



PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE, BEM ESTAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
UM ESTUDO PRELIMINAR

Ana Margarida Rocha

Universidade de Lisboa

Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada- Lisboa

RESUMO

A amamentação é genericamente considerada como a prática alimentar ideal para as crianças, constituindo uma forma primária de promover a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento.

No entanto, esta assumpção centrada nos benefícios do aleitamento materno, aliás homologada e divulgada pela WHO (2003), 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.

No sentido de avaliar se a prática da amamentação decorre de uma crença de saúde (Shirley, 2004; Simara, 2002) ou dos seus benefícios para a saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças, delineou-se um estudo de carácter comparativo, em que as diferentes práticas alimentares são avaliadas, bem como os indicadores da saúde, bem-estar e desenvolvimento, através do PedsQL (Pediatric Quality of Life), versão para pais e crianças dos 5 aos 7 anos, e ainda através de dois instrumentos construídos para avaliar a percepção dos técnicos e pais/prestadores de cuidados no que diz respeito às dimensões em análise.

Palavras-chave: Aleitamento materno; saúde; bem-estar; desenvolvimento

ABSTRACT

Breastfeeding is normally considered the ideal way to feed children, being the primary form to promote health, well-being and development. Although this assumption, focused on the breastfeeding benefits is homologated and supported by WHO (2003); it still lacks empirical validation. Most published research is centred in specific problems of the children, and even so, some of them point to the inconsistent results. To evaluate if breastfeeding benefits results mainly from health believes (Shirley,

EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE, BEM ESTAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
UM ESTUDO PRELIMINAR

2004; Simara, 2002) or from its real benefits to children's health, well-being and development, a comparative study was designed. Different feeding behaviours or practices were evaluated, as well as the health, well-being and development indicators as measured by the PedsQL (Pediatric Quality of Life) scale (both parents and children from 5 to 7 years forms). Two new scales were also built to evaluate parents and technicians perceptions towards the dimensions in analysis in the PedsQL.

Key-words: Breastfeeding; health; well-being; development

INTRODUÇÃO

A protecção, promoção e suporte da amamentação é hoje uma prioridade da saúde pública. As políticas de promoção e manutenção do aleitamento materno têm tido uma série de implicações não só sociais e culturais como também políticas e legais. O aparecimento de prerrogativas especiais às mulheres que amamentam, tem sido uma das principais implicações legais existindo inclusive directrizes mundiais para a implementação de programas direccionados à promoção da amamentação. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde 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 (WHO, 2003).

No entanto, o movimento em prol do aleitamento materno, apresenta um frágil suporte na investigação realizada até à data, sobre aquilo que parece ser a mobilização fundamental da prática da amamentação: a saúde e bem-estar da criança. Isto porque existem apenas estudos que se centram em problemáticas específicas das crianças, muitas vezes discutíveis do ponto de vista metodológico e, alguns deles apontam até a existência de resultados inconsistentes.

Assim, para as mesmas dimensões da saúde, bem-estar e desenvolvimento infantil existem estudos empíricos que referem que a amamentação influencia positivamente essas dimensões, enquanto outros estudos anulam a existência desses benefícios. As dimensões são as seguintes: crescimento (Alvarado, Zunzunegui, Delisle & Osorno, 2005; Oddy, Scott, Graham & Binns, 2006), obesidade (Armstrong & Reilly, 2002; Oddy, Sherriff, De Klerk, Kendall, Sly, Beilin et al., 2004), infecções respiratórias (Khadivzadeh & Parsai, 2004; Kramer, Guo, Platt, Sevkovskaya, Dzikovich, Collet, Shapiro, et al., 2003), doenças atópicas (Kramer et al., 2003; Laubereau, Brockow, Zirngibl, Koletzko, Gruebl, Von Berg, et al., 2004), infecções gastrointestinais (Khadivzadeh & Parsai, 2004; Leung, 2005), desenvolvimento cognitivo (Gómez-Sanchiz, Cañete, Roder, Baeza & González, 2004; Gustafsson, Duchon, Birberg & Karlson, 2004), prevenção e alívio da dor (Bilgen, Ozek, Cebeci & Ors, 2001; Gray, Miller, Philipp & Blass, 2002), e recorrência a consultas médicas (Leung, 2005; Oddy, Scott, Graham & Binns, 2006).

Pelo que foi referido, e tendo em conta as limitações da literatura que incluem a existência de discrepâncias nos resultados, importa perceber se o aleitamento materno constitui uma crença de saúde ou se, de facto, é um determinante significativo da saúde, bem-estar geral e desenvolvimento das crianças.

Neste artigo, reportamos um estudo de carácter comparativo, avaliando os indicadores da saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças entre os 5 e os 7 anos, em função do tipo de alimentação e sua duração. A escolha desta idade procura avaliar o impacto da alimentação infantil não apenas na fase do aleitamento, mas também a médio prazo. Uma vez que um dos requisitos para a entrada na escola é a realização do exame global de saúde realizado nas instituições dos cuidados de saúde primários, tal



PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

facto implica a deslocação das crianças e prestadores de cuidados a essas instituições, momento oportuno para a aplicação dos instrumentos, o que facilita a amostragem.

Com vista à obtenção da autorização para a recolha de dados, foram contactadas as Administrações Regionais de Saúde das diferentes regiões (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve); as Unidades de Saúde Familiares e os Centros de Saúde do país. Explicou-se quais os objectivos do estudo, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

Foi também solicitada autorização para utilização do PedsQL (Pediatric Quality of Life), versão para pais e crianças dos 5 aos 7 anos.

Foram ainda construídos dois instrumentos de caracterização para os técnicos e pais/prestadores de cuidados.

Instrumentos

PedsQL

O PedsQL apresenta uma abordagem modular para a medição da saúde relacionada com a qualidade de vida (HRQOL), em crianças e adolescentes. É aplicável a populações escolares e comunitárias saudáveis, bem como a populações pediátricas que apresentam condições de saúde agudas e crónicas. Neste sentido, integra num mesmo sistema de medição, escalas genéricas que podem ser complementadas com módulos específicos de doenças, consoante a população clínica. No caso concreto do presente estudo, apenas nos interessa a utilização da versão do PedsQL (Varni, 1998) dirigido à população não clínica, concebido para medir as dimensões centrais da saúde, referenciadas pela Organização Mundial de Saúde (física, emocional e social). Para além destas dimensões, avalia também a dimensão escolar.

Compostas por 23 itens, as quatro escalas multidimensionais do PedsQL englobam os domínios essenciais para a medição da qualidade de vida pediátrica: os funcionamentos físico, emocional, social e escolar, num total de três pontuações:

Escalas

Funcionamento Físico
(8 itens)

Funcionamento Emocional
(5 itens)

Funcionamento Social
(5 itens)

Funcionamento Escolar
(5 itens)

Resumo das Pontuações

Pontuação total da Escala
(23 itens)

Resumo da Pontuação da Saúde Física
(8 itens)

Resumo da Pontuação da Saúde Psicossocial
(15 itens)

No que diz respeito à cotação, os itens das quatro escalas são agrupados, originando três tipos de pontuações (scores), devendo-se ter em conta os procedimentos descritos no quadro 1.

EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE, BEM ESTAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
UM ESTUDO PRELIMINAR

Quadro 1. Caracterização do PedsQL e procedimentos de cotação

Escalas	5 Pontos na escala de Likert de 0 (Nunca) a 4 (Quase Sempre) para os pais 3 Pontos na escala: 0 (Nunca), 2 (Algumas Vezes) e 4 (Quase Sempre) para o instrumento das crianças (idades 5-7)
Ponderação dos Itens	Não
Dimensão da Escala de Resultados	As respostas são transformadas numa escala de 0 a 100
Procedimentos para os resultados	Passo 1: Transformar os resultados Os itens são revertidos e transformados linearmente numa escala de 0 a 100 como: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0. Passo 2: Calcular as pontuações <u>Pontuação por dimensão:</u> <ul style="list-style-type: none">• Se mais que 50% dos itens não são respondidos, a pontuação da escala não deve ser considerada,• A media da pontuação = Soma dos itens sobre o número total dos itens respondidos.
	<u>Resumo da pontuação da saúde psicossocial</u> = Soma dos itens sobre o número de itens respondidos nas escalas emocional, social e escolar
	<u>Resumo da pontuação da saúde física</u> = Pontuação da escala de funcionamento físico
	<u>Pontuação total:</u> Soma de todos os itens sobre o número de itens respondidos em todas as escalas
Interpretação e análise dos dados em falta	Se 50% ou mais dos itens estão completos, inserir a média dos itens completos. Caso contrário, a pontuação não deve ser considerada.

A Consistência interna do PedsQL apresenta valores de alfa de Cronbach superiores a 0.7 para as escalas genéricas, enquanto que o total dos 23 – itens apresenta um alfa de 0.90 para ambas as formas da escala (auto-aplicável e avaliação por técnicos). A distribuição dos itens ocorreu sobre a totalidade da amplitude de medida, sem que se observassem distribuições plato - ou leptocurticas.

A validade do PedsQL foi demonstrada por comparação de grupos conhecidos e por correlações com outras medidas de doença. A escala apresenta validade de critério para crianças com e sem doenças crónicas; e dentro das crianças com doenças crónicas consegue discriminar crianças com hospitalização de crianças sem hospitalização nos últimos 12 meses. Adicionalmente, observaram-se correlações entre o estado de saúde e o número de faltas à escola, dificuldades em executar as tarefas diárias, número de faltas dos pais ao trabalho e dificuldades em realizar as tarefas profissionais. Finalmente, os scores do PedsQL estão correlacionados com alterações clínicas como demonstrado em ensaios experimentais.

Pela metodologia utilizada foi ainda necessário construir dois tipos de instrumentos:



PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

1 – Instrumento para os técnicos de saúde, que contempla o seguinte:

- a) Caracterização sociodemográfica (sexo e idade da criança);
- b) Programa de vacinação;
- c) Tipo de alimentação infantil e sua duração;
- d) Ocorrência de: episódios críticos ou alterações na vida familiar, antecedentes familiares de doença, problemas de visão ou audição, doenças graves diagnosticadas pelo médico, acidentes, internamentos, intervenções cirúrgicas, consultas de especialidade e/ou terapias, tomada de medicação; perturbações (do sono, alimentares, da linguagem, emocionais, do comportamento e dificuldades na adaptação social);
- e) A frequência com que a criança recorre às urgências pediátricas;
- f) Escalas de Likert de 5 pontos para avaliar: a alimentação da criança após o aleitamento, a saúde e higiene oral, os hábitos desportivos e de lazer, o estado da habitação e do ambiente em que a criança vive ao nível da higiene e segurança, a saúde geral, o desenvolvimento geral, e por fim para avaliar os vários aspectos que constam no boletim do exame global de saúde, como sejam, a higiene, o desenvolvimento estatura-ponderal, o desenvolvimento psicomotor, o comportamento, a visão, a audição, a linguagem, a dentição e a postura.

2 – Instrumento para os prestadores de cuidados que inclui as dimensões acima mencionadas, com excepção dos aspectos que constam no boletim do exame global de saúde por implicarem conhecimentos técnicos. Para além disso, a caracterização sociodemográfica é mais extensa e são também abordados aspectos acerca da gravidez e do parto.

Desta forma, são feitas questões sobre: a idade dos pais, habilitação académica mais elevada do agregado familiar, profissão dos pais, pessoas com quem a criança vive, se frequentou alguma instituição de infância, se a gravidez foi desejada/planeada e vigiada, ocorrência de complicações durante a gravidez e parto, tempo de gestação e tipo de parto.

CONCLUSÃO

Da empiria disponível, pois são escassas as investigações que associam a amamentação ao quadro teórico das crenças de saúde, Sharps, El-Mohandes, Nabil El-Khorazaty, Kiely e Walker (2003), referem que a amamentação está significativamente associada a uma alta confiança na capacidade dos cuidados de saúde para prevenir a doença. Também Haslam, Lawrence e Haefeli (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).

Através da aplicação dos instrumentos aqui referenciados e descritos, pretende-se avaliar se a amamentação constitui uma crença de saúde, veiculada pela ideologia médica e clínica, ou os seus efeitos traduzem benefícios significativos do ponto de vista da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento.

A aplicabilidade prática desta investigação é de extrema importância do ponto de vista da intervenção clínica, pois 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. Neste sentido, e porque os profissionais da área da saúde são dos principais agentes promotores do aleitamento, é importante formar adequadamente os técnicos de saúde, para que também eles possam informar os pais mais, mas sobretudo melhor.



EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE, BEM ESTAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PRELIMINAR

Pelas repercussões pessoais e sociais que a amamentação tem na família enquanto unidade social dinâmica, importa assim aprofundar a investigação nesta área, de forma a compreender os reais efeitos do aleitamento materno na saúde, bem-estar e desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Armstrong, J. & Reilly, J. (2002). Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, 359(9322), 2003-2005.
- 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.
- 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.
- Gray, L., Miller, L., Philipp, B. & Blass, E. (2002). Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 109(4), 590-594.
- Gustafsson, P., Duchon, K., Birberg, U. & Karlson, T. (2004). Breastfeeding, very long polyunsaturated fatty acids (PUFA) and IQ at 6 1/2 years of age. *Acta Paediatrica*, 93(10), 1280-1287.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.



PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

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

Fecha de recepción: 28 febrero 2008

Fecha de admisión: 7 marzo 2008

