, testes da função pulmonar, brônquica e alergias na pele. Seguimento dos 3 aos 26 anos	1037; 3 anos; Nova Zelândia	A amamentação não tem uma função protectora contra as doenças atópicas e asma, podendo até aumentar o risco de aparecimento. Comparativamente às crianças não amamentadas, existe maior nº de crianças amamentadas em todas as idades entre os 13 e 26 anos com asma ( $p = 0.0008$ ), com alergias aos gatos ( $p = 0.0001$ ), ao pó/ácarios ( $p = 0.0010$ e pólen ( $p < 0.0001$ ).
Simondon et al., 2001	Crescimento	Medição do peso, comprimento, perímetro do braço, espessura do triceps	443 crianças; 1,5 e 3 anos; Senegal	O crescimento em termos de peso não difere significativamente de acordo com a amamentação. O peso aos 3 anos está negativamente associado com a idade de desmame ( $p < 0.01$ ).
Spyrides et al., 2005	Crescimento	Medição de peso e comprimento aos 0, 2, 5, 6 e 9 meses.	479; Rio de Janeiro	A duração da amamentação não interfere no comprimento infantil nos primeiros meses de vida.

Autores	Dimensões da saúde e desenv.	Instrumentos	Amostra: N, idade, etc.	Resultados/Conclusões
Van 't Hof & Martin, 2000	Crescimento	Medidas antropométricas, dados do <i>Euro-Growth Study</i>	2145; crianças saudáveis, de termo; > 2500g; 37 a 44 semanas; 3 grupos alimentares: critérios da OMS, introdução precoce de sólidos e controlo	Comparado com o grupo de controlo, o grupo que cumpre os critérios da OMS, apresenta um peso maior nos primeiros 2/3 meses de vida, mas um peso e comprimento mais baixos no segundo ano de vida. Aos 30 e 36 meses, o comprimento das crianças do grupo que segue as orientações da OMS é significativamente inferior do que o das crianças do grupo de controlo.

Pela tabela 2, podemos observar que existem estudos que comprovam que o leite materno não traz quaisquer efeitos adicionais e benéficos ao nível do alívio da dor, do crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico), do desenvolvimento cognitivo e da prevenção de doenças atópicas, hemofilia, infecções respiratórias, doença cardiovascular, obesidade e diabetes. Verifica-se ainda que as crianças amamentadas recorrem mais vezes às consultas externas do hospital e são mais frequentemente internadas por icterícia.

Para além das questões mais biológicas, também é reconhecido que existem muitas outras formas de estabelecer o mesmo tipo de proximidade e vínculo afectivo que se tem ao peito, através do biberão (Brazelton & Sparrow, 2004; Lothrop, 2000).

“Quer o bebé seja alimentado ao peito ou com o biberão, a ligação afectiva que se consegue em cada refeição é o seu mais importante ingrediente” (Brazelton & Sparrow, 2004, p.27).

De facto a relação precoce é fundamental, mas nesta área da alimentação, mais especificamente da amamentação, o pai pode ser ou sentir-se excluído, uma vez que biológica, social e culturalmente é à mulher que é atribuído o papel principal, daí considerarmos pertinente debruçarmo-nos na relação que existe entre a amamentação, o feminino e o materno.

#### *A Amamentação, o Feminino e o Materno*

Uma abordagem à questão da amamentação implica, do nosso ponto de vista, uma aproximação às questões dos estereótipos de género e da dualidade entre o feminino e o materno, existente na identidade social feminina.

Recorde-se que a questão de partida da investigação que se pretende desenvolver, assenta na ideia de que as crenças vigentes acerca da amamentação, veiculadas pela ideologia médica e clínica, traduzem uma forma velada, e, talvez por isso mesmo tão vinculativa, de pressionar as mulheres para a prática da amamentação, não tanto pelos reais benefícios para a criança em termos da sua saúde física, mas sobretudo em nome da manutenção de uma ordem social que determina uma subalternidade feminina. Importa por isso ter em conta, o modo como os estereótipos e as identidades de género se caracterizam, se constroem e são interiorizados pelos indivíduos, afim de

compreender a imposição da amamentação às mulheres, numa época em que a vacinação e as condições de vida e de higiene das sociedades ocidentais parecem garantir, como nunca noutra época histórica, condições de salubridade e sobrevivência às crianças.

Leal (2001) analisa o modo como as diversas teorias psicológicas abordam a questão do feminino, identificando nestas teorias, numa reprodução da ideologia presente no senso comum, a atribuição de diferenças estereotipadas e valorativas à diferença biológica de ser mulher e de ser homem. O denominador comum entre estas teorias reside na atribuição de um estatuto de inferioridade e subalternidade à dimensão feminina, ainda que tal só venha a ser reconhecido e evidenciado na década de 60 do século XX, aquando da eclosão do movimento feminista americano.

Apenas nesta altura foi possível encarar o género como uma construção social, que atribui à definição de ser mulher e de ser homem não apenas uma diferenciação binária entre categorias sociais, mas também uma diferenciação assimétrica entre elas, sem que, na perspectiva de Amâncio (1994), se encontre fundamento nas diferenças biológicas, ainda que estas sejam usadas como pretexto. “A pessoa do sexo masculino apresenta uma diversidade de competências que a constitui como referente universal, em ideal de individualidade, aparentemente liberta de contextos, enquanto que a pessoa do sexo feminino se constitui como referente exclusivo das próprias mulheres, como ideal colectivo dessa categoria, e só tem sentido dentro das fronteiras contextuais em que é definido.” (Amâncio, 1994, p. 87).

Esta ordem social, ou “ideologia colectiva” (Amâncio, 1994, p.33), simultaneamente determinante e determinada pelas representações sociais, estereótipos e, conseqüentemente, papéis sociais de género, utiliza, entre outros mecanismos de controlo, a questão da amamentação como forma de garantir a manutenção das assimetrias de género. Se à mulher, tida como sensitiva, expressiva, cuidadora, deixar de estar associada, como noutras épocas (Badinter, 1980), a função da amamentação, a ela atribuída por alegadamente ser a única biologicamente competente para tal função, questionar-se-á qual o seu papel no contexto das relações desiguais de género. Então um homem, estereotipicamente activo, pragmático, racional, características que alegadamente decorrem da sua condição biológica de ser

homem, também é competente para as tarefas de cuidar, proteger, alimentar, acarinhando uma criança? A ordem social que assenta nestas estereotipias é abalada pela fuga a estas normalizações.

Por outro lado, o ser feminino encerra em si, do ponto de vista das representações sociais que sobre ele recaem, uma dualidade contraditória entre duas dimensões: o feminino, associado à sexualidade, à malignidade e à individualidade, e, por isso, incontrolável pela ordem social; e o materno, significante de afecto, cuidado, defesa do outro e altruísmo. E é à dimensão materna que o feminino é frequentemente reduzido, por ser a dimensão socialmente desejável. Faz-se crer à mulher que o seu destino é ser mãe, activando mecanismos de culpabilização quando tal não é o seu desejo, como se esta fosse a única dimensão do feminino. No entanto, esta ideologia, alicerçada na capacidade biológica de gerar e ter um filho, nem sempre tem correspondente na dimensão social e antropológica de ser mãe, que, na cultura ocidental, assume o significado de conter, amparar e apoiar (Leal, 2001). Esta constatação adquire um novo significado na modernidade, época em que muitas mulheres, ao nível da sua identidade, valorizam outras dimensões da sua condição feminina, tais como o trabalho, a carreira profissional, as relações afectivas, o lazer. “(...), não há dúvida que já nos afastámos de um estereótipo do materno tecido num velho instinto materno ou numa disposição inata para o acontecimento” (Leal, 2001, p.67).

E, contudo, esta verdade já o era noutros contextos históricos. Badinter (1980), que descreveu a história do amor maternal entre os séculos XVII e XX, demonstrou que não se trata de uma actividade instintiva, tendo verificado que ao longo do tempo se revelou “incerto”. Em época onde se registavam elevadas taxas de mortalidade infantil, frequentemente as crianças das classes mais abastadas eram cuidadas e amamentadas por amas de classes mais desfavorecidas, o que diminuía as probabilidades de sobrevivência, pelas condições insalubres em que frequentemente viviam. E será sobretudo em nome da necessidade de diminuir as taxas de mortalidade infantil<sup>1</sup>, numa época que a consciência demográfica começara a

---

<sup>1</sup> Ariés (1988) retrata a história da progressiva valorização social da criança, que até ao século XVII, não se distinguia do mundo dos adultos. As elevadas taxas de mortalidade infantil para isso

despertar, que a ordem social irá progressivamente obrigar a mulher a regressar à sua função de amamentação e de cuidar dos filhos, apelando ao seu sentido de dever, culpabilizando-a e ameaçando-a, até que regresse a essa função, tantas vezes entendida como natural e espontânea (Badinter, 1980). Ora, se em determinado contexto social e histórico, ela é obrigada a regressar, é porque não é inerente à sua condição biológica de mulher, mas antes à condição social que lhe é destinada: “duzentos anos de ideologia maternal e o desenvolvimento de processos de “responsabilização” da mãe modificou radicalmente as atitudes (...), temos assim a prova de que a maternidade nem sempre é a preocupação primeira e instintiva da mulher (...)” (Badinter, 1980, p.343).

Outras teorias consideram a função materna como essencial ao desenvolvimento das crianças, na medida em que garante a contenção, a interacção e a produção de estímulos, sem os quais o desenvolvimento infantil ficaria posto em causa (Bowlby, 1952, Harlow, 1958). Esta função, no entanto, apenas porque assim é cultural e socialmente determinado, é que é exercida pela mãe. O estudo de Badinter (1980) demonstra que essas competências não são inatas numa mãe biológica, nem instintivas, pelo que podem ser exercidas por outrem, inclusivamente do género masculino. “A função materna é pois uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil, que existe em função das necessidades do outro, e não das do próprio, que pode ser desempenhado igualmente por homens e mulheres.” (Leal, 2001, p.70).

Esta perspectiva, contudo, desconstrói o imperativo socialmente imposto de que a amamentação é condicionante da saúde do bebé. Pois se o pai, ou qualquer outro indivíduo, que não amamenta, também pode cuidar... Afinal o que é fundamental para o desenvolvimento da criança? O leite materno, em termos das suas características fisiológicas e propriedades imunitárias, que só pode ser fornecido pela mãe biológica? Ou o acto de cuidar, alimentar, proteger e estimular que a mãe biológica pode (ou não) partilhar com outrem?

---

contribuíam, não se vinculando os adultos a um ser que tinha fortes probabilidades de não sobreviver. Foi contudo esta realidade que, de igual modo, conduziu à mudança de mentalidades e à transição para o estatuto social da criança como indivíduo com características e necessidades específicas, quando se constatou tratar-se de um bem raro, e portanto, precioso.

É no sentido de encontrar pistas para responder a estas questões que desenvolvemos esta investigação. Efectivamente, até aqui “considerou-se que era preciso reprimir o feminino para salvar e fazer crescer o materno. (...) A questão do nosso tempo não é pois de reprimir o feminino mas de fazer crescer o materno.” (Leal, 2001, p.69), harmonizando-o com o feminino, num tempo em que as mudanças sociais podem contribuir para o esbatimento das fronteiras estereotipadas entre os géneros.

## Método

### *Delineamento*

A investigação enquadra-se nos estudos de carácter comparativo e correlacional, comparando e correlacionando os indicadores da saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças, com variáveis como sejam as variáveis sociodemográficas, e sempre em função do tipo de alimentação e sua duração.

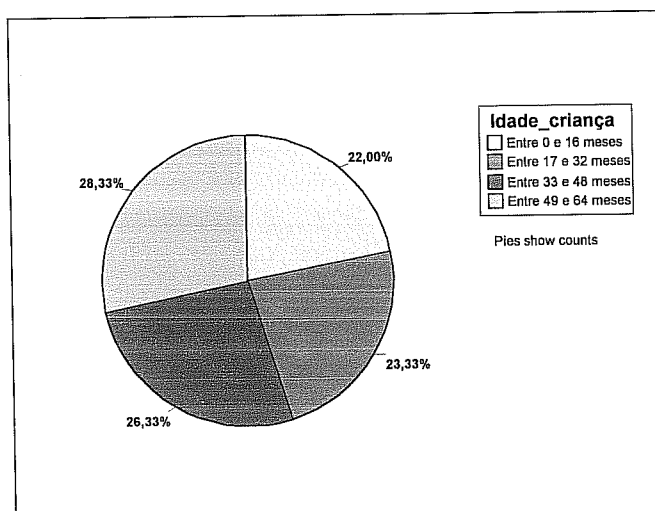
No sentido de obtermos uma avaliação de saúde e bem-estar das crianças tão objectiva quanto possível e na impossibilidade de acompanhar longitudinalmente um elevado número de crianças, desenhou-se um estudo que tomou por base a informação clínica (fichas clínicas - tipo) dos médicos pediatras que acompanharam o desenvolvimento das crianças do nosso estudo.

### *Amostra*

A amostra é constituída por 300 fichas clínicas de crianças de ambos os sexos (150 do sexo feminino e as restantes 150 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 0 e os 64 meses,  $M = 33,86$  meses (ver figura 2).

A escolha desta idade prende-se com o facto dos pediatras utilizarem em consulta o Teste de Sheridan (ver anexo 1) para avaliar o desenvolvimento da criança, sendo que este teste avalia as crianças dos zero aos cinco anos ao nível da postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; e comportamento e adaptação social.

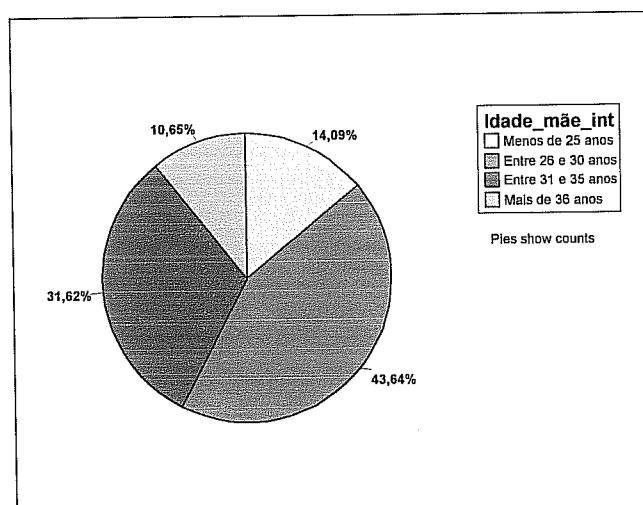
Trata-se de uma amostra não-probabilística por conveniência, uma vez que a probabilidade de uma qualquer ficha ser incluída na amostra é desconhecida, e porque a amostra é escolhida por conveniência do investigador, pois parte-se do princípio que para as características em causa, a população é relativamente homogénea, e como tal o recurso a qualquer pediatra é válido.



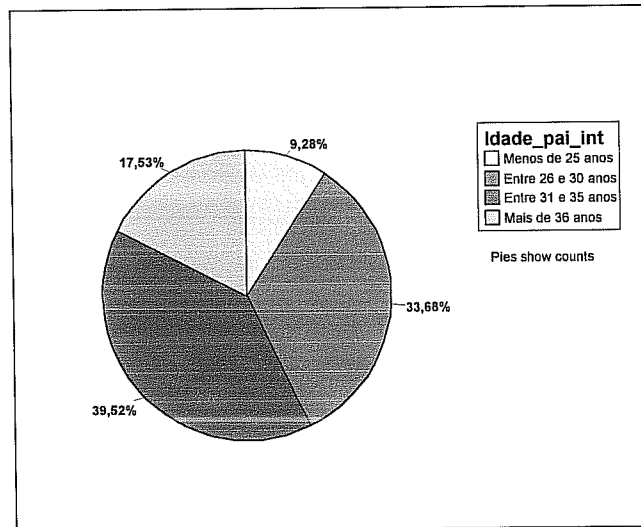
**Figura 2.** Percentagens das idades dos sujeitos da amostra.

### *Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Relativamente às idades dos pais, das 300 fichas analisadas apenas em 9 não estavam registadas as idades, distribuindo-se esta variável da seguinte forma (ver figura 3 e 4):

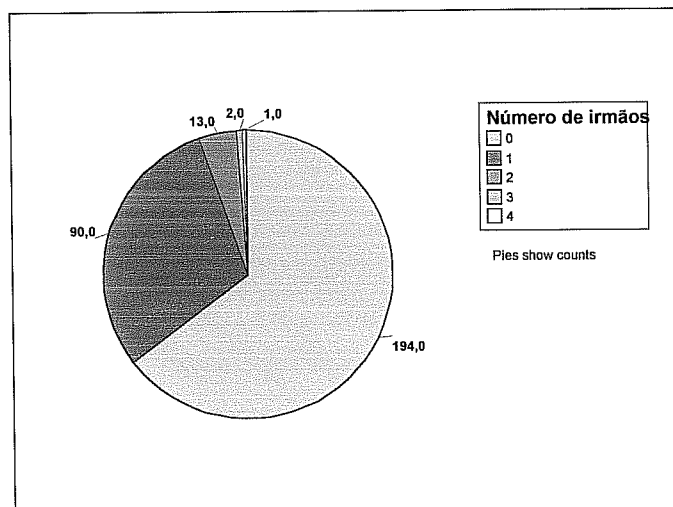


**Figura 3.** Percentagens das idades das mães dos sujeitos da amostra.



**Figura 4.** Percentagens das idades dos pais dos sujeitos da amostra.

Das 300 crianças que participaram no estudo através da análise das suas fichas clínicas, 194 não têm irmãos; 90 crianças têm um irmão; 13 têm dois irmãos; 2 delas têm três irmãos e apenas 1 tem quatro irmãos (ver figura 5).



**Figura 5.** Número de irmãos dos sujeitos da amostra.

### *Procedimento*

Após ser solicitada a autorização e colaboração aos pediatras para a realização do estudo (ver anexo 2), explicou-se genericamente quais os objectivos, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

Posteriormente, foi realizada a análise das fichas médicas pediátricas, a partir de uma grelha de análise construída para o efeito (ver instrumentos).

#### *Procedimento para a Realização da Análise Estatística*

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 14.0 Base Windows (SPSS Inc, Chicago), realizando-se uma análise descritiva (para caracterização da amostra) e inferencial (para avaliar as relações entre as variáveis).

Tendo em conta a natureza da amostra (amostras independentes) e informação registada (escalas de medida ordinais e nominais), opta-se por apresentar os resultados obtidos através da aplicação de estatísticas não paramétricas.

Relativamente à análise do efeito do tipo de alimentação, no caso das variáveis dependentes ordinais (classificação da saúde e classificação do desenvolvimento) aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, enquanto que para as variáveis dependentes de carácter nominal (outros aspectos relacionados com a saúde e alterações comportamentais) foi aplicado o teste do Qui-quadrado/Fisher.

Para aferir sobre o efeito da duração do tipo de alimentação na saúde e desenvolvimento das crianças, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman no caso das variáveis ordinais, e o coeficiente de V de Cramer/Phi para as variáveis nominais.

Quanto à análise das variáveis “antecedentes de saúde”: antecedentes familiares de doença, intercorrências na gravidez e tempo de gestação foi aplicado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney no caso das classificações de saúde e de desenvolvimento (variáveis ordinais e comparação de dois grupos), enquanto que para os outros aspectos da saúde e alterações comportamentais foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado/Fisher (variáveis nominais). No caso da variável: tipo de parto foi aplicado o Teste de Kruskal-Wallis para as classificações de saúde e de desenvolvimento

(variáveis ordinais, sendo que as tipologias de parto são em número superior a dois) e para as restantes variáveis que são de carácter nominal, foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado/Fisher.

### *Instrumentos*

A análise de conteúdo das 300 fichas clínicas organizou-se em torno de uma grelha constituída por:

- Aspectos da saúde geral da criança: ocorrência de doenças e sua frequência.
- Aspectos do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, e comportamento e adaptação social, aspectos que são referenciados no Teste de Sheridan.
- Alterações comportamentais tais como: parasórnias (perturbação do sono), perturbações alimentares, perturbações do comportamento, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social.

Estes três aspectos conduziram à criação de um instrumento de análise, composto por duas escalas para os dois primeiros aspectos e um questionário para as alterações comportamentais (ver anexo 3).

A definição de cada categoria foi estabelecida por um perito (médica especializada em pediatria) e os mesmos critérios foram utilizados para todos os sujeitos da amostra.

Para a dimensão saúde foi utilizada uma escala ordinal de 5 pontos:

- 1 - Muito saudável** que significa ausência de patologia;
- 2 - Saudável** ou seja globalmente sem patologia: menos de 3 episódios de doença por ano;
- 3 - Medianamente saudável** que significa globalmente sem patologia: entre 3 e 5 episódios de doença por ano (inclusive);
- 4 - Doente** quando a criança tem patologia crónica: com duração de 2 anos ou previsível de ser mais de 2 anos ou com 6 ou mais episódios de doença por ano;
- 5 - Muito doente** quando existe patologia crónica com interferência grave do padrão de desenvolvimento psicomotor e estatura-ponderal ou da vida diária.

Uma vez que na definição está subjacente a questão temporal (por exemplo menos de três episódios de doença por ano), por cada ano de vida da criança é atribuído um valor (de 1 a 5) e por fim calcula-se a média, obtendo uma classificação global.

Também para a dimensão desenvolvimento e evolução estatura-ponderal foi utilizada uma escala de 5 pontos:

- 1 - Muito bom** que significa que o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal da criança se situam francamente acima da média;
- 2 - Bom** quando o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal se encontram acima da média esperada tendo em conta o grupo etário de referência;
- 3 - Médio** quando o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal são adequados, ou seja estão dentro da média;
- 4 - Fraco** quando os padrões situam-se dentro da normalidade, mas no limiar das aquisições (limiar inferior da normalidade);
- 5 - Muito fraco** quando estão abaixo do limite inferior da normalidade.

A análise desta dimensão é feita directamente na análise das fichas clínicas. Assim, quando os pediatras usam expressões como “excelente DPM<sup>2</sup>” ou “ótimo DPM” atribuímos a classificação 1; quando anotam “bom DPM” ou “boa evolução EP<sup>3</sup>” é atribuído o valor 2; “adequado DPM” ou “normal DPM” é classificado com o valor 3. No caso das classificações 4 e 5, para além de expressões que utilizam as palavras fraco ou muito fraco respectivamente, são tidas em conta anotações face a aspectos específicos do desenvolvimento tais como o controlo dos esfíncteres e a linguagem (aspectos mais frequentemente focados). Uma vez que o critério essencial que discrimina os valores desta dimensão é a idade, é atribuído 4 ou 5 consoante a amplitude da idade face ao esperado (valor 4 quando é suposto ter atingido a aquisição há um ano atrás e o 5 quando já passaram um ou mais anos, ou ainda se estão contemplados os sinais de alarme do Teste de Sheridan).

A análise das fichas pressupõe ainda:

- Outros aspectos relacionados com a saúde: ocorrência de internamentos, consultas de especialidade e/ou terapias, e intervenções cirúrgicas.

<sup>2</sup> DMP: sigla utilizada pelos pediatras para designar desenvolvimento psicomotor.

<sup>3</sup> EP: sigla utilizada pelos pediatras para designar estatura-ponderal.

- Tipo de alimentação: aleitamento materno<sup>4</sup> (quando o bebé se alimenta exclusivamente de leite materno), misto (quando o bebé é alimentado com leite materno e simultaneamente com leite artificial e/ou outros alimentos) e adaptado (quando o bebé é alimentado exclusivamente de leite adaptado e/ou outros alimentos).
- Duração do tipo de alimentação. Inicialmente tinha sido pensado estabelecer os seguintes períodos: até ao 1º mês, porque existe uma percentagem considerável de mulheres que deixam de amamentar por dificuldades de adaptação (Labarere, Gelbert-Baudino, Ayral, Duc, Berchotteau, Bouchon et al., 2005; Marinho & Leal, 2004), até ao 4º mês que corresponde ao fim da licença de maternidade<sup>5</sup> e até ao 6º e 12º/24º meses porque correspondem às indicações da OMS. No entanto após a recolha dos resultados, verificou-se que não existiam elementos suficientes para criar as duas últimas categorias (6º e 12º/24º meses), logo optou-se por analisar mês a mês: até ao 1º mês, até ao 2º mês, até ao 3º mês, até ao 4º mês e até ao 5º mês ou mais.
- Caracterização sociodemográfica das crianças e dos pais: sexo da criança, idade da criança e dos pais, habilitações literárias e profissões dos pais<sup>6</sup>, número de irmãos e respectivas idades.
- Antecedentes de saúde: a existência de antecedentes familiares de doença, intercorrências no período da gravidez, o tempo de gestação e o tipo de parto.

---

<sup>4</sup> Para efeitos deste estudo considera-se aleitamento materno como sinónimo de amamentação, uma vez que todos os sujeitos da amostra foram alimentados com leite materno através de peito e por isso, não se justifica fazer a diferenciação.

<sup>5</sup> Apesar de actualmente ser possível estender a licença de maternidade até ao 5º mês, pensou-se optar pelo 4º mês pois essa possibilidade é bastante recente, pelo que a maioria das mulheres relacionadas com a amostra não teria acedido a ela.

<sup>6</sup> As habilitações literárias e as profissões dos pais não constam da caracterização da amostra, dado o número extremamente diminuto de informações de que dispomos a este nível.

## Análise dos Resultados

Com o objectivo de responder às questões de investigação a que este estudo pretendeu dar resposta, foram elaboradas figuras representativas, efectuando-se a análise respectiva. De seguida, vão ser apresentadas estatísticas descritivas, apresentando informação detalhada, e estatísticas indutivas, que fornecem informação sobre a aceitabilidade das hipóteses, permitindo concluir se existem ou não diferenças significativas entre os grupos.

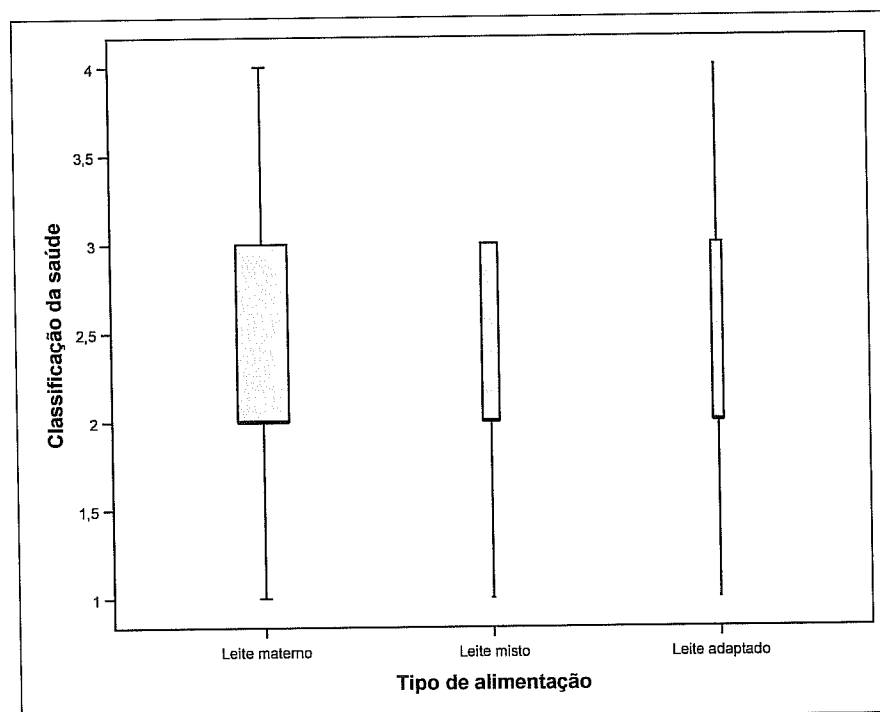
Começaremos por analisar o impacto do tipo de alimentação na saúde, desenvolvimento e alterações comportamentais das crianças do nosso estudo; seguidamente analisaremos se existe uma associação entre a duração do tipo de alimentação e os aspectos acima referidos; e por fim qual o efeito de algumas das variáveis que estão eventualmente mais relacionadas com os aspectos em estudo.

### *Análise do Efeito do Tipo de Alimentação*

Esta análise tem como principal objectivo, avaliar o impacto do tipo de alimentação: leite materno, leite misto e leite adaptado, na saúde (através do instrumento de classificação e outros aspectos relacionados – ocorrência de internamentos, consultas de especialidade e/ou terapias, e intervenções cirúrgicas); desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (através do instrumento de classificação) e alterações comportamentais (parasómiás, perturbações alimentares, perturbações do comportamento, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social).

### Classificação da Saúde

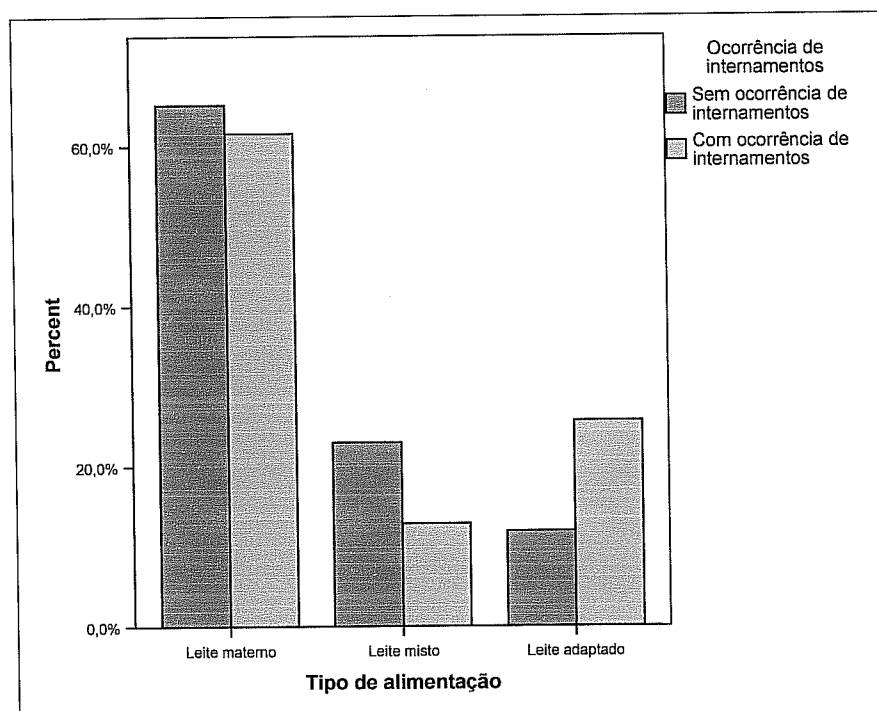
Pela observação da figura 6 verifica-se que a distribuição da classificação da saúde apresenta uma mediana de 2 para as três condições experimentais e amplitude interquartílica de 1, não ocorrendo diferenças estatisticamente significativas por tipo de alimentação (*Kruskal-Wallis*  $H(2) = 0.039$ ;  $p = 0.981$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 4).



**Figura 6.** Distribuição da classificação da saúde por tipo de alimentação.  
Escala de classificação: 1 - Muito saudável; 2 - Saudável; 3 - Medianamente saudável;  
4 - Doente; 5 - Muito doente

*Saúde (Outros Aspectos Relacionados)*Internamentos.

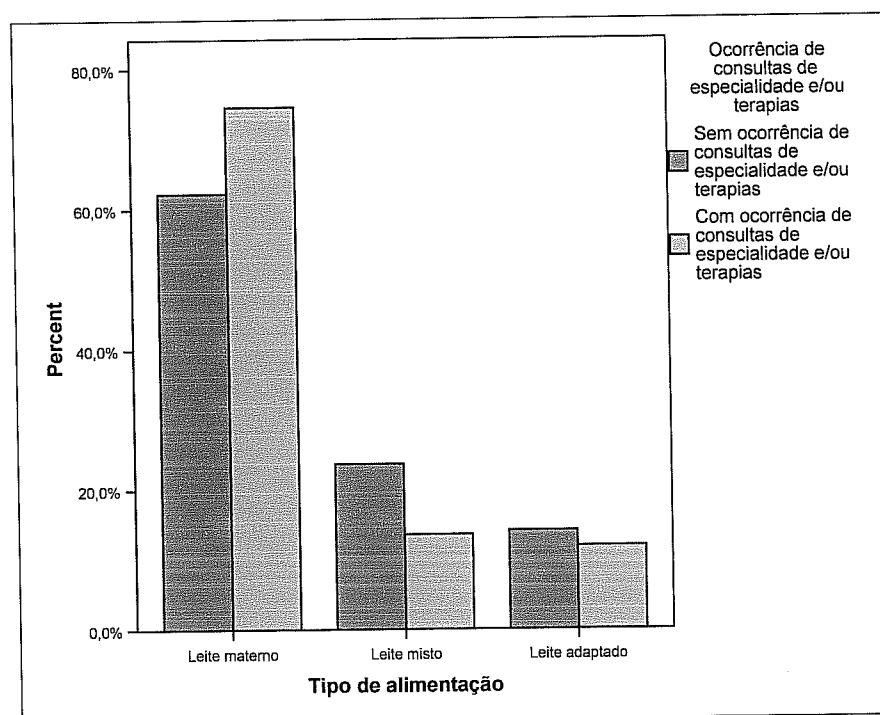
Pela figura 7 verifica-se que ocorrem mais internamentos no grupo de crianças amamentadas (61,5%), seguindo-se as crianças que são alimentadas com leite adaptado (25,6%) e por fim as que se alimentam com leite misto (12,8%). Verifica-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 (2) = 6.390$ ;  $p = 0.039$ ;  $N = 300$ ), sendo que a frequência relativa da ocorrência dos internamentos das crianças amamentadas se situa acima das restantes em mais do dobro (ver anexo 5).



**Figura 7.** Distribuição da ocorrência de internamentos por tipo de alimentação em percentagens.

Consultas de Especialidade e/ou Terapias.

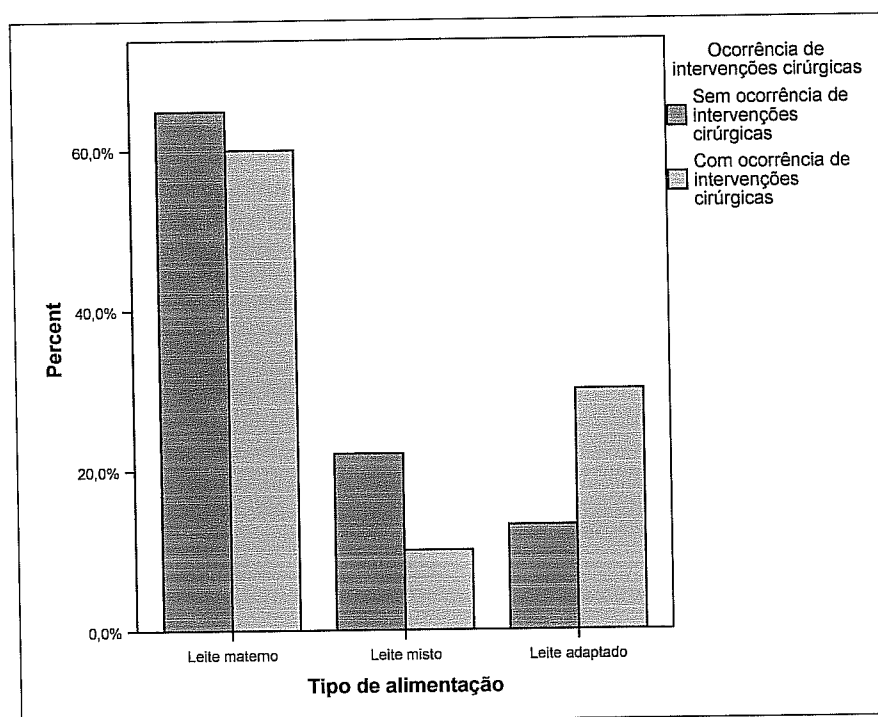
Como ilustra a figura 8, as crianças alimentadas com leite materno recorrem com mais frequência a consultas de especialidade e/ou terapias (74,6%), seguindo-se o grupo de crianças que se alimentam de leite misto (13,6%) e por último as que bebem leite adaptado (11,9%). No entanto, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2(2) = 3.518$ ;  $p = 0.170$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 6).



**Figura 8.** Distribuição da ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias por tipo de alimentação em percentagens.

### Intervenções Cirúrgicas.

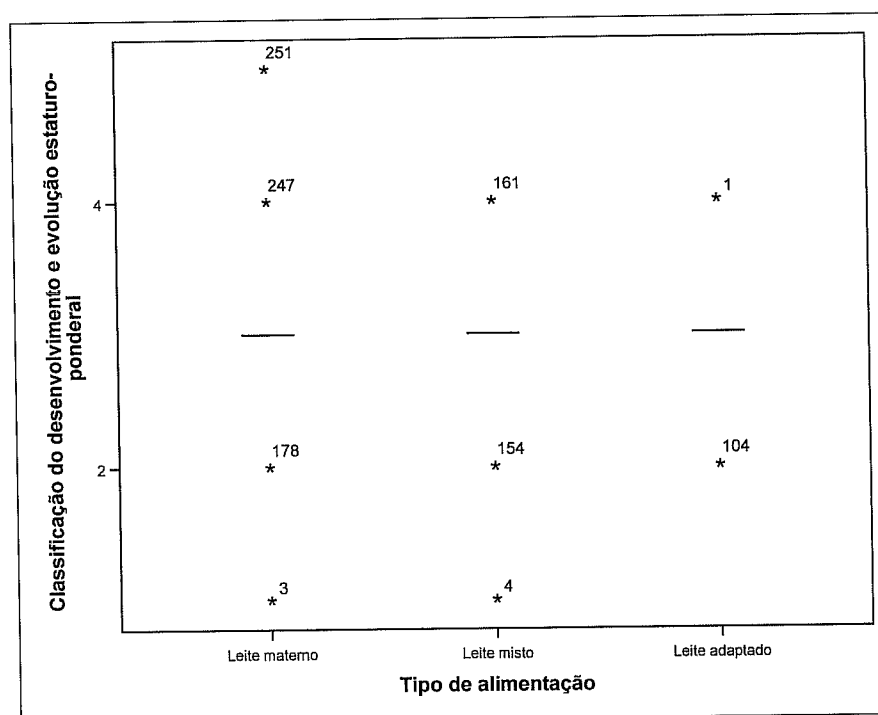
Pela figura 9 as crianças que são amamentadas são submetidas mais vezes a intervenções cirúrgicas (60%) do que as que se alimentam de leite adaptado (30%) e de leite misto (10%). Mas a distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas não é significativamente diferente para os três tipos de alimentação ( $Fisher(2) = 2.509$ ;  $p = 0.269$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 7).



**Figura 9.** Distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas por tipo de alimentação em percentagens.

### *Classificação do Desenvolvimento Psicomotor e Evolução Estaturponderal*

Como se observa na figura 10, a mediana e a amplitude interquartílica da distribuição da classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estaturponderal é 3 e 0 respectivamente, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ao nível desta classificação, face ao tipo de alimentação (*Kruskal-Wallis*  $H(2) = 0.573$ ;  $p = 0.760$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 8).

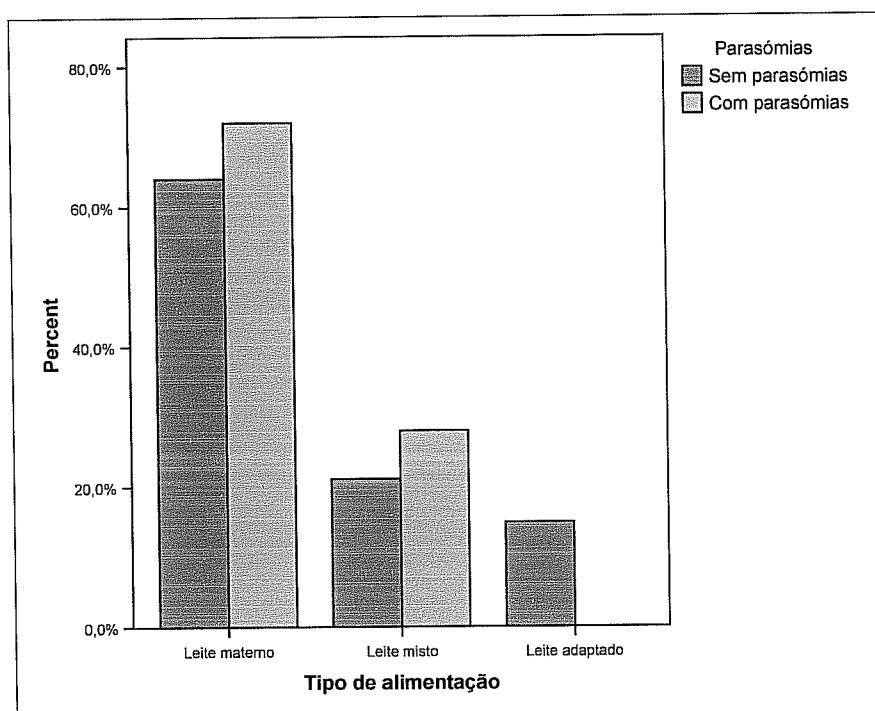


**Figura 10.** Distribuição da classificação do desenvolvimento por tipo de alimentação. Escala de classificação: 1 - Muito bom; 2 - Bom; 3 - Médio; 4 - Fraco; 5 - Muito fraco

## Alterações Comportamentais

### ParasóMIas.

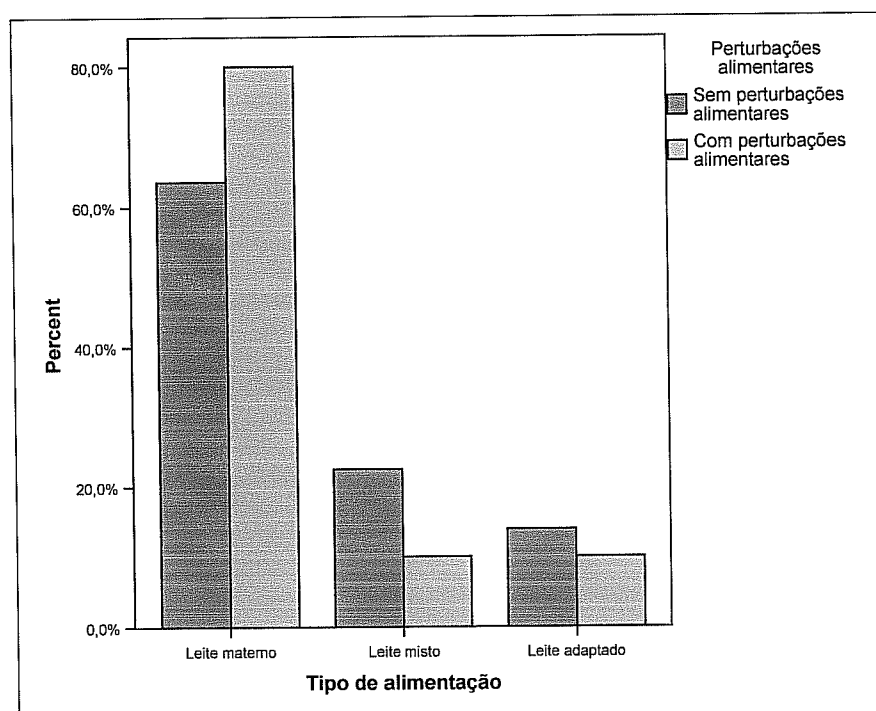
Através da figura 11 verifica-se que os grupos que apresentam parasóMIas são: o grupo de crianças amamentadas (72%), e as crianças alimentadas com leite misto (28%), sendo que as crianças a quem foi ministrado leite adaptado não apresentam este tipo de alteração (0%). Estas diferenças não são no entanto, estatisticamente significativas ( $\chi^2(2) = 4.459; p = 0.125; N = 300$ ) (ver anexo 9).



**Figura 11.** Distribuição da existência de parasóMIas por tipo de alimentação em percentagens.

### Perturbações Alimentares.

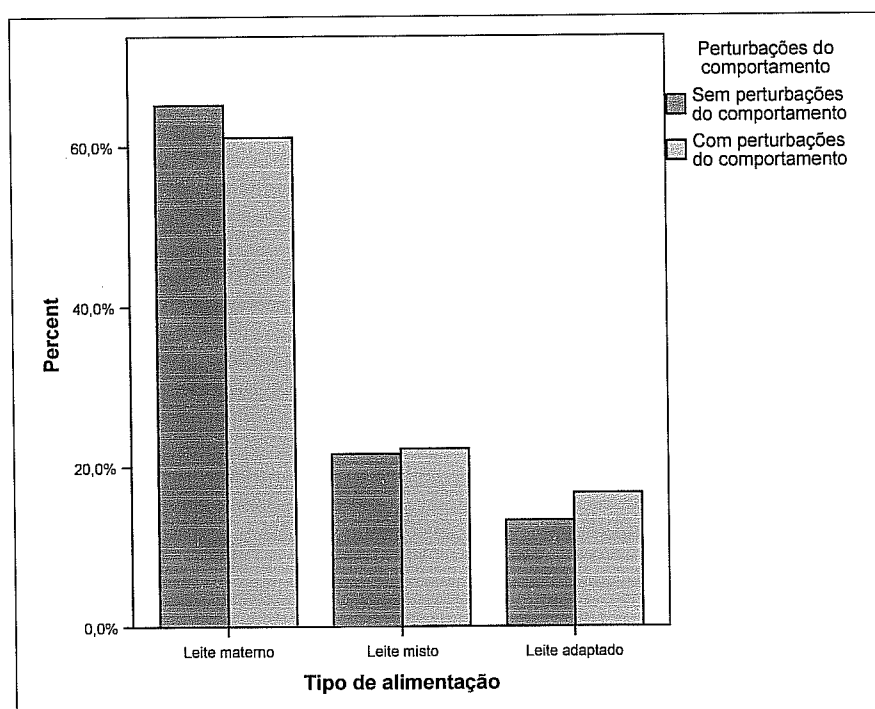
Como se pode observar na figura 12, a frequência relativa mais elevada de perturbações alimentares está presente nas crianças amamentadas com 80%, seguindo-se as crianças que se alimentam com leite misto e adaptado com 10% cada, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre estes três grupos (*Fisher* (2) = 1.956;  $p = 0.375$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 10).



**Figura 12.** Distribuição da existência de perturbações alimentares por tipo de alimentação em percentagens.

### Perturbações do Comportamento.

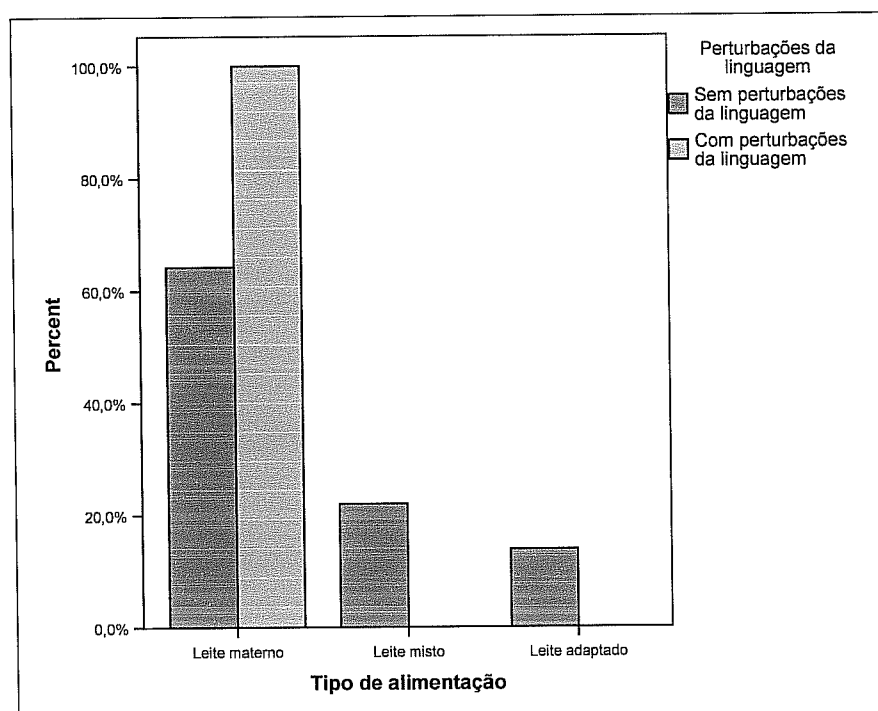
De acordo com a figura 13, 61,1% das crianças amamentadas sofrem de perturbações de comportamento, 22,2% das crianças que se alimentam de leite misto, e 16,7% referentes ao leite adaptado. Mas, apesar disso, a distribuição desta variável não é em termos estatísticos significativamente diferente ( $X^2(2) = 0.355$ ;  $p = 0.869$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 11).



**Figura 13.** Distribuição da existência de perturbações de comportamento por tipo de alimentação em percentagens.

### Perturbações da Linguagem.

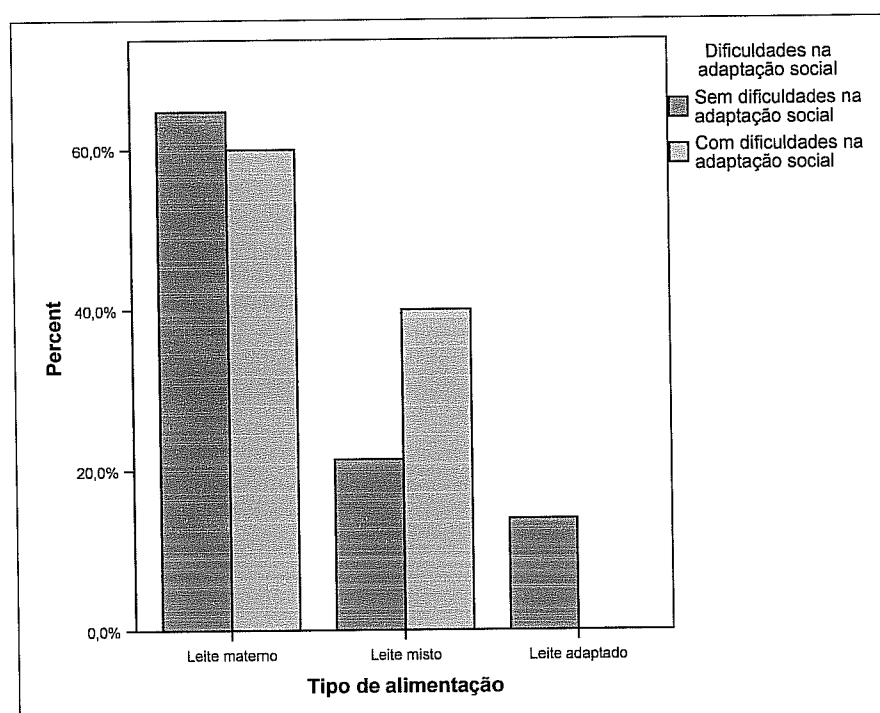
Como se observa na figura 14 apenas o grupo de crianças amamentadas apresenta perturbações da linguagem (100%), não ocorrendo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $Fisher(2) = 1.044$ ;  $p = 0.765$ ;  $N = 300$ ) (ver anexo 12).



**Figura 14.** Distribuição da existência de perturbações da linguagem por tipo de alimentação em percentagens.

### Dificuldades na Adaptação Social.

Relativamente às dificuldades de adaptação social, apenas as crianças que são amamentadas e as crianças que se alimentam de leite misto apresentam esse tipo de dificuldades, 60% e 40% respectivamente (ver figura 15), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $Fisher(2) = 1.218; p = 0.647; N = 300$ ) (ver anexo 13).



**Figura 15.** Distribuição da existência de dificuldades de adaptação social por tipo de alimentação em percentagens.

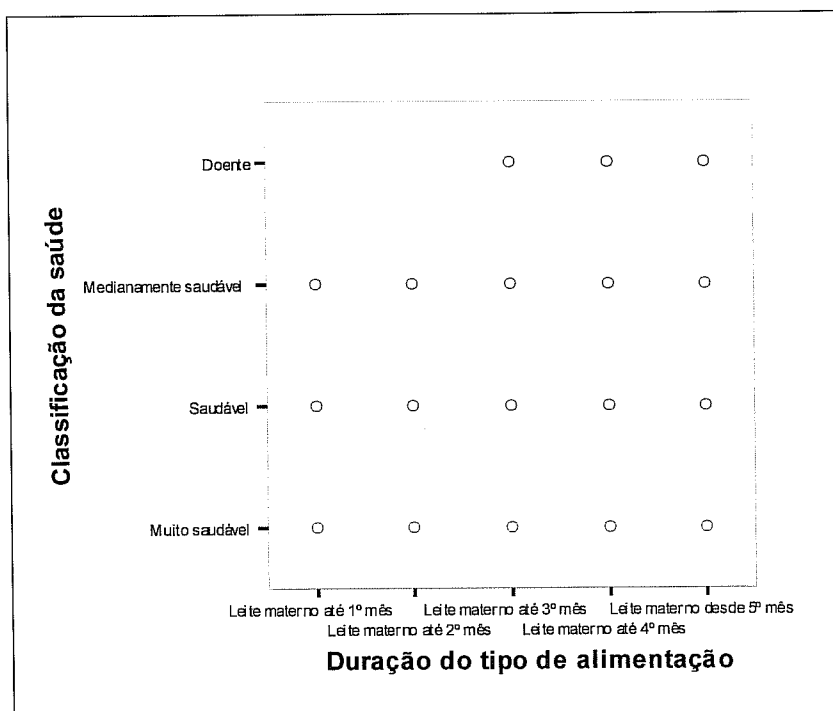
### *Análise do Efeito da Duração do Tipo de Alimentação*

Neste estudo importa não só verificar qual o efeito do tipo de alimentação na saúde e desenvolvimento da criança, mas também se a duração do tipo de alimentação produz algum efeito nas variáveis em estudo. Assim, iremos analisar a duração de dois tipos de alimentação: leite materno e leite misto, uma vez que para o leite adaptado após se iniciar, este tipo de aleitamento permanece. A duração do tipo de alimentação foi dividida em cinco classes: até ao 1º mês, até ao 2º mês, até ao 3º mês, até ao 4º mês e até ao 5º mês ou mais.

## Classificação da Saúde

### Tipo de alimentação: leite materno.

A figura 16 ilustra a correlação entre a classificação de saúde e a duração do tipo de alimentação, verificando-se que no caso das crianças que são amamentadas não existe associação estatisticamente significativa ( $R_S = 0.104$ ;  $p = 0.149$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 14).

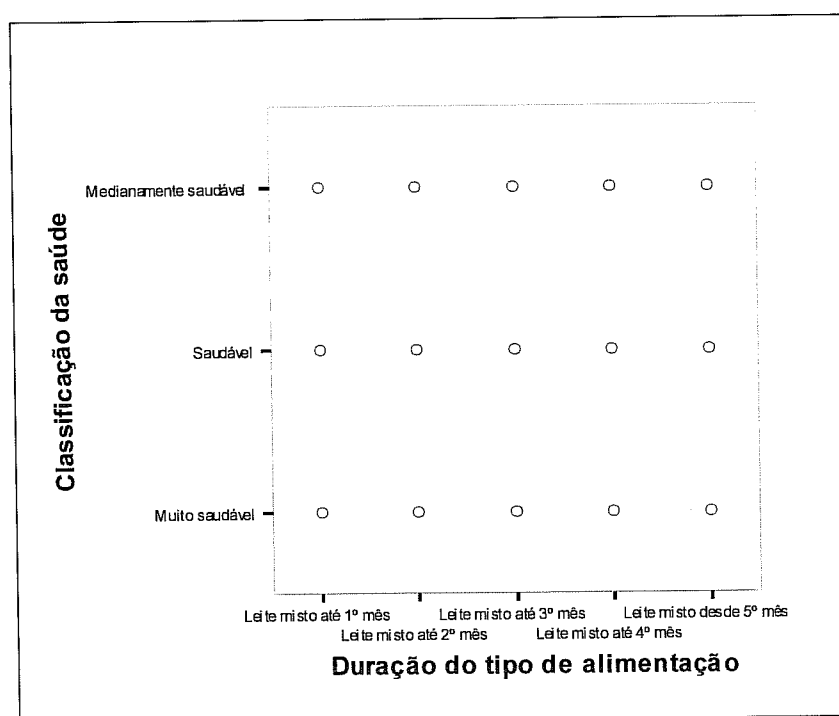


**Figura 16.** Diagrama de dispersão da classificação da saúde em função da duração do tipo de alimentação – leite materno.

Escala de classificação: 1 - Muito saudável; 2 - Saudável; 3 - Medianamente saudável; 4 - Doente; 5 - Muito doente

Tipo de alimentação: leite misto.

Através da figura 17 pode-se observar que no caso das crianças que são alimentadas com leite misto não existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre a classificação da saúde e a duração do tipo de alimentação ( $R_S = 0.214$ ;  $p = 0.087$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 15).

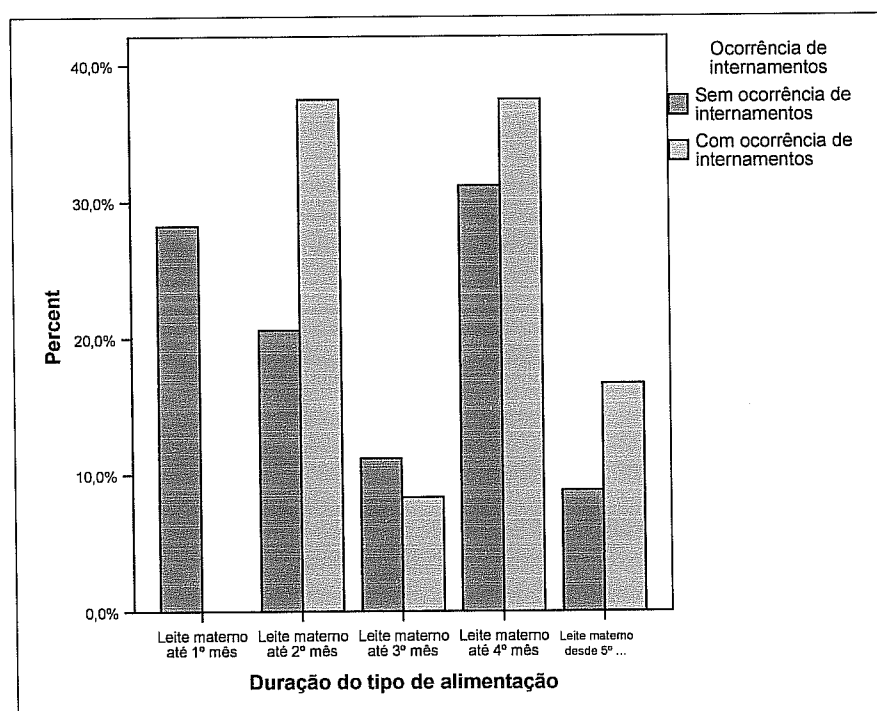


**Figura 17.** Diagrama de dispersão da classificação da saúde em função da duração do tipo de alimentação – leite misto.  
Escala de classificação: 1 - Muito saudável; 2 - Saudável; 3 - Medianamente saudável; 4 - Doente; 5 - Muito doente

*Saúde (Outros Aspectos Relacionados)*

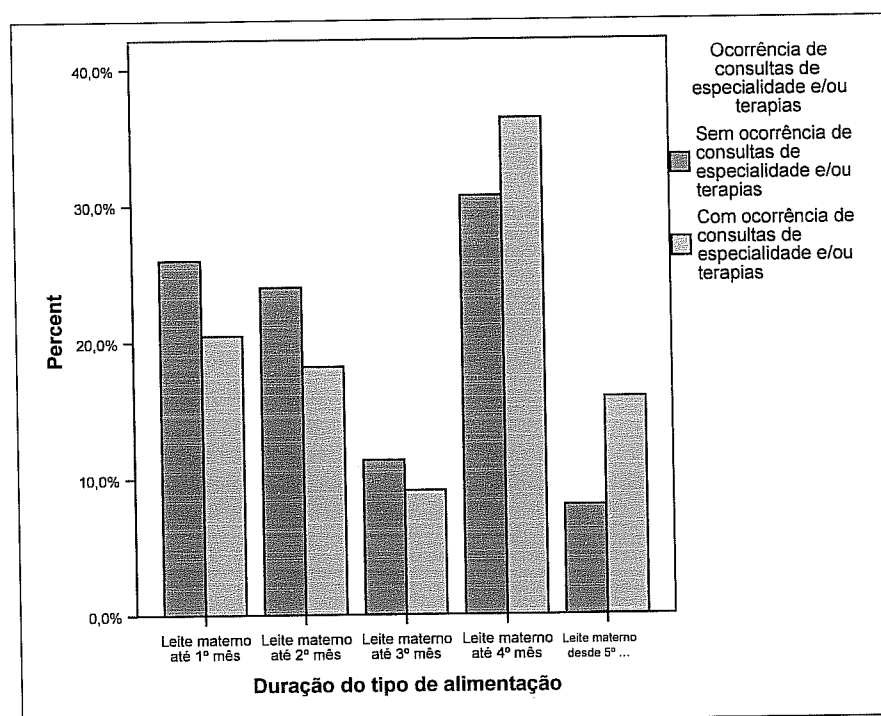
*Tipo de alimentação: leite materno.*

No que diz respeito à ocorrência de internamentos, observa-se na figura 18 que: nenhuma das crianças que é amamentada até ao 1º mês foi internada (0%); as crianças amamentadas até ao 2º e 4º mês foram internadas em cerca de 37%; 8,3% também o foram com uma duração de leite materno até ao 3º mês e 16,5% das crianças alimentadas com leite materno a partir do 5º mês sofreram um internamento. Verifica-se ainda a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $V = 0.240$ ;  $p = 0.023$ ;  $N = 194$ ), com frequências relativas mais elevadas para a duração de 2 e 4 meses (ver anexo 16).



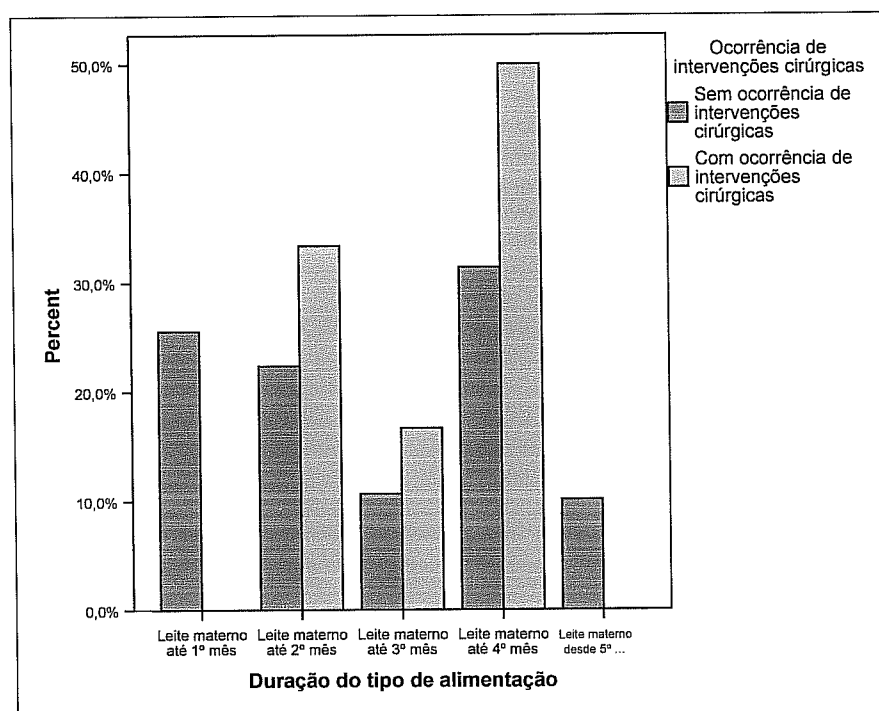
**Figura 18.** Distribuição da ocorrência de internamentos por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

Face às consultas de especialidade e/ou terapias, observa-se na figura 19 que tal ocorreu em 20,5% das crianças amamentadas até ao 1º mês; 18,2% até ao 2º mês; 9,1% até ao 3º mês; 36,4% até ao 4º mês e 15,9% a partir do 5º mês, não se verificando correlações estatisticamente significativas ( $V = 0.136$ ;  $p = 0.463$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 16).



**Figura 19.** Distribuição da ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

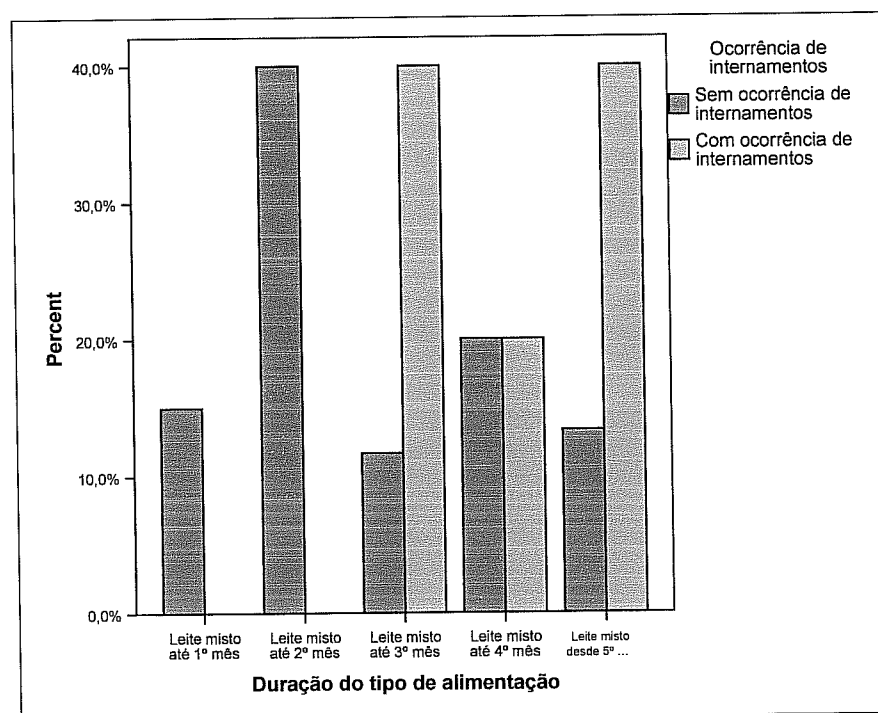
Ainda relativamente às crianças amamentadas, a figura 20 ilustra as frequências relativas da ocorrência das intervenções cirúrgicas, sendo que para as crianças do grupo do leite materno até ao 1º mês e a partir do 5º mês não se registam intervenções (0%); as que se alimentam deste tipo de leite até ao 2º mês foram submetidas a intervenções cirúrgicas em 33,3%; 16,7% com duração de 3 meses; e 50% com duração de 4 meses. No entanto, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre os grupos ( $V = 0.130$ ;  $p = 0.547$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 16).



**Figura 20.** Distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

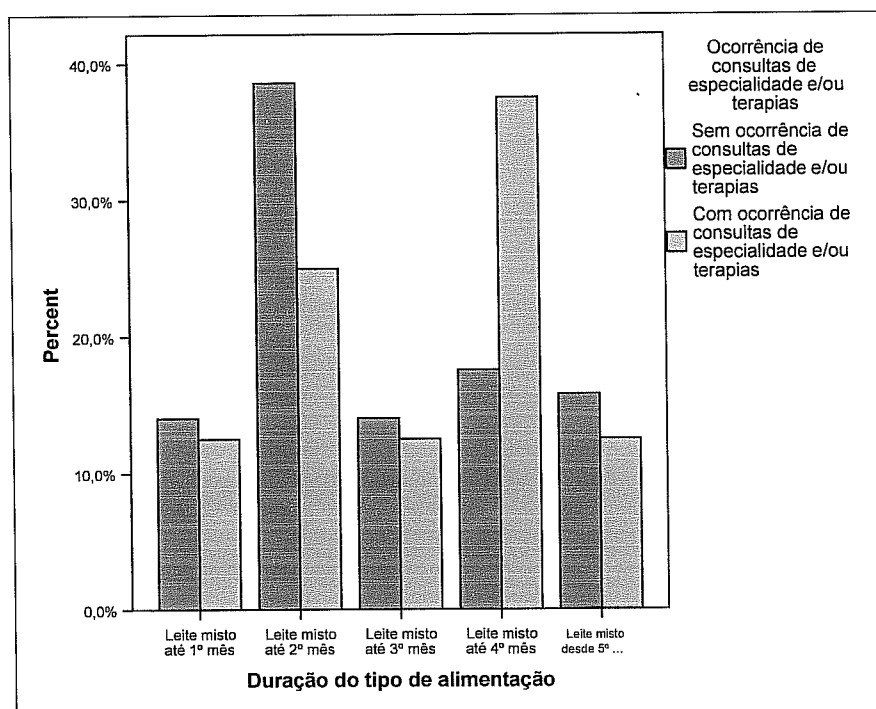
Tipo de alimentação: leite misto.

Pela figura 21 observa-se que as crianças alimentadas com leite misto até ao 1º e 2º mês não sofreram internamentos (0%); que as crianças que se alimentam desta forma até ao 3º e a partir do 5º mês foram internadas na mesma proporção (40%), seguindo-se as que bebem leite misto até ao 4º mês (20%). Não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de internamentos e a duração do tipo de alimentação ( $V = 0.341$ ;  $p = 0.086$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 17).



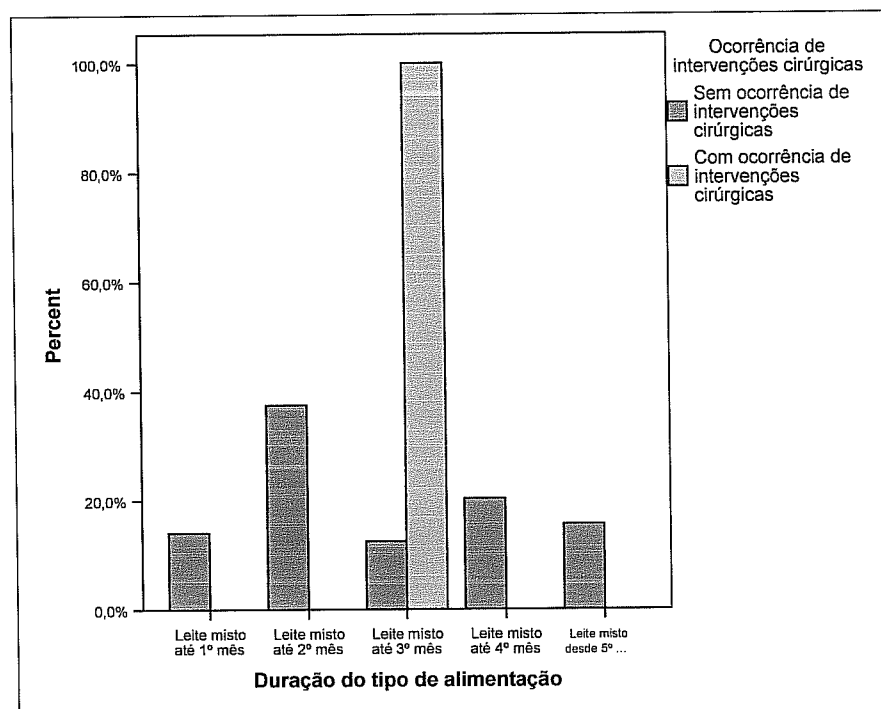
**Figura 21.** Distribuição da ocorrência de internamentos por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

Observa-se na figura 22 que as crianças alimentadas com leite misto recorrem a consultas de especialidade e/ou terapias em 12,5% das crianças assim alimentadas até ao 1º mês; 25% até ao 2º mês; 12,5% até ao 3º mês; 37,5% até ao 4º mês e 12,5% a partir do 5º mês, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ao nível da correlação entre as variáveis ( $V = 0.167$ ;  $p = 0.857$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 17).



**Figura 22.** Distribuição da ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

Como se pode verificar na figura 23, apenas as crianças alimentadas com leite misto até ao 3º mês foram submetidas a intervenções cirúrgicas (100%), não existindo portanto uma correlação estatisticamente significativa entre esta variável e a duração do tipo de alimentação ( $V = 0.312$ ;  $p = 0.277$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 17).

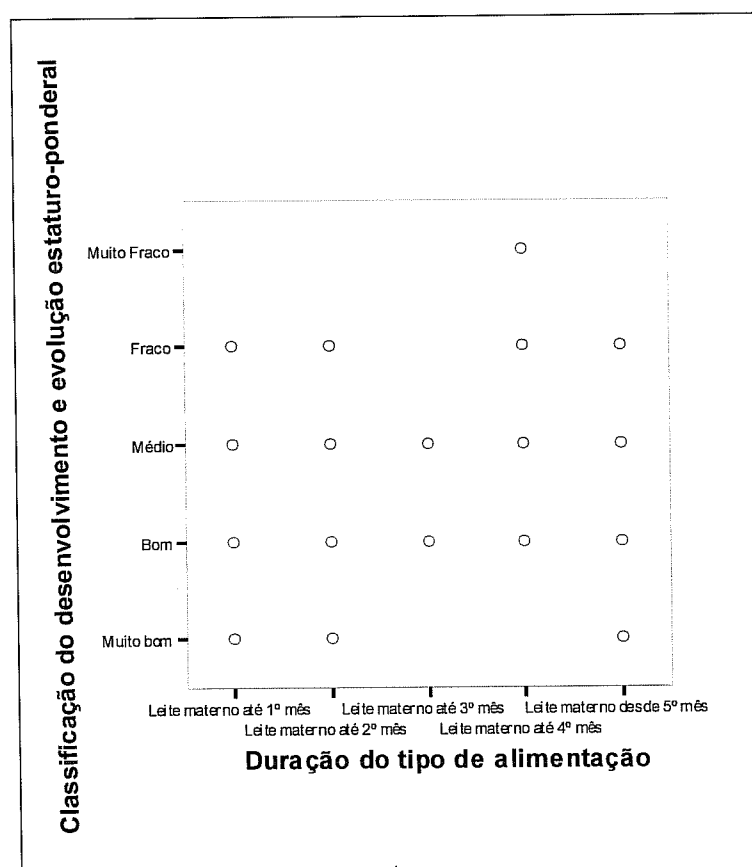


**Figura 23.** Distribuição da ocorrência de intervenções cirúrgicas por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

### *Classificação do Desenvolvimento Psicomotor e Evolução Estature-ponderal*

#### Tipo de alimentação: leite materno.

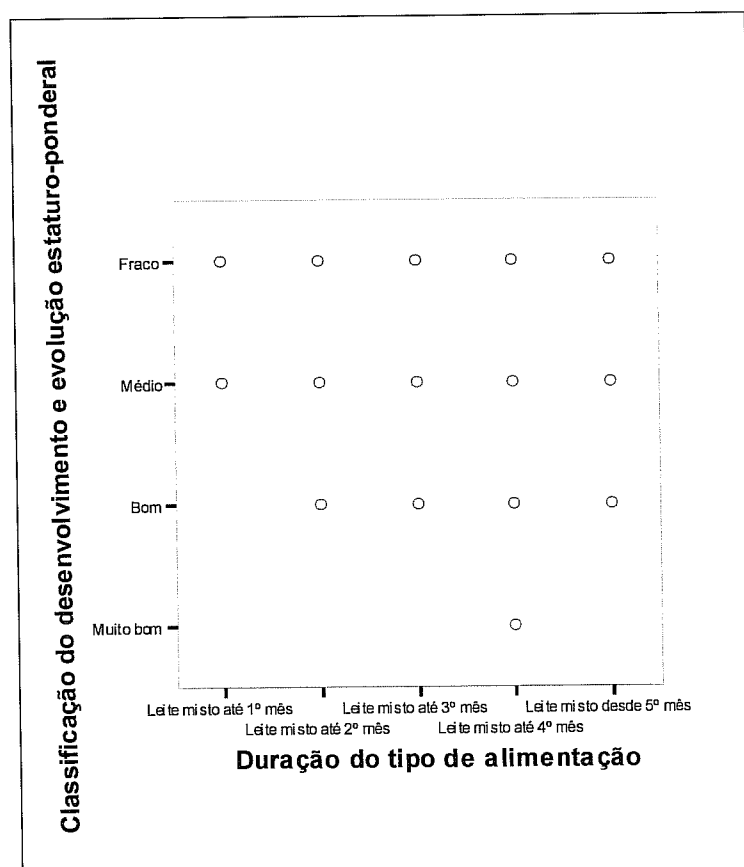
Pela figura 24 observamos que relativamente às crianças amamentadas existe associação marginalmente significativa entre a classificação do desenvolvimento e evolução estature-ponderal e a duração do tipo de alimentação ( $R_S = 0.140$ ;  $p = 0,051$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 18).



**Figura 24.** Diagrama de dispersão da classificação do desenvolvimento e evolução estature-ponderal em função da duração do tipo de alimentação – leite materno. Escala de classificação: 1 - Muito bom; 2 - Bom; 3 - Médio; 4 - Fraco; 5 - Muito fraco

Tipo de alimentação: leite misto.

A figura 25 ilustra que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a classificação do desenvolvimento e evolução estatura-ponderal e a duração do tipo de alimentação para as crianças alimentadas com leite misto ( $R_s = -0.052$ ;  $p = 0.679$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 19).

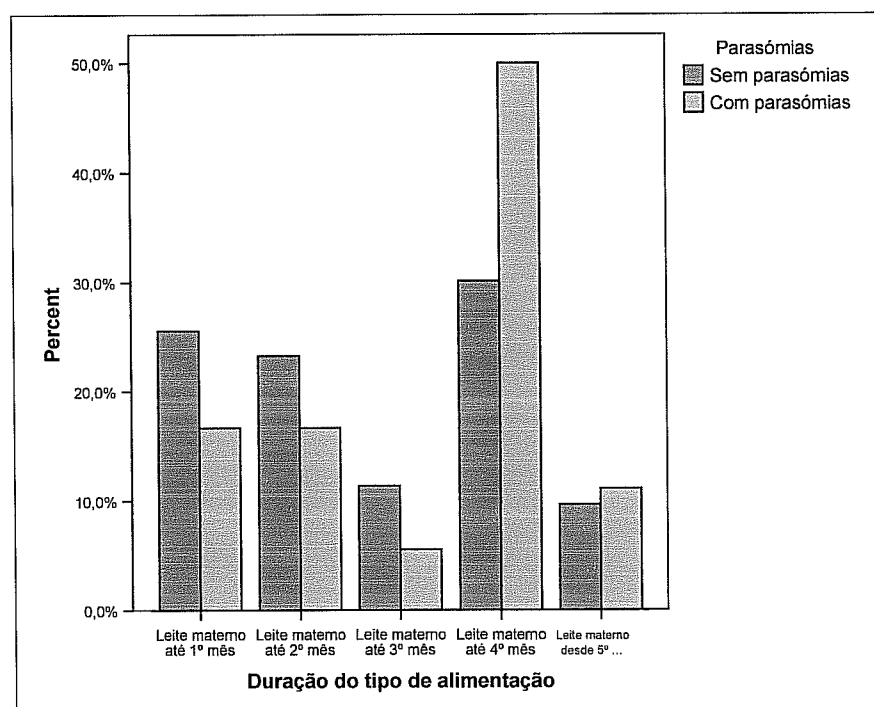


**Figura 25.** Diagrama de dispersão da classificação do desenvolvimento e evolução estatura-ponderal em função da duração do tipo de alimentação – leite misto. Escala de classificação: 1 - Muito bom; 2 - Bom; 3 - Médio; 4 - Fraco; 5 - Muito fraco

### *Alterações Comportamentais*

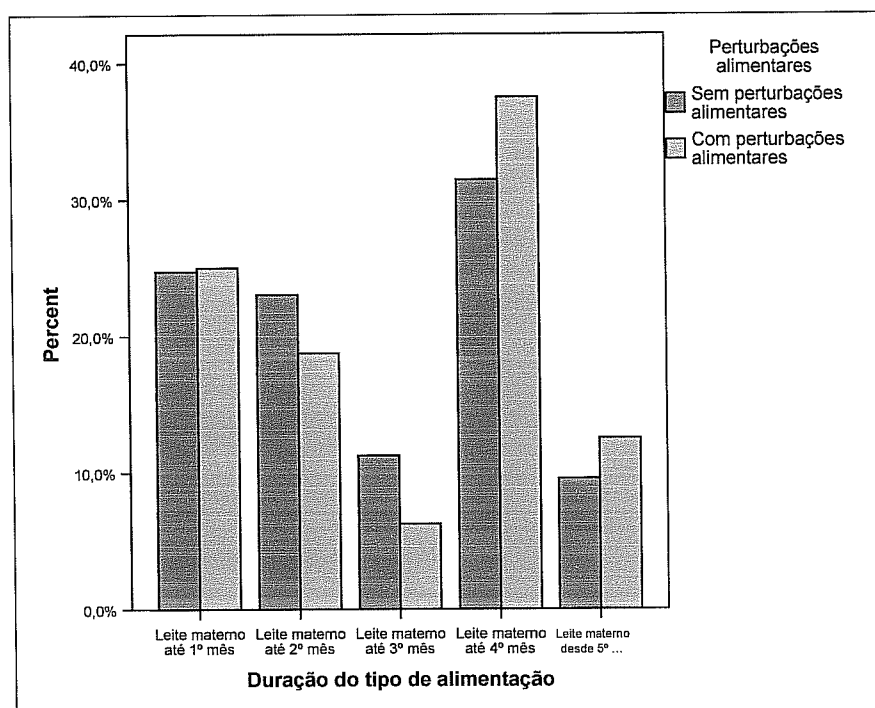
#### Tipo de alimentação: leite materno.

A figura 26 revela que as crianças amamentadas até ao 4º mês manifestam maior frequência de parasómiás (50%), seguindo-se as crianças amamentadas até ao 1º e 2º mês (16,7%), posteriormente as que são alimentadas até ao 5º mês ou mais (11,1%) e finalmente as que são alimentadas com leite materno até ao 3º mês (5,6%). Não se observa uma correlação estatisticamente significativa ( $V = 0.132$ ;  $p = 0.506$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 20).



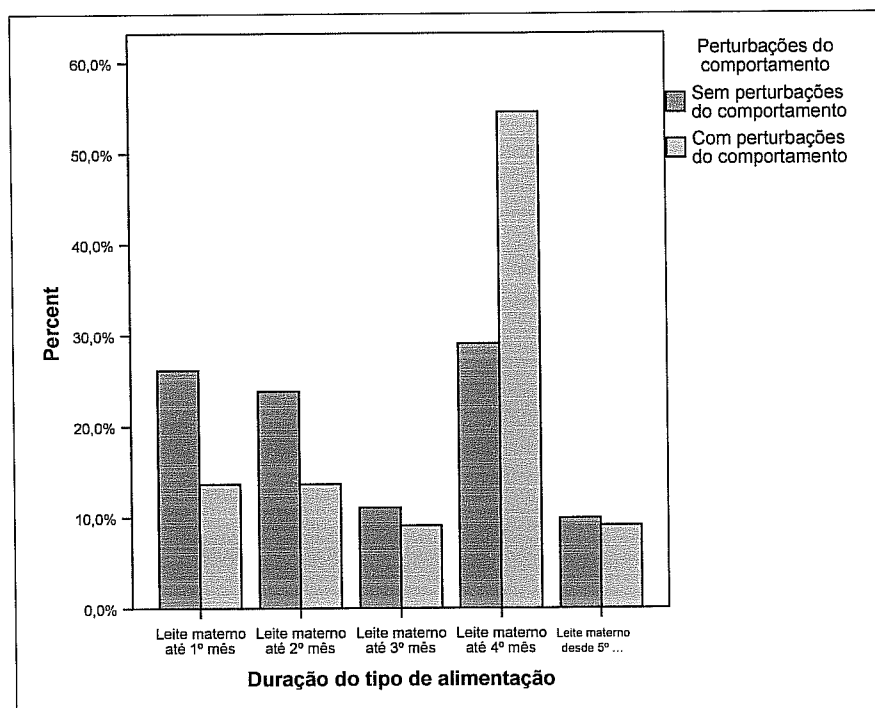
**Figura 26.** Distribuição da existência de parasómiás por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

Quanto à existência de perturbações alimentares, a frequência mais elevada corresponde às crianças do aleitamento materno até ao 4º mês (37,5%), seguindo-se a duração do 1º mês (25%), depois a do 2º mês (18%), a duração igual ou superior ao 5º mês (12,5%) e finalmente a correspondente ao 3º mês (6,3%) (figura 27). Apesar de frequências relativas diferentes, não se regista uma associação significativa ao nível estatístico ( $V = 0.062$ ;  $p = 0.948$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 20).



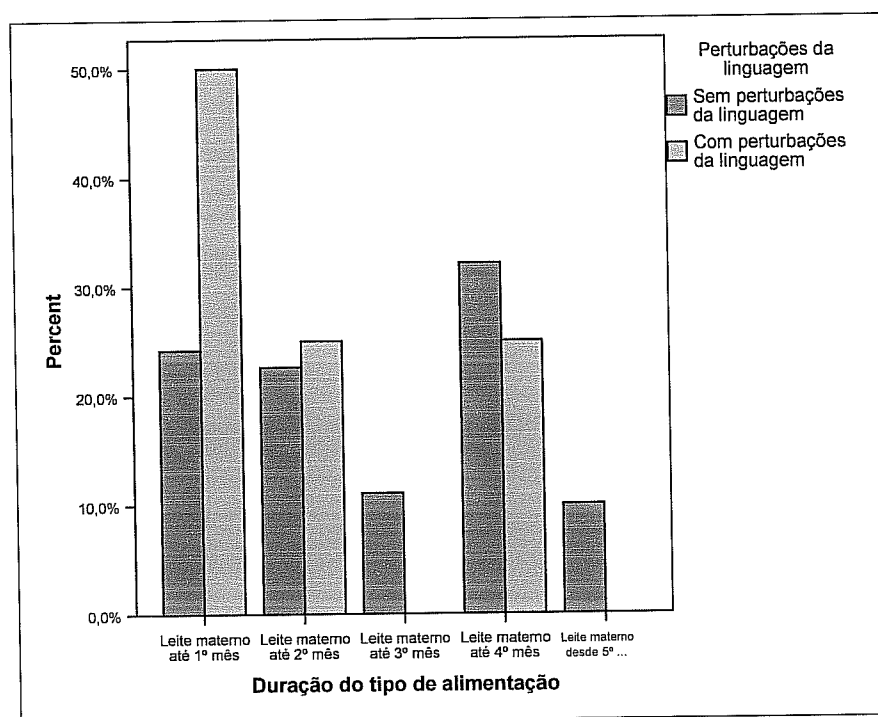
**Figura 27.** Distribuição da existência de perturbações alimentares por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

Através da figura 28, é possível constatar que as crianças amamentadas até ao 4º mês apresentam uma frequência mais elevada de perturbações comportamentais (54,5%) do que as crianças alimentadas desta forma até ao 1º e 2º meses (13,6%), e do que as crianças a quem foi ministrado leite materno até ao 3º e 5º meses ou mais (9,1%). Não se observa uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $V = 0.178$ ;  $p = 0.180$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 20).



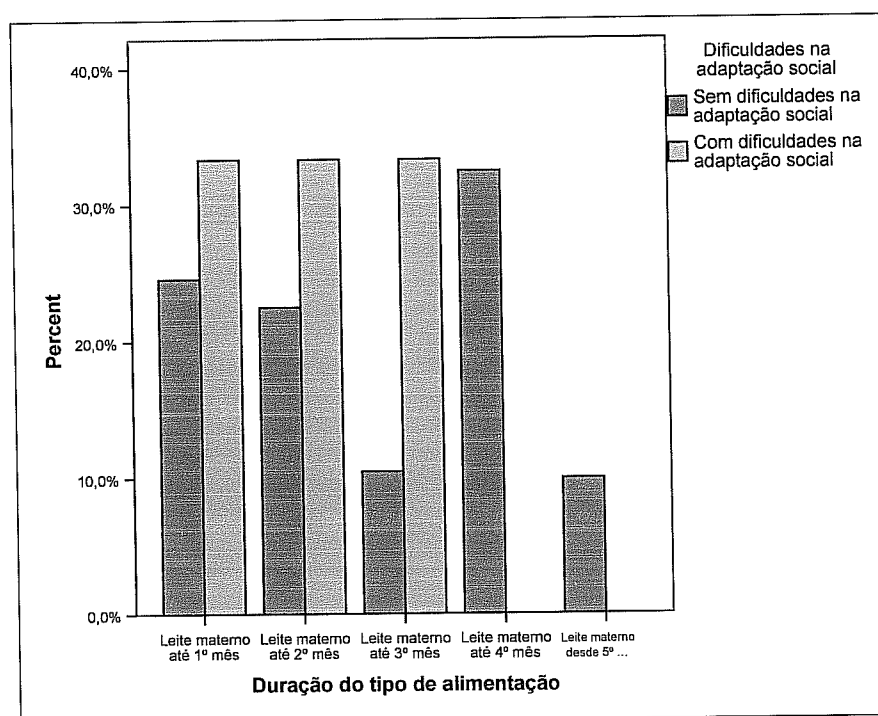
**Figura 28.** Distribuição da existência de perturbações do comportamento por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

A figura 29 é representativa das frequências relativas das perturbações da linguagem em função da duração do aleitamento materno. A frequência mais elevada corresponde ao 1º mês (50%), seguindo-se o 2º e 4º com frequência igual (25%), sendo que nas duas restantes durações não se registam perturbações deste género (0%). Também a correlação não é estatisticamente significativa ( $V = 0.101$ ;  $p = 0.839$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 20).



**Figura 29.** Distribuição da existência de perturbações da linguagem por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

Quanto às dificuldades na adaptação social, a figura 30 evidencia que nas duas durações mais longas (4º mês e 5º mês ou superior) não se registam este tipo de dificuldades (0%), enquanto que nas restantes (1º, 2º e 3º meses) a frequência é equivalente (33,3%). Não se observa uma associação estatisticamente significativa ( $V = 0.123$ ;  $p = 0.598$ ;  $N = 194$ ) (ver anexo 20).

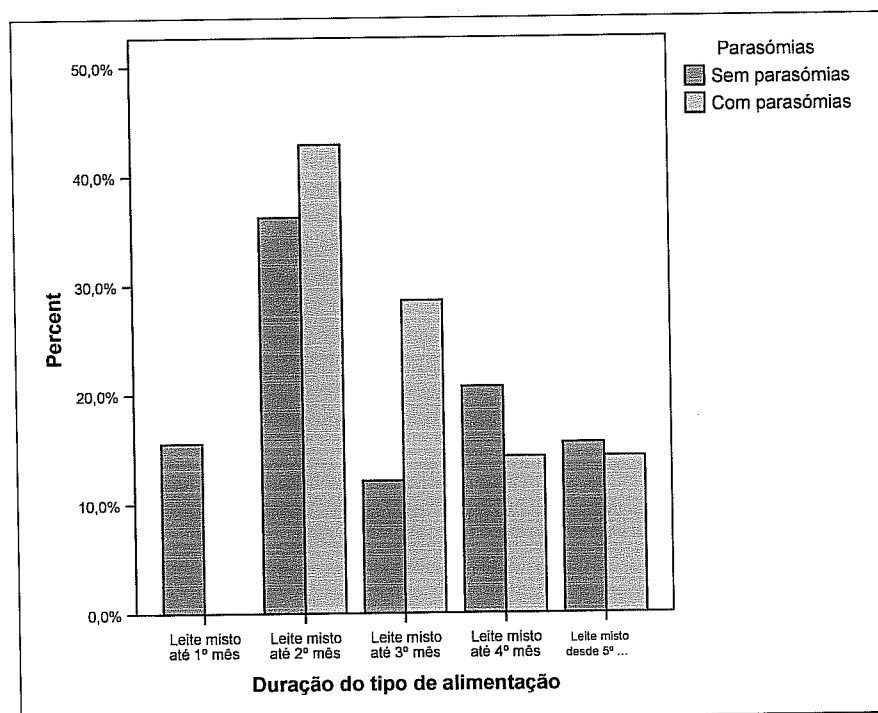


**Figura 30.** Distribuição da existência de dificuldades na adaptação social por duração do tipo de alimentação – leite materno, em percentagens.

Tipo de alimentação: leite misto.

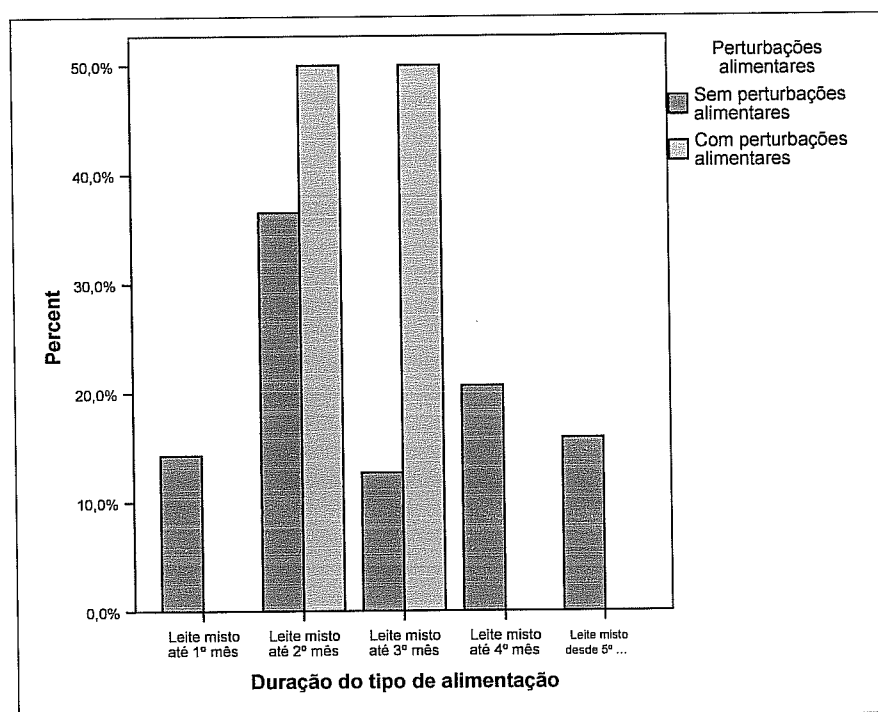
No que se refere ao leite misto, verifica-se pela observação da figura 31 que são as crianças que se alimentam de leite misto até ao 2º mês que apresentam uma maior frequência de parasómiás (42,9%), seguindo-se as crianças que se alimentam desta forma até ao 3º mês (28,6%), até ao 4º mês e 5º mês ou mais (14,3%) e por fim as crianças a quem o leite misto foi ministrado por menos tempo, 1 mês (0%).

Não se verifica uma associação estatisticamente significativa ( $V = 0.197$ ;  $p = 0.703$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 21).



**Figura 31.** Distribuição da existência de parasómiás por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

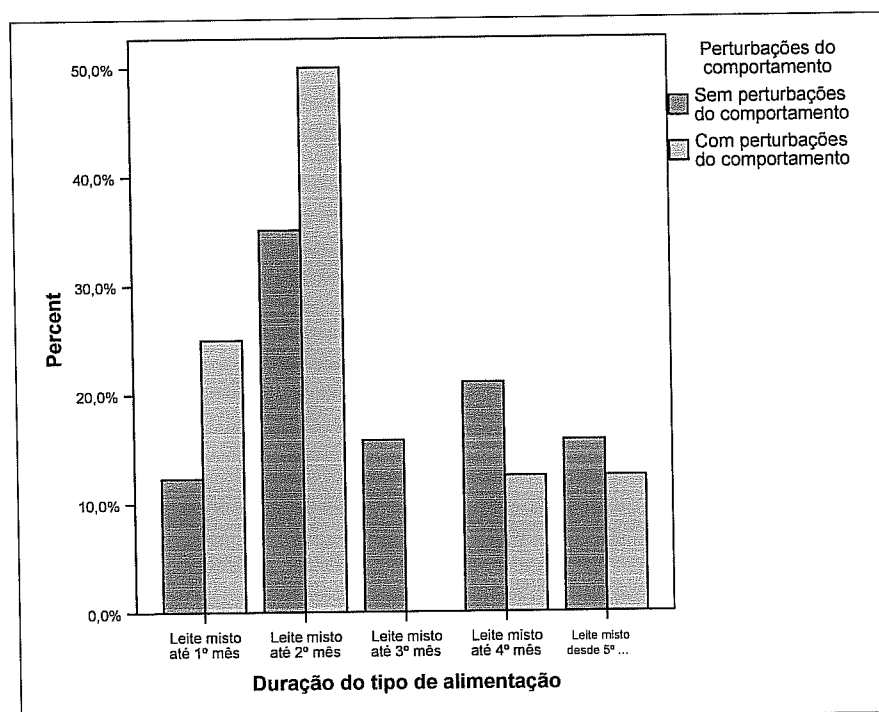
Relativamente à ocorrência de perturbações alimentares, como se observa na figura 32, apenas as crianças alimentadas com leite misto até ao 2º e 3º meses apresentam este tipo de perturbação com frequência relativa de 50% cada. Também não se constata a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $V = 0.217$ ;  $p = 0.735$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 21).



**Figura 32.** Distribuição da existência de perturbações alimentares por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

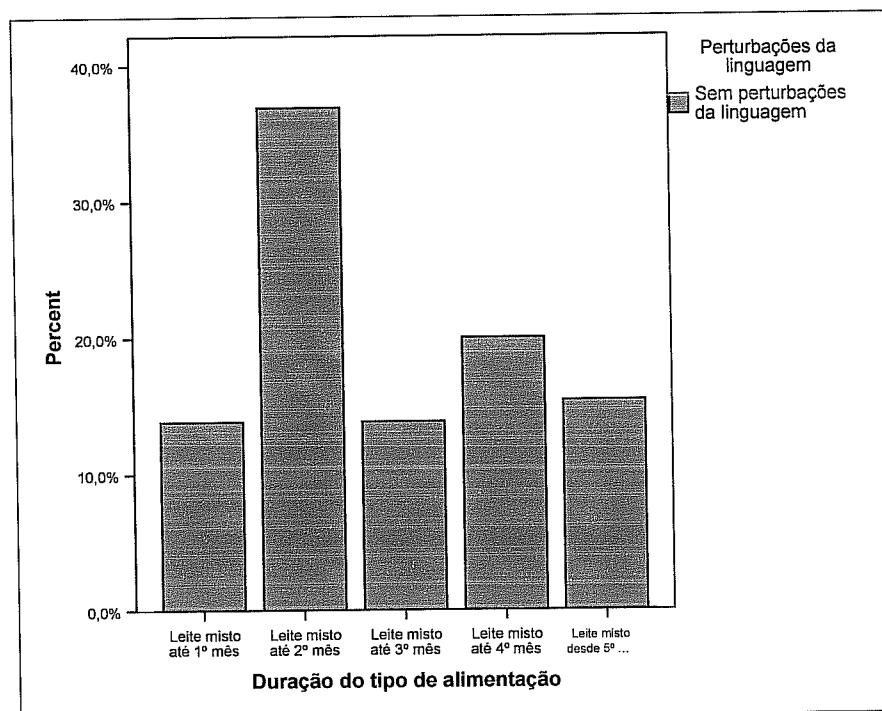
Verifica-se pela figura 33 que são as crianças alimentadas com leite misto até ao 2º mês que apresentam maior ocorrência de perturbações comportamentais (50%), seguindo-se as crianças alimentadas com leite misto até ao 1º mês (25%), e depois com a mesma frequência, as crianças alimentadas até 4º mês e até ao 5º mês ou mais (12,5%). Observa-se ainda que as crianças alimentadas desta forma até ao 3º mês não apresentam perturbações do comportamento (0%).

Também para este tipo de perturbações não se observa a ocorrência de uma associação estatisticamente significativa ( $V = 0.208$ ;  $p = 0.660$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 21).



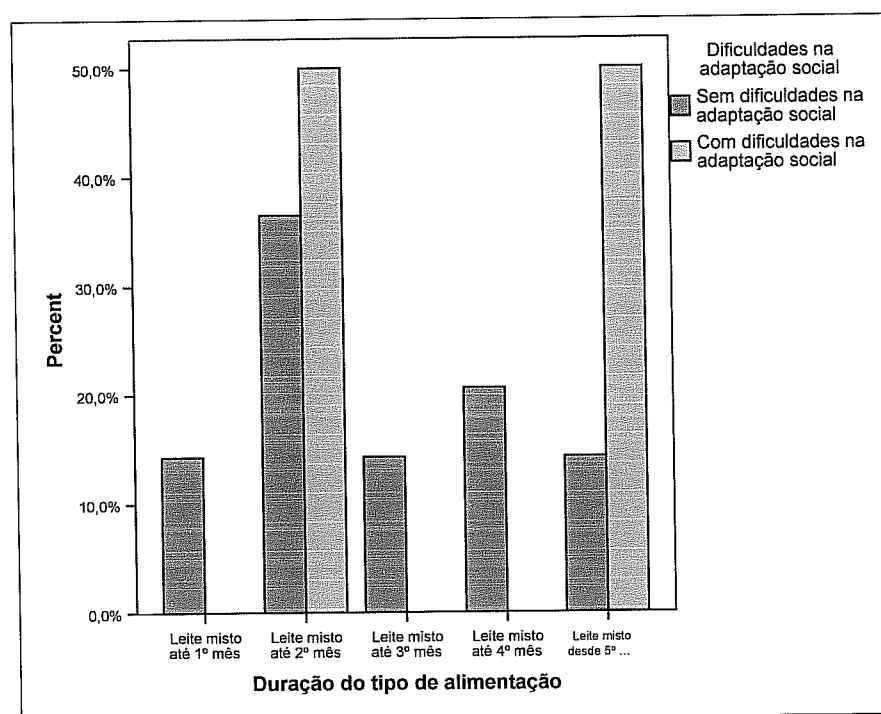
**Figura 33.** Distribuição da existência de perturbações do comportamento por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

Como se pode observar na figura 34, nenhum dos grupos de crianças alimentadas com leite misto e independentemente da sua duração, apresenta perturbações da linguagem (0%). Neste caso não é possível avaliar se existe uma associação estatisticamente significativa, pois não existe variabilidade (ver anexo 21).



**Figura 34.** Distribuição da existência de perturbações da linguagem por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.

Quanto à adaptação social (ver figura 35), apenas as crianças alimentadas com leite misto até ao 2º mês e até ao 5º mês ou mais manifestam dificuldades a este nível com igual percentagem (50%). À semelhança dos casos anteriores, não existe uma associação estatisticamente significativa ( $V = 0.203$ ;  $p = 0.850$ ;  $N = 65$ ) (ver anexo 21).



**Figura 35.** Distribuição da existência de dificuldades na adaptação social por duração do tipo de alimentação – leite misto, em percentagens.



Saúde (outros aspectos relacionados).

A tabela 4 ilustra a percentagem de internamentos, consultas de especialidade e/ou terapias e intervenções cirúrgicas em função da existência ou não de antecedentes familiares de doença para os três tipos de alimentação (materno, misto e adaptado). O grupo com frequência mais elevada (78,5%) corresponde às crianças alimentadas com leite misto, que têm antecedentes familiares e que não foram submetidas a intervenções cirúrgicas.

No caso da variável ocorrência de internamentos, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para o leite materno ( $X^2(1) = 4.881$ ;  $p = 0.039$ ;  $N = 194$ ), mas não para os restantes tipo de alimentação: misto (*Fisher's p* = 1.000;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher's p* = 0.660;  $N = 41$ ).

Relativamente à ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias não existe significância estatística para os três tipo de alimentação: materno ( $X^2(1) = 0.039$ ;  $p = 1.000$ ;  $N = 194$ ), misto (*Fisher's p* = 0.675;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher's p* = 0.675;  $N = 41$ ).

O mesmo se sucede para a ocorrência de intervenções cirúrgicas no leite materno (*Fisher's p* = 0.629;  $N = 194$ ), misto (*Fisher's p* = 0.215;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher's p* = 0.439;  $N = 41$ ) (ver anexo 23).

**Tabela 4.** Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação.

Saúde	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem A.F.	Com A.F.	Sem A.F.	Com A.F.	Sem A.F.	Com A.F.
Sem Internamentos	18,8%	69,1%	20,0%	72,3%	14,6%	61,0%
Com Internamentos	5,2%	7,2%	1,5%	6,2%	2,4%	22,0%
Sem Consultas de Especialidade/Terapias	18,6%	58,8%	20,2%	67,7%	14,6%	68,3%
Com Consultas de Especialidade/Terapias	5,2%	17,5%	1,5%	10,8%	2,4%	14,6%
Sem Intervenções Cirúrgicas	22,7%	74,2%	20,0%	78,5%	14,6%	78,0%
Com Intervenções Cirúrgicas	1,0%	2,1%	1,5%	0,0%	2,4%	4,9%

Classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal.

Pela tabela 5 observa-se que o grupo de crianças com frequência relativa mais elevada (63,4%) corresponde às crianças amamentadas, que têm antecedentes familiares de doenças e que apresentam uma classificação do desenvolvimento médio. No grupo de crianças alimentadas com leite misto e adaptado não existe nenhuma com a classificação muito fraco, sendo que neste último caso também não se encontra nenhuma criança com um nível de desenvolvimento muito bom.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a variável antecedentes familiares e a classificação do desenvolvimento em função do tipo de alimentação: leite materno (*Mann-Whitney*  $U = 3387.500$ ;  $p = 0.940$ ;  $N = 194$ ), leite misto (*Mann-Whitney*  $U = 319.000$ ;  $p = 0.475$ ;  $N = 65$ ) e leite adaptado (*Mann-Whitney*  $U = 107.500$ ;  $p = 0.684$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 24).

**Tabela 5.** Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação.

Classificação do Desenv.	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem A.F.	Com A. F.	Sem A.F.	Com A. F.	Sem A.F.	Com A. F.
Muito bom	0,5%	1,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%
Bom	2,6%	5,7%	4,6%	7,7%	2,4%	12,2%
Médio	17,5%	63,4%	15,4%	61,5%	14,6%	61,0%
Fraco	3,1%	5,7%	1,5%	7,7%	0,0%	9,8%
Muito fraco	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Alterações comportamentais.

Através da tabela 6, observa-se que o valor mais elevado de frequência relativa (82,9%) corresponde às crianças alimentadas com leite adaptado, com antecedentes familiares e sem ocorrência de parasómiás, perturbações da linguagem e sem dificuldades de adaptação social. É de salientar que no grupo das crianças alimentadas com este tipo de leite (adaptado), não se regista a ocorrência das alterações comportamentais acima referidas. Também as crianças alimentadas com leite misto não sofrem de perturbações da linguagem.

Verifica-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável antecedentes familiares e parasómiás para os tipos de alimentação: leite

materno (*Fisher's p* = 0,144; *N* = 194) e leite misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65). Para o leite adaptado não é possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, pois não há variabilidade de valores (o valor das parasómiás é constante, que neste caso significa que não ocorreram parasómiás nas crianças alimentadas desta forma).

Para as perturbações alimentares não existem diferenças entre os três grupos: leite materno (*Fisher's p* = 0.539; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 0.316; *N* = 41). O mesmo se sucede para as perturbações do comportamento para o aleitamento materno ( $X^2(1) = 0.419$ ; *p* = 0.605; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41).

Quanto às perturbações da linguagem, as diferenças não são estatisticamente significativas para o aleitamento materno (*Fisher's p* = 0.574; *N* = 194). No caso das crianças alimentadas com leite misto e adaptado, não é possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, pois não há variabilidade de valores (o valor das perturbações da linguagem é constante).

Por fim, ao nível da variável dificuldades na adaptação social, não se registam diferenças estatisticamente significativas para as crianças amamentadas (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 194) e para as crianças alimentadas com leite misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65). Não existe variabilidade de valores no leite adaptado, logo não é possível aferir se existe significância estatística (ver anexo 25).

**Tabela 6.** Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação.

Alterações Comportamentais	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem A.F	Com A.F	Sem A.F	Com A.F	Sem A.F	Com A.F
Sem Parasómiás	20,1%	70,6%	20,0%	69,2%	17,1%	82,9%
Com Parasómiás	3,6%	5,7%	1,5%	9,2%	0,0%	0,0%
Sem Perturbações Alimentares	21,1%	70,6%	21,5%	75,4%	14,6%	80,5%
Com Perturbações Alimentares	2,6%	5,7%	0,0%	3,1%	2,4%	2,4%
Sem Perturbações do Comportamento	21,6%	67,0%	18,5%	69,2%	14,6%	70,7%
Com Perturbações do Comportamento	2,1%	9,3%	3,1%	9,2%	2,4%	12,2%
Sem Perturbações da Linguagem	23,7%	74,2%	21,5%	78,5%	17,1%	82,9%
Com Perturbações da Linguagem	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sem Dificuldades na Adaptação Social	23,7%	74,7%	21,5%	75,4%	17,1%	82,9%
Com Dificuldades na Adaptação Social	0,0%	1,5%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%

## Intercorrências na Gravidez

### Classificação da Saúde.

Como se pode observar na tabela 7, são as crianças amamentadas, sem intercorrências na gravidez e saudáveis que apresentam o valor percentual mais elevado (53,1%). As crianças alimentadas com leite misto não são consideradas como sendo doentes e muito doentes e as crianças alimentadas com leite materno e adaptado não são classificadas como muito doentes.

Não se observam diferenças estatisticamente significativas ao nível da classificação de saúde para a variável intercorrências na gravidez e independentemente do tipo de alimentação: materno (*Mann-Whitney*  $U = 1926.500$ ;  $p = 0.097$ ;  $N = 194$ ), misto (*Mann-Whitney*  $U = 53.000$ ;  $p = 0.217$ ;  $N = 65$ ) ou adaptado (*Mann-Whitney*  $U = 72.500$ ;  $p = 0.096$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 26).

**Tabela 7.** Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.

Classificação da Saúde	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem I.G.	Com I.G.	Sem I.G.	Com I.G.	Sem I.G.	Com I.G.
Muito saudável	10,3%	0,5%	15,4%	0,0%	9,8%	7,3%
Saudável	53,1%	8,2%	52,3%	1,5%	43,9%	7,3%
Medianamente saudável	20,1%	5,7%	27,7%	3,1%	26,8%	2,4%
Doente	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%
Muito doente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

### Saúde (outros aspectos relacionados).

A tabela 8 representa as frequências relativas da ocorrência de internamentos, consultas de especialidade e/ou terapias e intervenções cirúrgicas em função do tipo de alimentação e da existência ou não de intercorrências na gravidez. O valor mais elevado (93,8%) corresponde ao grupo de crianças alimentadas com leite misto, onde não se registam intercorrências na gravidez e que não foram submetidas a intervenções cirúrgicas.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para a variável intercorrências na gravidez nos vários aspectos relacionados com a saúde e independentemente do tipo de alimentação.

Assim, não existe significância estatística para a variável ocorrência de internamentos para o leite materno (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 0.217; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41).

O mesmo se sucede com a variável ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias para os três tipos de alimentação: leite materno ( $X^2(1) = 1.671$ ; *p* = 0.224; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41).

Quanto à ocorrência de intervenções cirúrgicas e como já foi referido não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças amamentadas (*Fisher's p* = 0.596; *N* = 194), alimentadas com leite misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) ou adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41) (ver anexo 27).

**Tabela 8.** Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.

Saúde	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem I.G	Com I.G	Sem I.G	Com I.G	Sem I.G	Com I.G
Sem Internamentos	74,7%	12,9%	89,2%	3,1%	63,4%	12,2%
Com Internamentos	10,8%	1,5%	6,2%	1,5%	19,5%	4,9%
Sem Consultas de Especialidade/Terapias	67,5%	9,8%	83,1%	4,6%	68,3%	14,6%
Com Consultas de Especialidade/Terapias	18,0%	4,6%	12,3%	0,0%	14,6%	2,4%
Sem Intervenções Cirúrgicas	82,5%	14,4%	93,8%	4,6%	75,6%	17,1%
Com Intervenções Cirúrgicas	3,1%	0,0%	1,5%	0,0%	7,3%	0,0%

#### Classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estaturponderal.

Pela tabela 9 podemos constatar que a frequência relativa mais elevada (72,3%) corresponde às crianças alimentadas com leite misto, onde não se registam intercorrências na gravidez e com classificação de desenvolvimento médio. No grupo de crianças alimentadas com leite misto e adaptado não existe nenhuma com a classificação de muito fraco, sendo que neste último caso também não se encontra nenhuma criança com um nível de desenvolvimento muito bom.

Relativamente à classificação do desenvolvimento, também não se observa significância estatística para a variável intercorrências na gravidez, em função do

tipo de alimentação: leite materno (*Mann-Whitney*  $U = 2222.000$ ;  $p = 0.563$ ;  $N = 194$ ), leite misto (*Mann-Whitney*  $U = 88.500$ ;  $p = 0.938$ ;  $N = 65$ ) e leite adaptado (*Mann-Whitney*  $U = 113.000$ ;  $p = 0.982$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 28).

**Tabela 9.** Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.

Classificação do Desenv.	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem I.G.	Com I.G.	Sem I.G.	Com I.G.	Sem I.G.	Com I.G.
Muito bom	1,5%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Bom	7,2%	1,0%	12,3%	0,0%	12,2%	2,4%
Médio	69,1%	11,9%	72,3%	4,6%	63,4%	12,2%
Fraco	7,2%	1,5%	9,2%	0,0%	7,3%	2,4%
Muito fraco	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

#### Alterações comportamentais.

A tabela 10 ilustra as frequências relativas das alterações comportamentais, registrando-se um valor mais elevado (95,4%) para as crianças alimentadas com leite misto, sem existência de intercorrências na gravidez e sem perturbações de linguagem.

É de referir que as crianças alimentadas com leite adaptado, não sofrem de parasomias, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social. Também as crianças alimentadas com leite misto não sofrem de perturbações da linguagem.

Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável intercorrências na gravidez e parasomias para os dois tipos de alimentação: leite materno (*Fisher's*  $p = 0,729$ ;  $N = 194$ ) e misto (*Fisher's*  $p = 1.000$ ;  $N = 65$ ). Quanto ao leite adaptado, não é possível avaliar a significância estatística pois não existe variabilidade (100% dos casos não apresentam parasomias).

Também ao nível das perturbações alimentares não se registam diferenças estatisticamente significativas para o aleitamento materno (*Fisher's*  $p = 0.135$ ;  $N = 194$ ), misto (*Fisher's*  $p = 1.000$ ;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher's*  $p = 1.000$ ;  $N = 41$ ).

Não existe também significância estatística no caso das perturbações do comportamento para os três tipos de alimento: leite materno (*Fisher* (1) = 0.419;  $p =$

0.328;  $N = 194$ ), misto (*Fisher's p* = 1.000;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher's p* = 1.000;  $N = 41$ ).

Relativamente às perturbações da linguagem, as diferenças não são estatisticamente significativas para o aleitamento materno (*Fisher's p* = 1.000;  $N = 194$ ). Para o aleitamento misto e adaptado não é possível calcular a estatística teste, uma vez que os valores são constantes.

No caso da variável dificuldades na adaptação social, não se registam diferenças estatisticamente significativas para as crianças amamentadas (*Fisher's p* = 0.375;  $N = 194$ ) e para as crianças alimentadas com leite misto (*Fisher's p* = 1.000;  $N = 65$ ). No que diz respeito ao leite adaptado, o valor é constante, logo não é possível avaliar a significância estatística. (ver anexo 29).

**Tabela 10.** Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função das intercorrências na gravidez por tipo de alimentação.

Alterações Comportamentais	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Sem I.G.	Com I.G.	Sem I.G.	Com I.G.	Sem I.G.	Com I.G.
Sem Parasómiás	77,8%	12,9%	84,6%	4,6%	82,9%	17,1%
Com Parasómiás	7,7%	1,5%	10,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Sem Perturbações Alimentares	77,3%	14,4%	92,3%	4,6%	78,8%	17,1%
Com Perturbações Alimentares	8,2%	0,0%	3,1%	0,0%	4,9%	0,0%
Sem Perturbações do Comportamento	76,8%	11,9%	83,1%	4,6%	70,7%	14,6%
Com Perturbações do Comportamento	8,8%	2,6%	12,3%	0,0%	12,2%	2,4%
Sem Perturbações da Linguagem	83,5%	14,4%	95,4%	4,6%	82,9%	17,1%
Com Perturbações da Linguagem	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sem Dificuldades na Adaptação Social	84,5%	13,9%	92,3%	4,6%	82,9%	17,1%
Com Dificuldades na Adaptação Social	1,0%	0,5%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%

## Tempo de Gestação

### Classificação da Saúde.

A tabela 11, representativa da classificação de saúde em função do tipo de alimentação e tempo de gestação, evidencia que o grupo de crianças com frequência relativa mais elevada corresponde às crianças amamentadas, de termo e saudáveis (59,8%). Não se verifica a existência de crianças doentes e muito doentes alimentadas com leite misto e as também não existem crianças alimentadas com leite materno e adaptado muito doentes.

Ao nível da variável tempo de gestação, não se verifica a existência de significância estatística para a classificação de saúde quer para as crianças amamentadas (*Mann-Whitney*  $U = 409.500$ ;  $p = 0.286$ ;  $N = 194$ ), quer para as crianças alimentadas com leite misto (*Mann-Whitney*  $U = 87.000$ ;  $p = 0.443$ ;  $N = 65$ ) ou adaptado (*Mann-Whitney*  $U = 64.500$ ;  $p = 0.716$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 30).

**Tabela 11.** Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.

Classificação da Saúde	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Termo	Pré-termo	Termo	Pré-termo	Termo	Pré-termo
Muito saudável	10,8%	0,0%	15,4%	0,0%	14,6%	2,4%
Saudável	59,8%	1,5%	50,8%	3,1%	46,3%	4,9%
Medianamente saudável	24,2%	1,5%	27,7%	3,1%	26,8%	2,4%
Doente	2,1%	2,1%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%
Muito doente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

### Saúde (outros aspectos relacionados).

Na tabela 12 constata-se que o grupo de crianças com frequência mais elevada corresponde às crianças amamentadas, de termo e que não foram submetidas a intervenções cirúrgicas (93,8%).

Ao nível da variável ocorrência de internamentos verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para o aleitamento materno (*Fisher's*  $p = 0.026$ ;  $N = 194$ ), e misto (*Fisher's*  $p = 0.027$ ;  $N = 65$ ), mas não para o leite adaptado,

onde não se verifica a ocorrência de significância estatística (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41).

No entanto para a variável ocorrência de consultas de especialidade e/ou terapias e para os três tipos de alimentação: leite materno (*Fisher's p* = 0.131; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 0.542; *N* = 41), não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à ocorrência de intervenções cirúrgicas, não se observa significância estatística entre as crianças amamentadas (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 194), as crianças alimentadas com leite misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e com leite adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41) (ver anexo 31).

**Tabela 12.** Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.

Saúde	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Termo	Pré	Termo	Pré	Termo	Pré
Sem Internamentos	86,1%	1,5%	89,2%	3,1%	68,3%	7,3%
Com Internamentos	10,8%	1,5%	4,6%	3,1%	22,0%	2,4%
Sem Consultas de Especialidade/Terapias	75,8%	1,5%	81,5%	6,2%	75,6%	7,3%
Com Consultas de Especialidade/Terapias	21,1%	1,5%	12,3%	0,0%	14,6%	2,4%
Sem Intervenções Cirúrgicas	93,8%	3,1%	92,3%	6,2%	82,9%	9,8%
Com Intervenções Cirúrgicas	3,1%	0,0%	1,5%	0,0%	7,3%	0,0%

#### Classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal.

Relativamente à classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal, pela tabela 13 verificamos que o valor mais elevado de frequência relativa corresponde às crianças amamentadas, de termo e com um nível de desenvolvimento médio (78,4%). No grupo de crianças alimentadas com leite misto e adaptado, a nenhuma das crianças é atribuída uma classificação de desenvolvimento muito fraco e ainda no grupo das crianças alimentadas com leite adaptado nenhuma criança é considerada muito boa ao nível do desenvolvimento.

Assim, a este nível não se registam diferenças estatisticamente significativas para o aleitamento materno (*Mann-Whitney U* = 474.000; *p* = 0.399; *N* = 194), misto (*Mann-Whitney U* = 99.000; *p* = 0.561; *N* = 65) ou adaptado (*Mann-Whitney U* = 71.000; *p* = 0.999; *N* = 41) (ver anexo 32).

**Tabela 13.** Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.

Classificação do Desenv.	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Termo	Pré-termo	Termo	Pré-termo	Termo	Pré-termo
Muito bom	1,5%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Bom	8,2%	0,0%	10,8%	1,5%	12,2%	2,4%
Médio	78,4%	2,6%	72,3%	4,6%	70,7%	4,9%
Fraco	8,2%	0,5%	9,2%	0,0%	7,3%	2,4%
Muito fraco	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

### Alterações comportamentais.

No que diz respeito às alterações comportamentais, pela tabela 14 verificamos que as crianças amamentadas, de termo e sem dificuldades ao nível da adaptação social, apresentam uma frequência relativa mais elevada (95,9%). É importante referir ainda que as crianças alimentadas com leite adaptado, não sofrem de parasótrias, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social, independentemente do tempo de gestação. Também as crianças alimentadas com leite misto não sofrem de perturbações da linguagem.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a variável parasótrias para os dois tipos de leite: leite materno (*Fisher's p* = 0,098; *N* = 194) e leite misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65). Uma vez que não se regista a ocorrência de parasótrias nas crianças alimentadas com leite adaptado, não havendo variabilidade, não é possível determinar a significância estatística.

Também para as perturbações alimentares e no que diz respeito ao aleitamento materno (*Fisher's p* = 0.408; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41), não ocorre significância estatística.

Igualmente, no caso das perturbações do comportamento não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de alimentação: leite materno (*Fisher's p* = 0.519; *N* = 194), misto (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 65) e adaptado (*Fisher's p* = 1.000; *N* = 41).

Relativamente às perturbações da linguagem apenas sabemos que as diferenças não são estatisticamente significativas para o aleitamento materno (*Fisher's p* =

1.000;  $N = 194$ ), uma vez que não existe variabilidade para leite misto e adaptado, logo não se pode aferir se existe significância estatística nestes casos.

Para a variável dificuldades na adaptação social, não se observam diferenças estatisticamente significativas para as crianças amamentadas (*Fisher's*  $p = 0.090$ ;  $N = 194$ ) e para as crianças alimentadas com leite misto (*Fisher's*  $p = 1.000$ ;  $N = 65$ ). No caso das crianças alimentadas com leite adaptado, como não ocorrem dificuldades ao nível da adaptação social, o valor é constante e por conseguinte não é possível determinar se existem diferenças estatisticamente significativas (ver anexo 33).

**Tabela 14.** Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tempo de gestação por tipo de alimentação.

Alterações Comportamentais	Leite Materno n = 194		Leite Misto n = 65		Leite adaptado n = 41	
	Termo	Prétermo	Termo	Prétermo	Termo	Prétermo
Sem Parasómias	88,7%	2,1%	83,1%	6,2%	90,2%	9,8%
Com Parasómias	8,2%	1,0%	10,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Sem Perturbações Alimentares	89,2%	2,6%	90,8%	6,2%	85,4%	9,8%
Com Perturbações Alimentares	7,7%	0,5%	3,1%	0,0%	4,9%	0,0%
Sem Perturbações do Comportamento	86,1%	2,6%	81,5%	6,2%	75,6%	9,8%
Com Perturbações do Comportamento	10,8%	0,5%	12,3%	0,0%	14,6%	0,0%
Sem Perturbações da Linguagem	94,8%	3,1%	93,8%	6,2%	90,2%	9,8%
Com Perturbações da Linguagem	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sem Dificuldades na Adaptação Social	95,9%	2,6%	90,8%	6,2%	90,2%	9,8%
Com Dificuldades na Adaptação Social	1,0%	0,5%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%

## Tipo de Parto

### Classificação da Saúde.

Através da tabela 15 é possível constatar que as crianças amamentadas nascidas de parto eutócito e saudáveis apresentam o valor de frequência relativa mais elevado (30,0%). Não se verifica a existência de crianças doentes e muito doentes alimentadas com leite misto e as também não se observa a existência de crianças alimentadas com leite materno e adaptado que sejam muito doentes.

Não existem diferenças estatisticamente significativas na classificação de saúde, tendo em conta o tipo de parto, independentemente do tipo de aleitamento: materno (*Kruskal-Wallis*  $H(3) = 6.119$ ;  $p = 0.105$ ;  $N = 194$ ); misto (*Kruskal-Wallis*  $H(3) = 3.551$ ;  $p = 0.338$ ;  $N = 65$ ) ou adaptado (*Kruskal-Wallis*  $H(3) = 4.714$ ;  $p = 0.195$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 34).

**Tabela 15.** Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função do tipo de parto por tipo de alimentação.

Classif. da Saúde	Leite Materno n = 194				Leite Misto n = 65				Leite adaptado n = 41			
	E	F	V	C	E	F	V	C	E	F	V	C
Muito saudável	3,1%	1,5%	1,0%	5,2%	9,2%	0,0%	1,5%	4,6%	7,3%	2,4%	0,0%	7,3%
Saudável	30,0%	4,6%	5,2%	20,6%	29,2%	6,2%	1,5%	16,9%	19,5%	2,4%	7,3%	22,0%
Mediana/ saudável	11,9%	1,5%	0,0%	12,4%	13,8%	4,6%	0,0%	12,3%	4,9%	0,0%	2,4%	22,0%
Doente	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Muito doente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

**Legenda:** E – Eutócito; F – Fórceps; V – Ventosa; C – Cesariana

### Saúde (outros aspectos relacionados).

Pela tabela 16 observamos que a frequência mais elevada (50,8%), corresponde às crianças alimentadas com leite misto, que nasceram de parto eutócito e que não foram submetidas a intervenções cirúrgicas.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos aspectos relacionados com a saúde. Assim, tal acontece para a ocorrência de internamentos por tipo de alimentação: materno (*Fisher* (3) = 4.366;  $p = 0.192$ ;  $N = 194$ ), misto (*Fisher* (3) = 0.915;  $p = 1.000$ ;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher*

(3) = 1.899;  $p = 0.664$ ;  $N = 41$ ); para a frequência de consultas de especialidade e /ou terapias também em função do tipo de aleitamento: materno (*Fisher* (3) = 2.598;  $p = 0.473$ ;  $N = 194$ ), misto (*Fisher* (3) = 1.687;  $p = 0.598$ ;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher* (3) = 1.926;  $p = 0.636$ ;  $N = 41$ ); e por fim nas intervenções cirúrgicas, para o leite materno, (*Fisher* (3) = 2.349;  $p = 0.386$ ;  $N = 194$ ), misto (*Fisher* (3) = 3.270;  $p = 1.000$ ;  $N = 65$ ) e adaptado (*Fisher* (3) = 3.001;  $p = 0.413$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 35).

**Tabela 16.** Estatística descritiva (%) para outros aspectos relacionados com a saúde em função do tipo de parto por tipo de alimentação.

Saúde	Leite Materno n = 194				Leite Misto n = 65				Leite adaptado n = 41			
	E	F	V	C	E	F	V	C	E	F	V	C
Sem Internamentos	39,7%	6,7%	6,2%	35,1%	47,7%	10,8%	3,1%	30,8%	26,8%	2,4%	7,3%	39,0%
Com Internamentos	8,2%	1,0%	0,0%	3,1%	4,6%	0,0%	0,0%	3,1%	4,9%	2,4%	2,4%	14,6%
S/ Consulta Espec/Terap	36,1%	5,2%	4,6%	31,4%	47,7%	9,2%	3,1%	27,7%	29,3%	4,9%	7,3%	41,5%
C/ Consulta Espec/Terap	11,9%	2,6%	1,5%	6,7%	4,6%	1,5%	0,0%	6,2%	2,4%	0,0%	2,4%	12,2%
Sem Interv. Cirúrgicas	45,9%	7,4%	6,2%	37,6%	50,8%	10,8%	3,1%	33,8%	29,3%	4,9%	7,3%	51,2%
Com Interv. Cirúrgicas	2,1%	16,7%	0,0%	0,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%	2,4%

**Legenda:** E – Eutócito; F – Fórceps; V – Ventosa; C – Cesariana

#### Classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal.

Pela observação da tabela 17, verifica-se que a frequência mais elevada (41,5%) corresponde a dois grupos: crianças alimentadas com leite misto, parto eutócito e nível de desenvolvimento médio; e crianças alimentadas com leite adaptado, com tipo de parto de cesariana e com um desenvolvimento médio. Verifica-se ainda que a nenhuma das crianças alimentadas com leite misto e adaptado é atribuída uma classificação de desenvolvimento muito fraco e nenhuma das crianças alimentadas com leite adaptado é classificada como muito boa ao nível do desenvolvimento.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na classificação do desenvolvimento para os três tipos de alimentação: leite materno (*Kruskal-Wallis*  $H(3) = 5.222$ ;  $p = 0.154$ ;  $N = 194$ ); misto (*Kruskal-Wallis*  $H(3) = 3.733$ ;  $p = 0.296$ ;  $N = 65$ ) ou adaptado (*Kruskal-Wallis*  $H(3) = 1.848$ ;  $p = 0.638$ ;  $N = 41$ ) (ver anexo 36).

Tabela 17. Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função do tipo de parto por tipo de alimentação.

Classif. do Desev.	Leite Materno n = 194				Leite Misto n = 65				Leite adaptado n = 41			
	E	F	V	C	E	F	V	C	E	F	V	C
Muito bom	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bom	4,6%	0,0%	0,5%	3,1%	7,7%	0,0%	0,0%	4,6%	2,4%	2,4%	2,4%	7,3%
Médio	39,2%	6,7%	4,6%	30,4%	41,5%	7,7%	3,1%	24,6%	26,8%	2,4%	4,9%	41,5%
Fraco	2,1%	1,0%	1,0%	4,6%	3,1%	3,1%	0,0%	3,1%	2,4%	0,0%	2,4%	4,9%
Muito fraco	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Legenda: E – Eutócito; F – Fórceps; V – Ventosa; C – Cesariana

### Alterações comportamentais.

Como ilustra a tabela 18, a frequência mais elevada (53,7%) corresponde ao grupo de crianças alimentadas com leite adaptado, nascidas de cesariana e que não sofrem de parasomias, perturbações alimentares, perturbações da linguagem e dificuldades de adaptação social. Verificamos ainda, que as crianças alimentadas com leite adaptado, não manifestam parasomias, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social. Também as crianças alimentadas com leite misto não apresentam perturbações da linguagem.

Para a variável tipo de parto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível da ocorrência de parasomias para os tipos de alimentação: leite materno ( $Fisher(1) = 3.811; p = 0,237; N = 194$ ) e leite misto ( $Fisher(1) = 3.394; p = 0.355; N = 65$ ). Quanto ao leite adaptado, não é possível aferir a significância estatística, pois não existe variabilidade.

Ao nível das perturbações alimentares também não se registam diferenças estatisticamente significativas para o aleitamento materno ( $Fisher(1) = 5.854; p = 0.089; N = 194$ ) e misto ( $Fisher(1) = 2.563; p = 0.650; N = 65$ ), excepto para o leite adaptado ( $Fisher(1) = 8.936; p = 0.018; N = 41$ ).

No que se refere às perturbações do comportamento não se verifica a existência de significância estatística para o leite materno ( $Fisher(1) = 4.234; p = 0.197; N = 194$ ) e adaptado ( $Fisher(1) = 1.177; p = 0.873; N = 41$ ), mas sim para o leite misto ( $Fisher(1) = 8.584; p = 0.027; N = 65$ ).

Quanto às perturbações da linguagem também as diferenças não são estatisticamente significativas para crianças amamentadas ( $Fisher(1) = 4.193; p =$

0.206;  $N = 194$ ). Para as crianças alimentadas com leite misto e com leite adaptado não é possível determinar se as diferenças são ou não estatisticamente significativas porque os valores são constantes.

Não se observam ainda diferenças estatisticamente significativas para a variável dificuldades na adaptação social para dois dos tipos de alimentação: leite materno ( $Fisher(1) = 0.941$ ;  $p = 1.000$ ;  $N = 194$ ) e misto ( $Fisher(1) = 1.987$ ;  $p = 1.000$ ;  $N = 65$ ). Quanto ao leite adaptado, mais uma vez não é possível aferir a significância estatística, uma vez que não há variabilidade (100% das crianças não apresentam dificuldades ao nível da adaptação social) (ver anexo 37).

**Tabela 18.** Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tipo de parto por tipo de alimentação.

Saúde	Leite Materno n = 194				Leite Misto n = 65				Leite adaptado n = 41			
	E	F	V	C	E	F	V	C	E	F	V	C
Sem Parasómias	42,8%	6,2%	5,7%	36,1%	46,2%	7,7%	3,1%	32,3%	31,7%	4,9%	9,8%	53,7%
Com Parasómias	5,2%	1,5%	0,5%	2,1%	6,2%	3,1%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S/ Pert. Alimentares	44,3%	5,7%	6,2%	35,6%	49,2%	10,8%	3,1%	33,8%	31,7%	2,4%	7,3%	53,7%
C/ Pert. Alimentares	3,6%	2,1%	0,0%	2,6%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	2,4%	0,0%
Sem Pert. do Comp.	42,8%	5,7%	6,2%	34,0%	44,6%	6,2%	3,1%	33,8%	26,8%	4,9%	7,3%	46,3%
Com Pert. do Comp.	5,2%	2,1%	0,0%	4,1%	7,7%	4,6%	0,0%	0,0%	4,9%	0,0%	2,4%	7,3%
Sem Pert. da Ling.	46,4%	7,2%	6,2%	38,1%	52,3%	10,8%	3,1%	33,8%	31,7%	4,9%	9,8%	53,7%
Com Pert. da Ling.	1,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S/ Dif na Adap Social	46,9%	7,7%	6,2%	37,6%	50,8%	10,8%	3,1%	32,3%	31,7%	4,9%	9,8%	53,7%
C/ Dif na Adap Social	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

**Legenda:** E – Eutócito; F – Fórceps; V – Ventosa; C – Cesariana

## Discussão

Tendo em conta o que nos propusemos estudar e conforme as expectativas iniciais, não existe de um modo geral, uma associação significativa entre o tipo de alimentação e sua duração com a saúde geral, desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal, e ainda alterações comportamentais.

De acordo com os resultados obtidos, para a variável tipo de alimentação não se observam diferenças estatisticamente significativas ao nível da classificação da saúde, ao nível do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal e ainda no que diz respeito às alterações comportamentais (parasómas, perturbações alimentares, perturbações do comportamento, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social) ( $p < 0.05$ ). Relativamente aos outros aspectos relacionados com a saúde (ocorrência de internamentos, consultas de especialidade e/ou terapias e intervenções cirúrgicas), apenas se observa a existência de significância estatística ao nível da ocorrência de internamentos ( $X^2 (2) = 6.390; p = 0.039; N = 300$ ), verificando-se que as crianças amamentadas são mais vezes internadas do que as restantes crianças (alimentadas com leite misto e leite adaptado) em cerca do dobro.

No caso da variável duração do tipo de alimentação, também apenas se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa na ocorrência de internamentos, mas só para o leite materno ( $V = 0.240; p = 0.023; N = 194$ ), com ocorrência mais elevada na duração de dois e quatro meses.

O facto dos resultados apontarem para uma maior incidência de internamentos para as crianças que se alimentam de leite materno diverge da maioria dos estudos documentados, uma vez que de acordo com os benefícios do aleitamento materno apontados pela literatura, as crianças amamentadas seriam mais saudáveis, logo, não necessitariam de recorrer aos serviços de saúde com mais frequência.

Segundo Schiff (2006), a amamentação reduz a utilização dos serviços de saúde. Também Leung (2005) refere que as crianças amamentadas recorrem em geral menos vezes ao médico durante os primeiros 18 meses, e segundo este autor, os

resultados assumem maior relevância no caso das crianças amamentadas exclusivamente aos 2/3 meses e 4 meses ou mais.

Oddy et al. (2006) reforçam a importância da duração da amamentação, concluindo que as crianças alimentadas com leite materno até ao primeiro mês recorrem mais vezes ao médico ( $p = 0.032$ ), do que as que foram amamentadas durante um mês ou mais.

No entanto, de acordo com Leung (2005), a amamentação está de facto associada a um maior número de hospitalizações, mas apenas por icterícia, o que não vem de qualquer forma justificar os nossos resultados, uma vez que os internamentos ocorreram por variadíssimas razões (por infecções urinárias, respiratórias, gastroenterites, pós-operatório, prematuridade, entre outros). É de referir que a maioria dos internamentos se deveu ao aparecimento de patologias e não devido a outras características inerentes à criança ou tempo de gestação (e.g. internamento por aspectos ligados à prematuridade), o que nos pode permitir valorizar a variável duração do tipo de alimentação, e conseqüentemente, o facto das hospitalizações ocorrerem com mais frequência nas crianças amamentadas até aos 2 meses e até aos 4 meses.

Também ao nível da análise das variáveis que podem estar mais relacionados com a área da saúde, “antecedentes de saúde”, verificou-se que não existem elevados níveis de significância.

Vejamos, no caso da variável ocorrência de antecedentes familiares de doença, à semelhança do anteriormente ocorrido, apenas se regista a existência de diferenças estatisticamente significativas para a ocorrência de internamentos, mas unicamente para o leite materno ( $\chi^2 (1) = 4.881$ ;  $p = 0.039$ ;  $N = 194$ ), o que mais uma vez se revela incongruente com a teoria. É de referir que apesar de não existir uma grande diferença, ocorrem mais internamentos nas crianças com antecedentes familiares de doença, o que pode eventualmente ser um factor explicativo.

Relativamente à variável intercorrências na gravidez, não existe significância estatística a nenhum nível (classificação da saúde, outros aspectos relacionados com a saúde, classificação do desenvolvimento e alterações comportamentais).

Quanto à variável tempo de gestação (termo e pré-termo), observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da ocorrência de internamentos para as crianças alimentadas com leite materno (*Fisher's*  $p = 0.026$ ;  $N = 194$ ), e leite misto (*Fisher's*  $p = 0.027$ ;  $N = 65$ ), sendo que se regista um maior número de internamentos nas crianças de termo, talvez devido ao número de crianças pré-termo ser muito reduzido nesta amostra (14 em 300 crianças).

No que se refere à variável tipo de parto (eutócito, fórceps, ventosa e cesariana), verifica-se a existência de significância estatística ao nível das perturbações alimentares nas crianças alimentadas com leite adaptado (*Fisher* (1) = 8.936;  $p = 0.018$ ;  $N = 41$ ), sendo que apenas se observa a ocorrência deste tipo de perturbações para as crianças que nasceram com o auxílio de fórceps ou ventosa; e também ao nível das perturbações do comportamento para as crianças a quem foi ministrado leite misto (*Fisher* (1) = 8.584;  $p = 0.027$ ;  $N = 65$ ). É de salientar que as únicas crianças alimentadas com leite misto que manifestam perturbações de comportamento são as crianças de parto eutócito e fórceps.

Os estudos referentes às perturbações alimentares ou do comportamento são praticamente inexistentes, mas no que se refere a este último aspecto, apontam para o facto de o tipo de alimentação e sua duração influenciarem o desenvolvimento de problemas comportamentais. Segundo Liu, Ma e Yi (2006) a amamentação reduzida e de pouca duração (inferior a 9 meses), constitui um factor de risco ao nível das perturbações comportamentais que ocorrem em crianças entre os 4-5 anos, de ambos os sexos. Também Çakaloz e Akay (2005) referem que a amamentação pode prevenir o desenvolvimento de perturbações do deficit de atenção.

Contudo, as únicas crianças que manifestaram perturbações comportamentais foram as crianças alimentadas com leite misto, e não as crianças alimentadas com leite adaptado como seria suportado pela literatura, uma vez que estas não usufruíram dos benefícios do leite materno que contribuem para a prevenção das perturbações comportamentais.

No entanto, é importante não esquecer, que em termos gerais e para os três tipos alimentares, não se verificaram quaisquer diferenças significativas para as alterações comportamentais, o que inclui as perturbações da linguagem e do comportamento.

Este facto sugere que o tipo de parto poderá ter um papel mais preponderante no desenvolvimento de alterações comportamentais na infância do que propriamente o tipo de alimentação.

Pelo que atrás foi dito, ao contrário da maioria dos estudos documentados onde se evidenciam os benefícios da amamentação, os resultados desta investigação vão no sentido de se reflectir sobre os reais efeitos do leite materno na saúde e bem-estar das crianças, pondo-se a hipótese da amamentação constituir uma crença de saúde.

Como se sabe, são as crenças do indivíduo acerca do que é verdadeiro e não tanto a realidade objectiva, que orientam os comportamentos. Assim, pode-se pensar que de acordo com o modelo de crenças de saúde, os benefícios percebidos, ou seja, as crenças relativas à eficácia da amamentação, conduzem à sua prática efectiva (Ribeiro, 2005a).

Ao longo da pesquisa bibliográfica foram muitos os estudos encontrados sobre as políticas de promoção e manutenção da amamentação. Talvez devido a sinais de acção externos como este, as recém-mamãs acabam por aderir à prática da amamentação, mesmo que existam aspectos negativos ou barreiras (e.g. surgimento de mastites). Tal deve-se à força das crenças relativas à eficácia da acção, ou seja, as mães crêem que se amamentarem os seus filhos e por mais tempo, estes vão ser mais saudáveis e apresentarão índices de desenvolvimento mais elevados. Se não cumprirem com o que é social e culturalmente desejado, ou seja, se não alimentarem as crianças com leite materno, então, pensam que podem comprometer a saúde e desenvolvimento infantil, comportamento que pode conduzir ao aparecimento de mecanismos de culpabilidade por parte dos pais, principalmente das mães.

Da empiria disponível, pois como já foi referido são escassas as investigações que associam a amamentação ao quadro teórico das crenças de saúde, Sharps et al. (2003), referem que a amamentação está significativamente associada a uma alta confiança na capacidade dos cuidados de saúde para prevenir a doença, o que pode de alguma forma sustentar esta teorização. Também Haslam et al. (2003) concluíram que as mulheres que planeiam amamentar apresentam maior percepção de controlo acerca da saúde dos seus filhos recém-nascidos (locus de controlo interno primário).

Estes resultados podem ter aplicabilidade não só ao nível do modelo de crenças de saúde, mas também ao nível de outros modelos relacionados, como por exemplo, a teoria do comportamento planeado, em que o factor determinante da adopção de determinado comportamento consiste na intenção comportamental de dois processos cognitivos paralelos: atitudes face ao comportamento, que pressupõem a componente avaliativa, e a norma subjectiva (Bennett & Murphy, 1999), neste caso, a avaliação positiva dos efeitos do leite materno e a percepção que a mulher tem da pressão social para adoptar a prática da amamentação.

Como se pode constatar, apesar da amamentação ser uma área bastante investida do ponto de vista científico e da investigação, existe uma variedade enorme de aspectos pertinentes que precisam de ser avaliados, até porque a maioria dos estudos até aqui realizados abordam variáveis de forma repetida.

Assim, de forma a tentar explicar o porquê da significância estatística existir essencialmente ao nível da ocorrência de internamentos, seria de todo o interesse explorar um pouco mais esta variável. Tendo por base uma amostra de crianças internadas, seria pertinente relacionar o tipo de alimentação e sua duração com o motivo de internamento, recorrências, durabilidade, etc. Para além do internamento, seria também interessante aferir as idas à urgência pediátrica, ao centro de saúde ou médico pediatra.

Outro aspecto importante seria comparar os resultados obtidos através da análise de fichas clínicas (usando dados objectivos), com a percepção que os pais têm da saúde e desenvolvimento dos seus filhos. Também a participação dos técnicos de saúde neste tipo de estudo poderia ser pertinente, aprofundando alguns estudos já existentes acerca das suas crenças face à amamentação, uma vez que estes são uns dos principais agentes promotores da sua prática.

Alargar a faixa etária das crianças amostradas, comparar os benefícios ou não do leite materno para as crianças de termo e pré termo, averiguar as diferenças de género, são mais algumas sugestões de investigação.

Para além das potenciais pistas para futuras investigações, parece ser também importante colmatar as limitações que o presente estudo apresenta, como o facto da

amostra não ter sido recolhida aleatoriamente ou os grupos não serem equivalentes em termos numéricos.

No entanto, de forma a evitar a influência deste último aspecto, é de referir que para além da análise estatística que foi apresentada, foi realizada uma análise estatística similar, mas com um número mais homogéneo de sujeitos entre os grupos. Para tal, foi obtida uma amostra aleatória de 50 sujeitos das 194 crianças amamentadas, obtendo-se três grupos: 50 crianças alimentadas com leite materno, 65 com leite misto e 41 com leite adaptado. Comparativamente, as duas únicas diferenças obtidas entre as duas extensas análises foram as seguintes:

1) Na análise em que a amostra foi reduzida obteve-se diferenças estatisticamente significativas para uma das perturbações comportamentais – parasótrias, em função do tipo de alimentação ( $Fisher(2) = 6.834; p = 0.026; N = 156$ ), em que o único grupo de não apresenta parasótrias é o grupo das crianças alimentadas com leite adaptado;

2) Verifica-se que existe associação entre a duração do tipo de alimentação e a classificação de desenvolvimento, mas só para o tipo de alimentação – leite materno ( $R_S = 0.397; p = 0,004; N = 50$ ). Neste caso, quanto maior a duração do tipo de alimentação (aleitamento materno), mais fraca é a classificação do desenvolvimento. No que se refere à amostra total, a associação é marginalmente significativa.

Assim, como apenas estes dois aspectos diferem entre as análises estatísticas, optou-se por apresentar aquela que inclui todos os sujeitos amostrados.

No entanto, e independentemente do delineamento das investigações, uma coisa parece ser certa, as necessidades nutricionais são hoje mais amplamente conhecidas e a importância da nutrição passou a ser universalmente reconhecida, daí a existência de tantos estudos nesta área, principalmente ao nível da amamentação. Neste sentido, a protecção, promoção e suporte da amamentação é hoje uma prioridade da saúde pública.

Em termos práticos, os resultados obtidos neste estudo podem ser úteis nesse âmbito, no sentido de desenvolver programas de promoção da amamentação realmente adequados. Isto porque, como já foi referido, os profissionais da área da saúde são dos principais agentes promotores do aleitamento e a sua influência vai

para além dos factos cientificamente comprovados. De acordo com Sharps et al. (2003), as mulheres podem ser influenciadas na sua opção de amamentar pelas mensagens solidárias dos médicos e enfermeiras que cuidam delas e dos seus recém-nascidos, e não tanto pelo eventual papel que a amamentação pode ter na prevenção de doenças na infância.

O papel dos técnicos é de facto determinante, “a nutrição pediátrica é uma ciência multidisciplinar que não é só da responsabilidade dos pediatras hospitalares, mas de todos os profissionais de saúde que devem dar o seu contributo empenhado nos hospitais, nos centros de saúde e nos consultórios” (Silva, 2005, p.7).

No entanto, na nossa perspectiva, não basta um contributo empenhado por parte dos técnicos de saúde, mas também um contributo humanizado e fidedigno, para que a decisão de amamentar, ou não, seja tomada em consciência e com base em informações reais, sem riscos de culpabilização. Assim, é de extrema importância que sejam desenvolvidos programas de formação técnico-pedagógica com conteúdos actualizados para ministrar aos profissionais da área da saúde, para que eles possam informar os pais mais, mas sobretudo melhor.

Em termos sociológicos, estes resultados poderão contribuir para recentrar a questão de qual o papel da mulher no contexto das relações desiguais de género, resultante de uma construção social que utiliza como pretexto as diferenças biológicas entre homens e mulheres, atribuindo-lhes não apenas uma diferenciação binária entre categorias sociais, mas também uma diferenciação assimétrica.

Se em determinado contexto social e histórico, deixar de estar associada à mulher, como noutras épocas (Badinter, 1980), a função da amamentação, a ela atribuída por alegadamente ser a única biologicamente competente para o efeito, questionar-se-á qual o seu papel no contexto das relações desiguais de género e as mudanças sociais poderão contribuir para o esbatimento das fronteiras estereotipadas entre os géneros.

Os estereótipos de género, enquanto constructos redutores que são, implicam representações sociais e atribuição de características específicas e valorativas ao facto de se ser homem ou mulher. O próprio conceito de ser mulher encerra em si mesmo uma dualidade também estereotipada e muitas vezes contraditória, o feminino e o materno.

É à dimensão materna que o feminino é frequentemente reduzido por ser a dimensão socialmente desejável, sendo que a questão da amamentação surge como uma imposição de ordem social, um aspecto primordial dos cuidados primários e afectivos. Isto porque, é suposto que a mulher seja mãe e que amamente os seus filhos, e quando tal não se faz cumprir, são frequentemente activados mecanismos de culpabilização. A questão está no facto deste sentimento de culpa passar a ser relativizado, bem como a pressão social para a prática da amamentação, pois esta parece constituir-se como uma crença de saúde, veiculada pela ideologia médica e clínica uma vez que os seus efeitos não traduzem benefícios significativos do ponto de vista da saúde e do bem-estar.

Neste sentido urge a necessidade de reflexão sobre a relação entre o feminino e o materno, entre a maternidade e a parentalidade e como as políticas de promoção e manutenção do aleitamento materno são usadas como uma forma de garantir a manutenção das assimetrias de género, influenciando os papéis sociais do género e a família enquanto unidade social dinâmica.

## Referências Bibliográficas

- Aarts, C., Kylberg, E., Hofvander, Y. & Gebre-Medhin, M. (2003). Growth under privileged conditions of healthy Swedish infants exclusively breastfed from birth to 4-6 months: a longitudinal prospective study based on daily records of feeding. *Acta Paediatrica*, 92(2), 145-151.
- Ahiadeke, C. (2000). Breast-feeding, diarrhoea and sanitation as components of infant and child health: a study of large scale survey data from Ghana and Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 32(1), 47-61.
- Alvarado, B., Zunzunegui, M., Delisle, H. & Osorno, J. (2005). Growth trajectories are influenced by breast-feeding and infant health in an Afro-Colombian community. *Journal of Nutrition*, 135(9), 2171-2178.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino. A construção social da diferença*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Angelsen, N., Vik, T., Jacobsen, G. & Bakketeig, L. (2001). Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Archives of Disease in Childhood*, 85, 183-188.
- Ariés, P. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio d'Água. (Obra original publicada em 1975)
- Arifeen, S., Black, R., Caulfield, L., Antelman, G. & Baqui, A. (2001). Determinants of infant growth in the slums of Dhaka: size and maturity at birth, breastfeeding and morbidity. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55, 167-178.
- Armstrong, J. & Reilly, J. (2002). Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, 359(9322), 2003-2005.
- Badinter, E. (1980). *O amor incerto. História do amor maternal no Sec XVII ao Sec XX*. Lisboa: Relógio d'água.
- Becker, M. & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendation. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Bilgen, H., Ozek, E., Cebeci, D. & Ors, R. (2001). Comparison of sucrose, expressed breast milk, and breast-feeding on the neonatal response to heel prick. *The Journal of pain: Official Journal of the American Pain Society*, 2(5), 301-305.
- Bonilla, S. & Kaplan, M. (2005). Effects of breast-feeding on the development of atopic dermatitis during the first 3 years of life-results from the gini-birth cohort study. *Pediatrics*, 116, 539-540.
- Bowlby, J. (1958). *Cuidados maternos e saúde mental*. Psicologia e pedagogia. São Paulo: Martins Fontes.
- Böttcher, M. & Jenmalm, M. (2002). Breastfeeding and the development of atopic disease during childhood. *Clinical and Experimental Allergy*, 32, 159-161.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2004). *A criança e a alimentação*. Barcarena: Editorial Presença.
- Çakaloz, B. & Akay, A. (2005). The effect of prenatal, perinatal and postnatal problems and breast feeding duration, on the development of psychopathology in attention deficit and disruptive behaviour disorders. *Cocuk Ve Gençlik Ruh Sagligi Dergisi*, 12(1), 3-10.
- Camarneiro, A. (2004). As crenças na saúde e na doença. In I. Leal & J. Ribeiro (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 27-33). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Chen, O. & Kaplan, M. (2003). Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: A longitudinal study. *Pediatrics*, 112(2), 454.
- Chen, A. & Rogan, W. (2004). Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*, 113(5), 435-439.
- Chulada, P., Arbes, S., Dunson, D. & Zeldin, D. (2003). Breast-feeding and the prevalence of asthma and wheeze in children: analyses from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 111(2), 228-236.
- Clark, K., Castillo, M., Calatroni, A., Walter, T., Cayazzo, M., Pino, P. et al. (2006). Breast-feeding and mental and motor development at 51/2 years. *Ambulatory Pediatrics*, 6(2), 65-71.

- Daniels, M. & Adair, L. (2005). Breast-feeding influences cognitive development in Filipino children. *Journal of Nutrition*, 135(11), 2589-2595.
- Dewey, K., Cohen, R., Brown, K. & Rivera, L. (2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: Results of two randomized trial in Honduras. *The American Society for Nutritional Sciences*, 131, 262-267.
- Dubois, L. & Girald, M. (2005). Breast-feeding, day-care attendance and the frequency of antibiotic treatments from 1.5 to 5 years: a population-based longitudinal study in Canada. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2035-2044.
- Dykes, F. (2005). Protection, promotion and support of breastfeeding is now a major public health priority. *Maternal & Child Nutrition*, 1(4), 225-226.
- Eckhardt, C., Rivera, J., Adair, L. & Martorell, R. (2001). Full breast-feeding for at least four months has differential effects on growth before and after six months of age among children in a Mexican community. *Journal of Nutrition*, 131, 2304-2309.
- Eregie, C. (2001). Exclusive breastfeeding and infant growth studies: references standards for head circumference, length and mi-arm circumference/head circumference ratio for the first 6 months of life. *Journal of Tropical Pediatrics*, 47(6), 329-334.
- Fanaro, S. (2002). The biological specificity and superiority of human milk. Scientific basis, guarantees and safety controls. *Minerva Pediatric*, 54(2), 113-129.
- Filteau, S. M. (2000). Role of breast-feeding in managing malnutrition and infectious disease. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 59(4), 565-572.
- Friedman, N. & Zeiger, R. (2005). The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *The journal of Allergy and clinical Immunology*, 115(6), 1238-1248.
- Fulhan, J., Collier, S. & Duggan, C. (2003). Update on pediatric nutrition: Breastfeeding, infant nutrition, and growth. *Current Opinion in Pediatrics*, 15(3), 323-332.

- Funkquist, E., Tuvemo, T., Jonsson, B., Serenius, F. & Hedberg-Nyqvist, K. (2006). Growth and breastfeeding among low birth weight infants fed with or without protein enrichment of human milk. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 111(1), 97-108.
- Gartner, L., Morton J., Lawrence R., Naylor A., O'Hare D., Schanler, R., et al. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-507.
- Gomes-Pedro, J. (2005). Nutrição, desenvolvimento e bem-estar. In A. Silva & Gomes-Pedro, J. (Eds.), *Nutrição Pediátrica: Princípios Básicos* (pp.9-11). Lisboa: ACSM - Clínica Universitária de Pediatria - Hospital de Santa Maria.
- Gómez-Sanchiz, M., Cañete, R., Rodero, I., Baeza, E. & González, A. (2004). Influence of breast-feeding and parental intelligence on cognitive development in the 24-month-old child. *Clinical Pediatrics*, 43(8), 753-761.
- Gómez-Sanchiz, M., Cañete, R., Rodero, I., Baeza, E. & Ávila, O. (2003). Influence of breast-feeding on mental and psychomotor development. *Clinical Pediatrics*, 42(1), 35-43.
- Gray, L., Miller, L., Philipp, B. & Blass, E. (2002). Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 109(4), 590-594.
- Greer, F (2004). Vitamine K in human milk. *Acta Paediatrica*, 93, 449-450.
- Grummer-Strawn, L. & Mei, Z. (2004). Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the centers for disease control and prevention pediatric nutrition surveillance system. *Pediatrics*, 113(2), 81-86.
- Gudiel-Urbano, M. & Goni, I. (2001). Human milk oligosaccharides. The rule in the health and development of the infants. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 51(4), 332-339.
- Guimarães T. (2003). *Crenças de saúde sobre a doença coronária em profissionais das tecnologias da saúde*. Tese de mestrado em psicologia da saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gupta, S. (2002). Of brains and breast milk. *Time South Pacific*, 19, 62.

- Gustafsson, P., Duchon, K., Birberg, U. & Karlson, T. (2004). Breastfeeding, very long polyunsaturated fatty acids (PUFA) and QI at 61/2 years of age. *Acta Paediatrica*, 93(10), 1280-1287.
- Hanson, L., Korotkova, M., Haversen, L., Mattsby-Baltzer, I., Hahn-Zoric, M., Silfverdal, S. et al. (2002). Breast-feeding, a complex support system for the offspring. *Pediatrics International*, 44(4), 347-352.
- Harlow, H. (1958). A natureza do amor. In *As ligações infantis*. Teorama. Amadora: Livraria Bertrand.
- Haschke, F. & Van't Hof, M. (2000). Euro-growth references for breast-fed boys and girls: influence of breast-feeding and solids on growth until 36 months of age. Euro-Growth Study Group. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 31, 60-71.
- Haslam, C., Lawrence, W. & Haefeli, K. (2003). Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy. *Family Practice*, 20 (5), 528-530.
- Hoppu, U., Kalliomaki, M., Laiho, K. & Isolauri, E. (2001). Breast milk immunomodulatory signals against allergic diseases. *Allergy*, 56, 23-26.
- Jackson, K & Nazar, A. (2006). Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), 203-207.
- Jansen, I., Fischer, K., Van Der Bom, J. & Van Der Berg, H. (2005). No protective effect of breastfeeding on inhibitor formation in severe hemophilia. *Pediatric Hematology and Oncology*, 22(7), 575-580.
- Janz, N. & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kelly, K. (2001). Yes, breast milk is really best. *U.S. News & World Report*, 130(5), 62-67.
- Khadivzadeh, T. & Parsai, S. (2004). Effect of exclusive breastfeeding and complementary feeding on infant growth and morbidity. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10(3), 289-294.

- Khedr, E., Farghaly, W., Amry, S. & Osman, A. (2004). Neural maturation of breastfed and formula-fed infants. *Acta paediatrica*, 93(6), 734-738.
- Knobe, K., Tengborn, L., Petrini, P. & Ljung, R. (2002). Breastfeeding does not influence the development of inhibitors in haemophilia. *Haemophilia*, 8, 657-659.
- Kramer, M., Guo, T., Platt, R., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Collet, J., Shapiro, S., et al. (2003). Infant health outcomes associated with 3 months vs 6 months of exclusive breastfeeding. *Nutrition Research Newsletter*, 22(9), 13-14.
- Kramer, M., Guo, T., Platt, R., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Collet, J., Shapiro, S., et al. (2003). Infants growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months exclusive breastfeeding. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(2), 291-295.
- Kramer, M., Guo, T., Platt, R., Shapiro, S., Collet, J., Chalmers, B., et al. (2002). Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics*, 110(2), 343-348.
- Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Ayrat, A., Duc, C., Berchotteau, M, Bouchon, N., et al. (2005). Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 225 mother-infant pairs. *Pediatrics*, 115(2), 139-146.
- Laubereau, B., Brockow, I., Zirngibl, A., Koletzko, S., Gruebl, A., Von Berg, A. et al. (2004). Effect of breast-feeding on the development of atopic dermatitis during the first 3 years of life – results from the GINI – birth cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 144(5), 602-607.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.
- Leung, G. (2005). Health consequences of breast-feeding: doctors' visits and hospitalizations during the first 18 months of life in Hong Kong Chinese infants. *Epidemiology*, 16(3), 328-335.
- Leung, A. K. & Sauve, R.S. (2005). Breast is best for babies. *Journal of the National Medical Association*, 97(7), 1010-1019.

- Levy, L. (2005). Alimentação do lactente, aleitamento materno: filosofia, vantagens e práticas. In A. Silva & Gomes-Pedro, J. (Eds.), *Nutrição Pediátrica: Princípios Básicos* (pp.69-75). Lisboa: ACSM - Clínica Universitária de Pediatria - Hospital de Santa Maria.
- Levy, L. (2006). Aleitamento materno: Uma prioridade. In J. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp. 37-39). Lisboa: Fim de Século.
- Liu, F., Ma, L. & Yi, M. (2006). Association of breastfeeding with behavioral problems and temperament development in children aged 4-5 years. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 8(4), 334-337.
- Lothrop, H. (2000). Vale a pena amamentar. In H. Lothrop (Ed.), *Tudo sobre amamentação* (pp.19-47). Lisboa: Paz Editora (original publicado em 1997).
- Marcus, M. (2001). Breast-fed babies make leaner kids. *U.S. News & World Report*, 130(21), 59-63.
- Martin, R., Holly, J., Smith, G., Ness, A., Emmett, P., Rogers, I. et al. (2005). Could associations between breastfeeding and insulin-like growth factors underline associations of breastfeeding with adult chronic disease? The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Clinical Endocrinology*, 62, 728-737.
- Martin, R., Smith, G., Mangtani, P., Frankel, S. & Gunnell, D. (2002). Association between breast feeding and growth: The Boyd-Orr cohort study. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 87, 193.
- Martinho, C., & Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 93-105.
- Michaelsen, K., Lauritzen, L., Jørgensen, M. & Mortensen, E. (2003). Breast-feeding and brain development. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 47(3), 147-151.
- Nascimento, M. & Issler, H. (2003). Breastfeeding: making the difference in development, health and nutrition of term and preterm newborn. *Revista do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, São Paulo*, 58(1), 49-60.
- Oddy, W. (2000). Breast-feeding and health in infants and children. *Nutridate*, 11(3), 1-5.

- Oddy, W. (2001). Breastfeeding protects against illness and infections in infant and children: a review of the evidence. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 9(2), 11-18.
- Oddy, W. (2002). The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 10(3), 5-18.
- Oddy, W. (2004). A review of the effects of breastfeeding on respiratory infections, atopy, and childhood asthma. *Journal of Asthma*, 41(6), 605-621.
- Oddy, W., Halonen, M., Martinez, F., Lohman, I., Stearn, D., Kurzius-Spencer, M. et al. (2003). TGF – beta in human milk is associated with wheeze in infancy. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 112(4), 723-728.
- Oddy, W., Kendall, G., Blair, E., De Klerk, N., Stanley, F. Landau, L. et al. (2003). Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17(1). 81-90.
- Oddy, W., Scott, J., Graham, K. & Binns, C. (2006). Breastfeeding influences on growth and health at one year of age. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 14(1), 15-23.
- Oddy, W., Sherriff, J., De Klerk, N., Kendall, G., Sly, P., Beilin, L., et al. (2004). The relation of breastfeeding and body mass index to asthma and atopy in children: a prospective cohort study to age 6 years. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1531-1537.
- Odiijk, J., Kull, I., Borres, M., Brandtzaeg, P., Edberg, U., Hnason, L., et al. (2003). Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*, 58(9), 833-843.
- Oliveros, C., Marquis, G., Bartoloni, R., Ormsby, G., & Rudatsikira, E. (1999). Maternal lactation: A qualitative analysis of the breastfeeding habits and beliefs of pregnant women living in Lima, Peru. *International Quarterly of Community Health Education*, 18 (4), 415-434.
- Ong, K., Preece, M., Emmett, P., Ahmed, M. & Dunger, D. (2002). Size at birth and early childhood growth in relation to maternal smoking, parity and infant breast-feeding: Longitudinal birth cohort study and analysis. *Pediatric Research*, 52, 963-867.

- Pedro, E. & Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias em salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (1), 99-109.
- Pilkington, H. (2003). Should we encourage exclusive breastfeeding at all cost? *Lancet*, 362(9379), 247.
- Pohl, H. & Tylanda, C. (2000). Breast-feeding exposure of infants to selected pesticides: a public health viewpoint. *Toxicology and Industrial Health* 16, 65-77.
- Poss, J. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: Synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Sciences*, 23 (4), 1-15.
- Potter, B. & Rindfleisch, K. (2003). Breastfeeding reduces pain in neonats. *Journal of Family Practice*, 52(5), 349-352.
- Pronczuk, J., Moy, G. & Vallenias, C. (2004). Breast milk: An optimal food. *Environmental Health Perspectives*, 112(13), 722-723.
- Quinn, P., O'Callaghan, M., Williams, G., Najman, J., Andersen M. & Bor, W. (2001). The effect of breastfeeding on child development at 5 years: A cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(5), 465-469.
- Rao, M., Hediger, M., Levine, R., Naficy, A. & Vik, T. (2002). Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatrica*, 91(3), 267-274.
- Reynolds, A. (2001). Breastfeeding and brain development. *Pediatric Clinics of North América*, 48(1), 159-171.
- Ribeiro, J. (2005a). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. (2005b). A saúde e as doenças. In J. Ribeiro (Ed.), *O importante é a saúde* (pp. 21-55). Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL.

- Roden, J. (2004). Revisiting the health belief model: nurses applying it to young families and their health promotion needs. *Nursing and Health Sciences*, 6, 1-10.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Sadauskaite-Kuehne, V., Ludvigsson, J., Padaiga, Z., Jasinskiene, E. & Samuelsson, U. (2004). Longer breast-feeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 20(2), 150-157.
- Sanchez, O. & Childers, N. (2000). Breast-feeding and infant oral health. *American Family Physician*, 63(3), 506-507.
- Schack-Nielsen, L. (2006). Breast feeding and future health. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 9 (3), 289-269.
- Schiff, L. (2006). Breastfeeding makes for better health. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 73(2), 571-572.
- Sears, M., Greene, J., Wilian, A., Taylor, D., Flannery, E., Cowan, J. et al. (2002). Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet*, 360, 901-907.
- Semba, R. & Juul, S. (2002). Erythropoietin in human milk: physiology and role in infant health. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 18(3), 252-261.
- Sharps, P., El-Mohandes, A., Nabil El-Khorazaty, M., Kiely, M. & Walker, T. (2003). Health beliefs and parenting attitudes influence breastfeeding patterns among low-income African-American women. *Journal of Perinatology*, 23(5), 414-419.
- Shireley, S. (2004). *Nós e a metadona: atitudes e crenças dos profissionais de saúde face ao tratamento de manutenção com metadona (MMT)*. Tese de mestrado em psicologia da saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Silva, A. (2005). Prefácio. In A. Silva & Gomes-Pedro, J. (Eds.), *Nutrição Pediátrica: Princípios Básicos* (p.7). Lisboa: ACSM - Clínica Universitária de Pediatria - Hospital de Santa Maria.

- Simara, A. (2002). *Crenças de saúde e comportamentos sexuais de risco face ao VIH/SIDA em estudantes universitários Angolanos e Portugueses – Um estudo comparativo*. Tese de mestrado em psicologia da saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Simondon, K., Simondon, F., Costes, R., Delaunay, V. & Diallo, A. (2001). Breast-feeding is associated with improved growth in length, but not weight, in rural Senegalese toddlers. *American Journal of Clinical Nutrition*, 73(5), 959-967.
- Singhal, A., Cole, T., Fewtrell, M. & Lucas, A. (2004). Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. *Lancet*, 363 (9421), 1571-1578.
- Spyrides, M., Struchiner, C., Barbosa, M. & Kac, G. (2005). Amamentação e crescimento infantil : um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 21(3), 756-766.
- Turck, D., Bocquet, A., Bresson, J., Briend, A., Chouraqui, J., Darmaun, D., et al. (2005). Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 12, 145-165.
- Van't Hof, M. & Martin, A. (2000). The influence of breastfeeding and complementary foods on growth three years of age in the Euro-Growth Study. *Pediatrics*, 106(5), 1281-1282.
- Villalpando, S. & López-Alarcón, M. (2000). Growth faltering is prevented by breast-feeding in underprivileged infants from Mexico City. *Journal of Nutrition*, 130, 546-552.
- Wang, R., Bates, M., Goldstein, D., Haynes, S., Hench, K. & Lawrence, R. (2005). Human milk research for answering questions about human health. *Journal of Toxicology & Environmental Health: Part A*, 68(20), 1771-1801.
- WHO/UNICEF (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneva: Autor.
- WHO/UNICEF (1989). *Protection, promotion and supporting breast-feeding: The important role of maternity services*. Geneva: Autor.
- WHO/UNICEF (1990). *Innocenti declaration*. Geneva: Autor.

WHO (2003). *Infant and young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding* . Geneva: Autor.

## Anexo 1: Teste de Sheridan

AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO - TESTE DE SHERIDAN - 1-12 MESES

NOME:

D. NASC.:

IDADE:

PROC. Nº

	4 - 6 SEM.	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Dec. Vent. levanta a cabeça</li> <li>—Dec. dorsal postura ass.m. sup. do lado da face em ext.</li> <li>—Tração pelas mãos a cabeça cai.</li> <li>—Sentado dorso em arco e mãos fechadas.</li> <li>—Suspensão vert. cabeça erecta membros semi flexi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Dec. Vent. apoio nos antebraços.</li> <li>—Dec. dorsal postura sim. Membros c/ mov. ritmados.</li> <li>—Tração pelas mãos, cabeça erecta coluna dorsal direita.</li> <li>—De pé flexe os joelhos não faz apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Dec. Vent. apoia-se nas mãos.</li> <li>—Dec. dorsal - levanta a cabeça M. inf. na vertical dedos flexi.</li> <li>—Tração pelas mãos faz força para se sentar.</li> <li>—Mantém-se sentado sem apoio.</li> <li>—De pé faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Senta-se só e fica 10 a 15 m.</li> <li>—Põe-se de pé com apoio mas não conseguir baixar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Passa de dec. dorsal a sentado.</li> <li>—Tem equilíbrio sentado.</li> <li>—Gatinha.</li> <li>—Põe-se de pé e baixa-se, apoio de duas ou uma mão.</li> </ul>
POSTURA E MOTRICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Segue uma bola pendente a 20-25 cm 1/4 de circ. (do lado até à linha média)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li>—Segura brevemente a roca e move-a em dir. à face.</li> <li>—Segue uma bola pendente 1/2 circ. e horizontal.</li> <li>—Convergência.</li> <li>—Pestanejo de defesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Tem preensão palmar.</li> <li>—Leva os objectos à boca.</li> <li>—Transfere objectos.</li> <li>—Se o objecto cai esquece-o imediatamente.</li> <li>—Boa convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Tem preensão e manipulação.</li> <li>—Leva tudo à boca.</li> <li>—Aponta com o indicador.</li> <li>—Tem pinça.</li> <li>—Atira os objectos ao chão deliberadamente.</li> <li>—Procura o objecto que caiu ao chão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Explora com energia os objectos e atrai-os sistematicamente ao chão.</li> <li>—Procura um objecto escondido.</li> <li>—Interesse visual para perto e longe.</li> </ul>
VISÃO E MOTRICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta.</li> <li>—Roca ou voz a 15 cm do ouvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Atende e volta-se geralmente aos sons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Segue os sons a 45 cm do ouvido.</li> <li>—Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.</li> <li>—Dá gargalhadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Atenção rápida para os sons perto e longe.</li> <li>—Localização de sons suas a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido.</li> <li>—Repete várias sílabas ou sons do adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa.</li> <li>—Dá pelo nome e volta-se</li> <li>—Jargon.</li> </ul>
AUDIÇÃO E	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Fixa a face da mãe quando o alimenta.</li> <li>—Sorriso presente às 6 sem.</li> <li>—Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Sorri.</li> <li>—Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Muito activo, atento e curioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Leva uma bolacha à boca.</li> <li>—Mastiga.</li> <li>—Distingue os familiares dos estranhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".</li> <li>—Bebe pelo copo com ajuda.</li> <li>—Segura a colher mas não a usa.</li> <li>—Colabora no vestir levantando os braços.</li> <li>—Muito dependente do adulto.</li> <li>—Demonstra afecto.</li> </ul>
ADAPTAÇÃO SOCIAL					
COMPORTAMENTO E					

AValiação de desenvolvimento - teste de Sheridan - 18 M - 5 ANOS

NOME: D. NASC.: IDADE: PROC. Nº

	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Anda bem.</li> <li>—Apanha brinquedos do chão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Corre.</li> <li>—Sobe e desce com os 2 pés no mesmo degrau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Equilíbrio momentâneo num pé.</li> <li>—Sobe escadas alternadamente. Desce com os 2 pés no mesmo degrau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Fica num pé sem apoio 3 - 5 seg.</li> <li>—Sobe e desce as escadas alternadamente.</li> <li>—Salta num pé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Fica num pé 3 - 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax.</li> <li>—Salta alternadamente num pé.</li> </ul>
FMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Constroi torre de 3 cubos.</li> <li>—Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão.</li> <li>—Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Constroi torre de 6 cubos.</li> <li>—Imita rabisco circular.</li> <li>—Gosta de ver livros.</li> <li>—Vira uma página de cada vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Constroi torre de 9 cubos</li> <li>—Imita (JA) e copia (JA/7)</li> <li>—Copia a ponte de 3 cubos - Copia o círculo - Imita a cruz</li> <li>—Combina 2 cores geralmente o vermelho e amarelo. (Confunde o azul e verde).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Constroi escada de 6 cubos</li> <li>—Copia a cruz.</li> <li>—Combina e nomeia 4 cores básicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Constroi 4 degraus com 10 cubos.</li> <li>—Copia o quadrado e o triângulo (5A).</li> <li>—Conta 5 dedos de uma mão</li> <li>—Nomeia 4 cores.</li> </ul>
LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais.</li> <li>—Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Diz o primeiro nome.</li> <li>—Fala sozinho enquanto brinca. Junta duas ou mais palavras construindo frases curtas.</li> <li>—Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares.</li> <li>—Nomeia objectos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Diz o nome completo e o sexo.</li> <li>—Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos.</li> <li>—Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Sabe o nome completo, a idade e o sexo habitualmente a morada.</li> <li>—Linguagem compreensível</li> <li>—Apenas algumas substituições infantis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data do nascimento</li> <li>—Vocabulário fluente e articulada geralmente correta - Pode haver confusões em alguns sons.</li> </ul>
ADAPTAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Bebe por um copo sem enfiar muito levantando-o com ambas as mãos.</li> <li>—Segura a colher e leva alimentos à boca.</li> <li>—Não gosta que lhe peguem.</li> <li>—Exige muita atenção.</li> <li>—Indica necessidade de ir ao toilette. Começa a copiar actividades domésticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Põe o chapéu e os sapatos</li> <li>—Usa bem a colher.</li> <li>—Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário.</li> <li>—Vai sozinho ao toilette.</li> <li>—Come com colher e garfo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Pode vestir-se e despir-se só com excepção de abotoar botas e dar laços.</li> <li>—Gosta de brincar com crianças da sua idade.</li> <li>—Sabe esperar pela sua vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Veste-se só.</li> <li>—Lava as mãos e a cara e limpa-se só.</li> <li>—Escolhe os amigos.</li> <li>—Compreende as regras do jogo.</li> </ul>

## SINAIS DE ALARME

1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado</li> <li>◦ Hiper e hipotonicidade na posição de pé</li> <li>◦ Nunca segue a face humana</li> <li>◦ Não vira olhos e cabeça para o som (voz humana)</li> <li>◦ Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Não fixa nem segue objectos</li> <li>◦ Não sorri</li> <li>◦ Não há qualquer controlo da cabeça</li> <li>◦ Mãos sempre fechadas)</li> <li>◦ Membros rígidos em repouso.</li> <li>◦ Sobressalto ao menor ruído</li> <li>◦ Chora e grita quando se toca</li> <li>◦ Pobreza de movimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ausência de controlo da cabeça</li> <li>◦ Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar</li> <li>◦ Não olha nem pega qualquer objecto</li> <li>◦ Assimétricas</li> <li>◦ Não reage aos sons</li> <li>◦ Não vocaliza</li> <li>◦ Desinteresse pelo ambiente</li> <li>◦ Irritabilidade</li> <li>◦ Estrabismo manifesto e constante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Não se senta</li> <li>◦ Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição</li> <li>◦ Assimétricas</li> <li>◦ Sem preensão palmar, não leva objectos à boca</li> <li>◦ Não reage aos sons</li> <li>◦ Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização</li> <li>◦ Apático sem relação com familiares</li> <li>◦ Engasga-se com facilidade</li> <li>◦ Estrabismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Não aguenta o peso nas pernas.</li> <li>◦ Permanece imóvel; não procura mudar de posição</li> <li>◦ Assimétricas</li> <li>◦ Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão</li> <li>◦ Não responde à voz</li> <li>◦ Não brinca nem estabelece contacto</li> <li>◦ Não mastiga</li> </ul>

— JARDIM DE INFÂNCIA —

— APOIOS —

— PLANO DE ACÇÃO —

## Anexo 2: Cartas sobre o Consentimento Informado

Este estudo insere-se num trabalho de investigação em curso no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.

Tem como principal objectivo verificar qual o impacto do aleitamento materno no bem-estar e saúde geral da criança. Um maior conhecimento nesta área irá permitir adequar a intervenção técnica, bem como esclarecer os principais intervenientes, modelando assim as suas vivências face a esta temática.

A sua colaboração neste estudo é da máxima importância, sendo voluntária e sem consequências caso recuse participar.

A informação obtida em cada uma das fichas clínicas não será tratada individualmente, mas em conjunto com as informações de todas as fichas clínicas que integram o estudo. Os dados são anónimos e confidenciais.

Tendo em conta a importância social e académica da investigação, poderá ter acesso aos resultados.

Se concordar em colaborar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e desde já agradecemos ter aceite dar a sua importante contribuição.

Eu, Alexandre Inaki Silva Faria tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para colaborar. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar colaborar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito colaborar na investigação.

Assinatura Alexandre Inaki Silva Faria Data 13/04/05

Este estudo insere-se num trabalho de investigação em curso no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.

Tem como principal objectivo verificar qual o impacto do aleitamento materno no bem-estar e saúde geral da criança. Um maior conhecimento nesta área irá permitir adequar a intervenção técnica, bem como esclarecer os principais intervenientes, modelando assim as suas vivências face a esta temática.

A sua colaboração neste estudo é da máxima importância, sendo voluntária e sem consequências caso recuse participar.

A informação obtida em cada uma das fichas clínicas não será tratada individualmente, mas em conjunto com as informações de todas as fichas clínicas que integram o estudo. Os dados são anónimos e confidenciais.

Tendo em conta a importância social e académica da investigação, poderá ter acesso aos resultados.

Se concordar em colaborar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e desde já agradecemos ter aceite dar a sua importante contribuição.

Eu, José Manuel de Oliveira Faria tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para colaborar. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar colaborar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito colaborar na investigação.

Assinatura José Manuel de Oliveira Faria Data 15/11/2005

### Anexo 3: Instrumento

## INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO

Número \_\_\_\_\_

Classificação de acordo com a:

### **A) Saúde**

- 1 - Muito saudável
- 2 - Saudável
- 3 - Medianamente saudável (patologias normativas)
- 4 - Doente
- 5 - Muito doente

### **B) Desenvolvimento e Evolução Estature – Ponderal**

- 1 - Muito bom
- 2 - Bom
- 3 - Médio
- 4 - Fraco
- 5 - Muito fraco

### **C) Alterações ou Queixas do Comportamento**

- 1 - Parasórnias (perturbação do sono)
- 2 - Perturbações alimentares
- 3 - Perturbações do comportamento
- 4 - Perturbações da linguagem
- 5 - Dificuldades na adaptação social