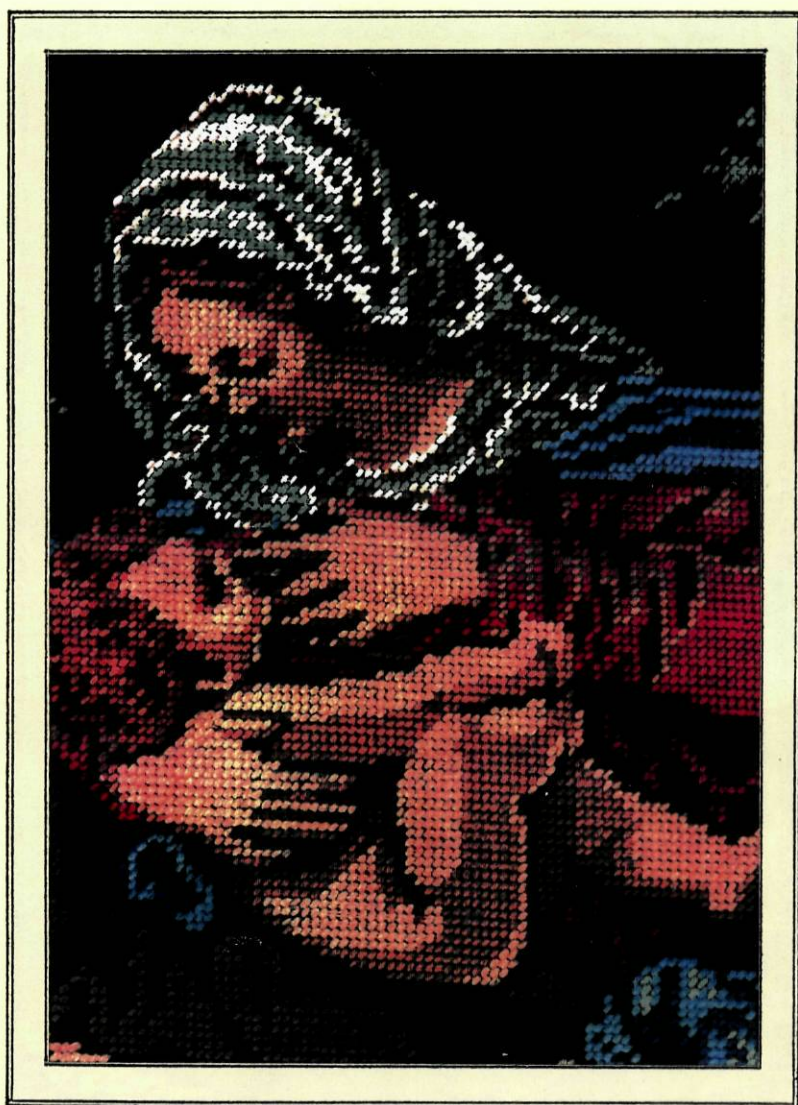


CURSO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO



A
L
E
I
T
A
M
E
N
T
O

M
A
T
E
R
N
O

BREVE
PERSPECTIVA
HISTÓRICA

Monografia elaborada por:
ANA MARIA DA COSTA NETO ALVES
1991

ALEITAMENTO MATERNO

BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA

*A minha mãe,
com muito carinho.*



ÍNDICE

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - HISTÓRIA DO ALEITAMENTO MATERNO -	
- DA ANTIGUIDADE AO SÉC. XVIII	2
2.1 - Incidência e prática do aleitamento materno	2
2.2 - Razões pelas quais as mães não amamentavam	6
2.3 - Outras razões para a não amamentação	10
2.4 - Pontos de vista religiosos e médicos	11
2.5 - Instrumentos associados com amamentação	14
2.6 - As amas de leite	15
2.6.1 - Amas de leite como instituição social	15
2.6.2 - A ama ideal: opiniões e ideias médicas	19
2.6.2.1 - Qualidades da ama	19
2.6.2.2 - Qualidades do leite	22
2.6.3 - O declínio do uso das amas de leite	23
3 - PREVALÊNCIA E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA	
ACTUALIDADE	25
3.1 - Situação Internacional	25
3.1.1 - Países industrializados	25
3.1.2 - Países não industrializados	28
3.2 - Situação Portuguesa	41
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
5 - BIBLIOGRAFIA	

AGRADECIMENTO:

É meu desejo sincero agradecer à Sra Dra Maria Amélia Ferraz, directora do *Museu da Faculdade de Medicina do Porto*, que gentilmente autorizou a reprodução fotográfica de peças pertencentes ao Museu, permitindo assim o enriquecimento do meu trabalho.

1 - INTRODUÇÃO

Falar de aleitamento é falar do encontro de duas pessoas - uma, a mãe, com uma personalidade própria e inserida numa determinada sociedade com os seus costumes, a sua cultura, os seus valores, os seus mitos; a outra, uma criança recém-nascida, totalmente dependente e que não cessará de receber as influências do ambiente numa permanente tentativa de adaptação[3].

Toda a mãe deveria amamentar o seu filho, seguindo a lei natural da alimentação da criança, que quando nasce, não atingiu ainda o termo da sua evolução[1].

Se percorrermos a escala zoológica, vemos, na classe dos mamíferos, todas as fêmeas nutrir os filhos com o seu leite. O acto do parto não torna desde logo o filho independente da mãe, cujas tetas lhe são por algum tempo necessárias para acabar o desenvolvimento começado no útero [2].

A Natureza, colocou no seio da mulher o leite, alimento completo e de fácil digestão, que mais convém ao novo e delicado ser. Com o aparelho digestivo muito incompleto e funções muito imperfeitas, o recém-nascido precisa de um alimento capaz de o nutrir e desenvolver sem grande trabalho de absorção.

"A amamentação materna é o complemento lógico da gestação e do parto"[1].

É o que se observa em todas as espécies de mamíferos, excepto no Homem, em que os costumes alteram as leis da Natureza[2].

"Somente a mulher, disse Aulus Gellius(*), secou as fontes sagradas, em que o género humano deve beber a subsistência, como se ela só tivesse recebido esses dois globos de alabastro de que é tão orgulhosa, para lhe servir de frívolo ornato, e não para satisfazer ao mais grato dos deveres "[2].

Icard, citado por Peixoto [1], afirmava que "o papel da mãe compreende três actos:

(*) Filósofo romano do séc.II D.C.

no primeiro, alimentar o filho com o próprio sangue; no segundo, alimentá-lo com o seu leite; no terceiro, com os seus cuidados e a sua afeição"[1].

2 - HISTÓRIA DO ALEITAMENTO MATERNO - DA ANTIGUIDADE AO SÉC.XVIII

2.1 - INCIDÊNCIA E PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Testemunhos materiais, pictóricos e epigráficos, que remontam ao ano 3000 A.C., provam-nos que já então as crianças eram cuidadosamente criadas e amamentadas. (Fotog. 1).

Durante vários milénios, muitas sociedades, cultural e socialmente distintas, encaravam as crianças de modo muito semelhante e os métodos de as criar desde o nascimento, permaneceram relativamente constantes. As crianças eram bem aceites e bem tratadas pelas sociedades matriarcais da Babilónia e do Egipto e pelos hebreus que encaravam a possibilidade de criar e amamentar os filhos como uma dádiva de Deus [5].

Todos os exemplos tirados da Bíblia provam o zelo com que as mulheres hebraicas desempenhavam esse dever; para elas, tal dever era não só uma obrigação moral como também uma obrigação religiosa.

No "Genesis" é feita referência a Sarah, mulher de Abraham, por ter dado à luz um filho varão, numa idade já avançada, motivo que não a impediu de o amamentar. Rebecca, sendo de uma classe elevada, não recusou os seios a seu filho Jacob. A mãe dos Machabeus, no momento do martírio de seus filhos recorda-lhes que "ela os alimentou com o seu próprio leite" [1,2,5].

O povo hebreu considerava a amamentação materna (AM) um dever de tal modo sagrado, que não incluía no seu vocabulário uma palavra que se pudesse equiparar à expressão "ama mercenária" tão frequentemente usada pelos povos "pagãos" dessa



FOTOG. 1 - A maternidade em diferentes raças.



FOTOG. 2 - Representação da deusa egípcia Isis.

época [1,2].

O alto conceito pelas mulheres que amamentavam está implícito na riqueza de imagens, de deusas mães, usualmente representadas segurando ou amamentando uma criança [5].

São comuns, no antigo Egito, as representações da deusa Isis amamentando o seu filho Horus. Isis, esposa fiel de Osíris e protectora de Horus (Fotog. 2), era adorada pelo povo como deusa da magia e procurada pelos seus mortais seguidores, em situações de doença e agonia. Na maioria dessas representações de amamentação, a criança era segura sobre o braço esquerdo da mãe, mamando no seu seio esquerdo, perto do coração; esse costume permaneceu até tarde, durante a era cristã, sob a designação de "Virgo lactans" [5].

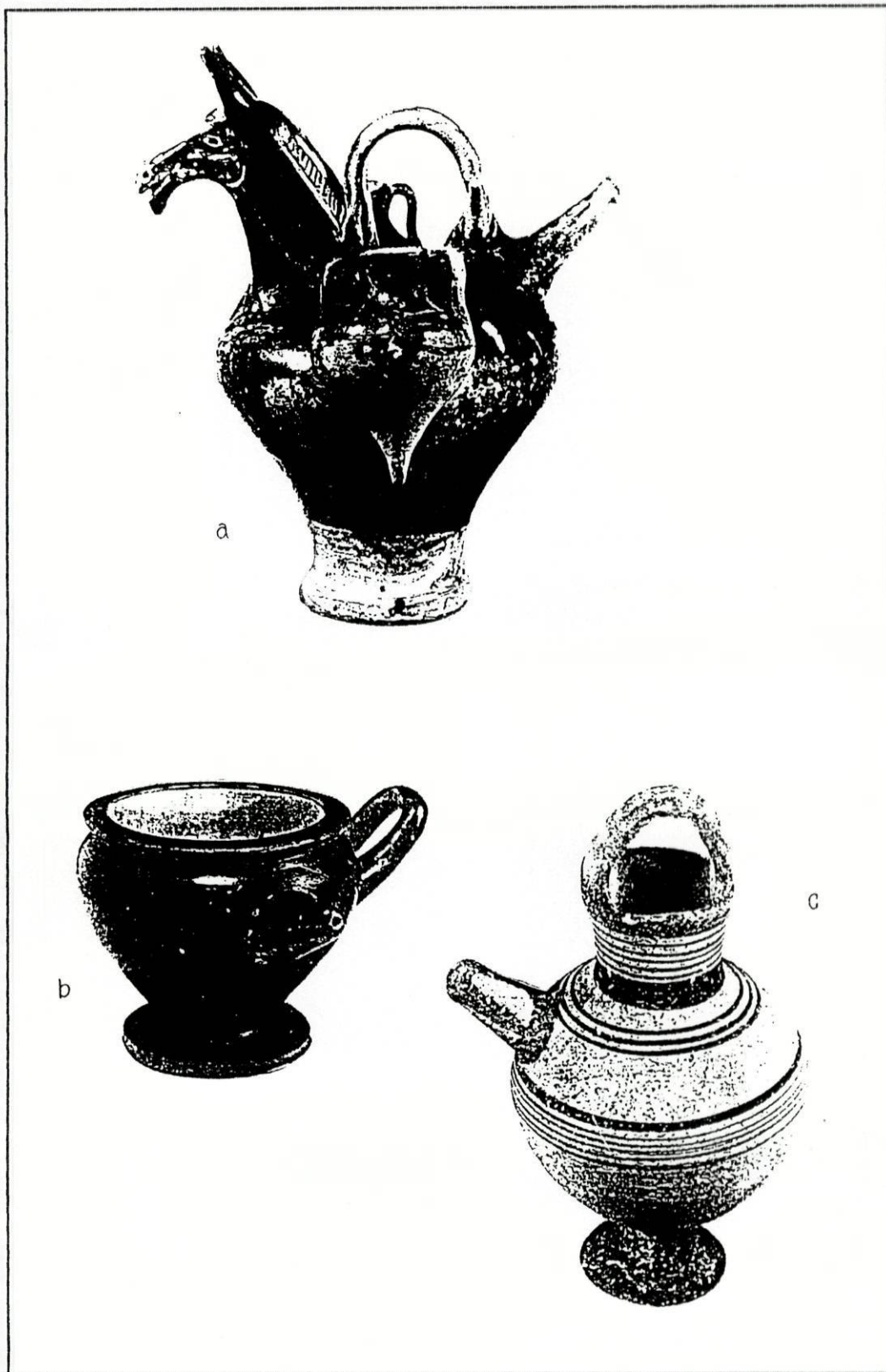
Os papiros hebreus também demonstraram o alto valor conferido ao leite humano. "O leite materno era incluído em muitos remédios orais e tinha aplicações numa variedade de situações, como por exemplo: retenção de urina numa criança; para expelir excrementos nocivos das entranhas de um homem; para cataratas, queimaduras e eczemas" [5].

Também na Grécia antiga se podem encontrar muitos testemunhos sobre a alimentação infantil na antiguidade.

Grande parte da nossa informação provém da era durante a qual os poemas de Homero tomaram a presente forma (provavelmente nos séc. VIII e IX) e dos escritos de Hipócrates (séc. IV e V).

Nos poemas de Homero, *Ilíada* e *Odisseia*, as crianças nobres eram amamentadas normalmente pela mãe. Em *Ilíada*, Hecuba amamentou o seu filho Hector, enquanto a mãe de Aquiles "o criou ao peito". Em *Odisseia*, Penélope aparece como uma jovem noiva com "um filho varão ao seu peito" [3,5].

A dieta posterior das crianças e a duração da amamentação, não são referidas no período de Homero. É provável que o desmame ocorresse por volta dos 2-3 anos, tal como acontecia noutras civilizações do 1º milénio A.C.. Também não é feita referência a aleitamento artificial, embora vasilhas para a alimentação infantil, desse período, tenham sido encontradas na Grécia (Gravura 1) [5].



GRAVURA 1 - a) Vasilha em forma de mula.
Grécia. Séc.V A.C. ou posterior.
b) Vasilha grega do séc.V A.C.
c) Chipre. Ano 400 A.C.

Escritos ferverosos a favor das mães de todas as classes que amamentavam os seus filhos foram feitos por Plínio, Plutarco, Tacitus e Aulus Gellius, filósofos romanos do séc. II D.C.; tal modo de pensar era talvez o reflexo dos severos ensinamentos de Roma [3,5]. O leite materno, segundo eles, "era o alimento mais saudável e adequado e, à parte as vantagens fisiológicas do AM, davam ênfase a que se a criança fosse amamentada por uma ama de leite, então o elo de afeição e amor entre mãe e filho se desvaneceria, possivelmente originando problemas mais tarde" [5].

Nos primeiros tempos da República Romana, tão florescente, as mulheres nobres orgulhavam-se de criarem elas próprias os seus filhos. Mas, ao chegar a época dos Césares, "com o esplendor do mais requintado luxo, sinal precursor da decadência das nações, com o deslumbramento dos seus prazeres, as damas romanas sacrificaram-lhes todos os momentos e esqueceram a família por toda a qualidade de infrenes gozos"[3]. Vê-se então as mulheres a passearem nos lugares públicos, trazendo nos braços cães ou macacos. Por isso, Júlio César, ao voltar das Galias, surpreendido com tal espectáculo, exclamou: "Por ventura as mulheres romanas não têm, como outrora, filhos a nutrir e a trazer nos braços? Não vejo por toda a parte senão cães e macacos." [2,3].

O uso de confiar as crianças a camponesas para as amamentar tornou-se assim muito comum em Roma. Esse costume passou a ser regulado pelo *Código Teodósio* [2].

Nos tempos de Esparta, uma mulher, mesmo que fosse a esposa de um rei, tinha a obrigação de amamentar o seu filho varão. Segundo Plutarco, "o segundo filho do rei Themistes herdou o reino de Esparta apenas porque foi alimentado com o leite da sua mãe. O filho mais velho, tendo sido amamentado por uma estranha, foi rejeitado." [6].

Muito posteriormente, entre 1500 e 1700 D.C., as mulheres inglesas de boa condição social não amamentavam os seus filhos, pois acreditavam que a AM deformaria o seu corpo e as tornaria velhas precocemente. Embora a AM fosse reconhecida como um meio de retardar outra possível gravidez, estas mulheres preferiam dar à luz um número considerável de filhos que amamentá-los [6,7].

Existem provas de que as mulheres da aristocracia, de ricos mercadores, ricos fazendeiros, letrados, médicos e de alguns clérigos usavam regularmente amas de leite [5].

Embora sem grande efeito no comportamento das mais abastadas, filósofos, médicos e alguns teólogos, repetidamente condenavam as mães que não amamentavam os próprios filhos [5].

A condenação das mulheres que não amamentavam os seus próprios filhos, sendo mínima durante a maior parte do séc.XVI, foi-se intensificando após a Reforma, principalmente devido aos sermões e aos largos espaços em livros de conduta social que lhe dedicavam os teólogos, em particular os puritanos [5].

O assunto "AM vs amas de leite" passou a receber mais atenção em todos os tipos de literatura, devido ao contínuo interesse de médicos, moralistas e teólogos [5].

"As mulheres de grupos protestantes convictos eram aparentemente mais inclinadas a amamentar os seus próprios filhos do que as de condição similar mas que não professavam as mesmas ideias religiosas" [5].

Durante o séc. XVIII, em Inglaterra, assiste-se a uma mudança na tendência para o uso de amas de leite e aleitamento artificial, isto porque os autores médicos passaram a dirigir a atenção das mães para a sua saúde e bem estar e estas começaram a tomar mais decisões quanto ao modo de alimentar os seus filhos, chamando a si essa tarefa [5,6].

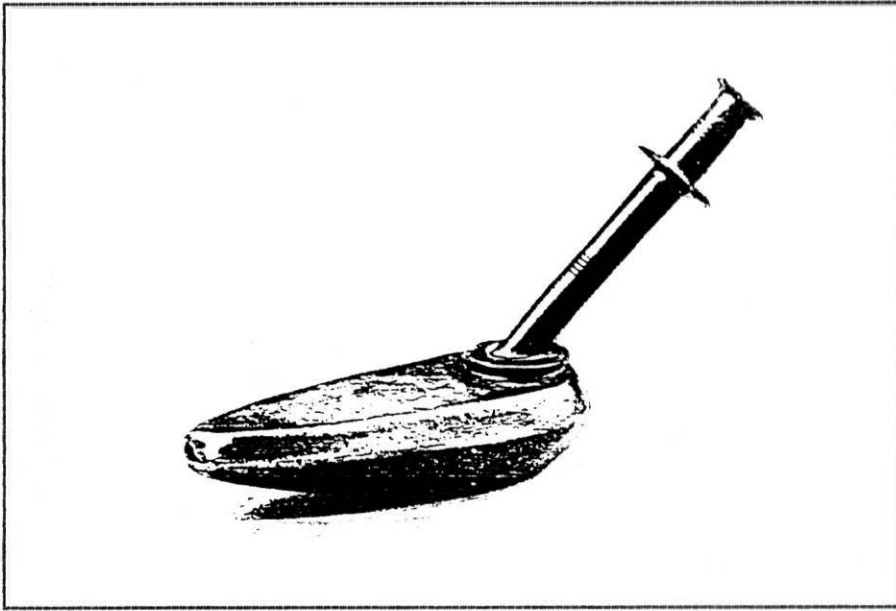
No mesmo século, em França, a alimentação infantil incluía alimentação materna, amas de leite, alimentação artificial com leite de vários animais e alimentação com papas, à base de pão e água (Gravura 2 e Fotog.3)[6].

Pelo desejo das mães de guardar "a sua beleza e frescura" e porque a AM "não era costume", a maioria das crianças nascidas de mulheres ricas das classes média e alta, principalmente em Paris, era mandada para fora, para amas [6].

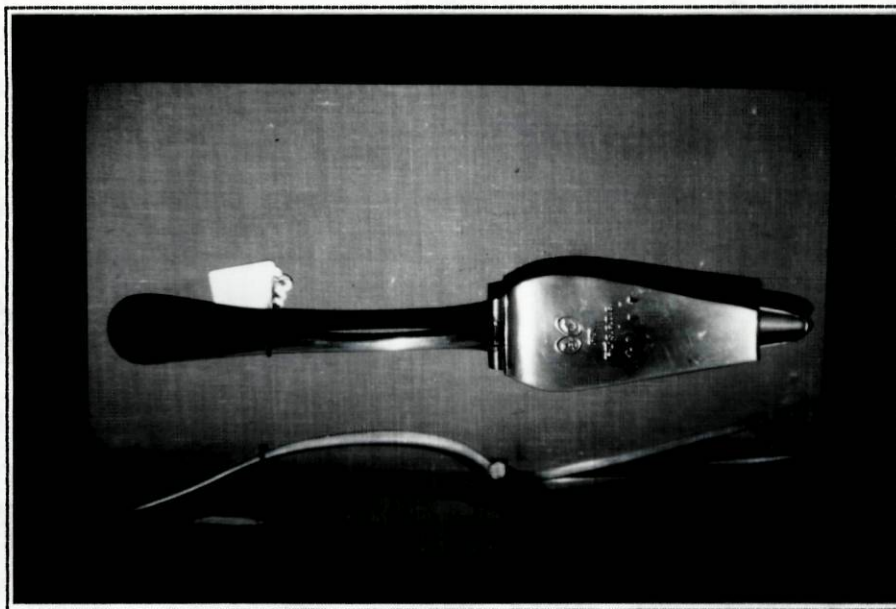
Em 1718, Pierre Dionis escreveu "actualmente, não apenas as damas da nobreza mas também as mulheres abastadas do último dos artesãos, perderam o costume de amamentar os seus filhos" [6].

Nas épocas de trabalho árduo, mas de estabilidade social, a AM era mais comum e durava mais tempo; nos períodos de "deslumbramento social" e padrões morais mais baixos, assistia-se a uma frequência menor [6].

Tempos houve, que também em Portugal, tal como noutros países, as mulheres de



GRAVURA 2 - Colher para alimentação infantil.
Alimentos de consistência leitosa
eram colocados na concha e dados à
criança através do orifício da ex-
tremidade. Cerca, 1800.



FOTOG. 3 - Colher para alimentação infantil.

todas as classes sociais, se sentiam honradas por amamentarem os seus filhos [3].

No passado, raros foram os médicos, no nosso país, que se debruçaram sobre este assunto.

Em 1790, Francisco de Mello Franco [2,3], no seu "*Tratado da Educação dos Meninos*", manifestava com veemência a opinião de que todas as mães eram obrigadas a criar os seus filhos e procurava, logo no começo do seu livro, provar que a espécie humana tinha degenerado. Após apontar as diversas causas que para isso concorriam, afirmava: "Uma causa quanto a mim mais forte, e que vem de uma moda abominável, é o pernicioso costume de não serem as crianças criadas com o leite de suas mães; de serem ligadas com faixas apenas nascem, e pelo tempo adiante com espartilhos, seguindo-se daqui um modo de educar absolutamente oposto às vistas da Natureza". Mais adiante acrescentava ainda: "Toda aquela mãe que sem causa mui justa, deixa de criar seus filhos, ultraja a Natureza, que é nesta parte obedecida de todos os outros animais, que constante e carinhosamente criam os seus. Aquela que procede de outro modo é verdadeiramente meia mãe, porque deixa a sua obra imperfeita e ainda em menos de meio caminho".

Por fim, tendo ponderado todas as vantagens que advêm às mães que amamentam, comentava: "Não ignoro que uma senhora que cria seu filho é para o nosso século um fenómeno que se caracteriza loucura; e que o receio do ridículo sufoca todos os dias a voz da Natureza e da probidade" [2,3].

Um ano depois, Francisco José de Almeida [2,3] escreveu sobre o mesmo assunto, queixando-se do costume seguido pelas mães de delegarem em amas estipendiadas a amamentação dos seus filhos, incitando-as a substituírem-nas, sempre que não houvesse contra-indicação, nesse encargo da natureza, que só a elas pertencia.

Eis como, já no séc. XVIII, os médicos portugueses faziam saber às mulheres, as suas opiniões sobre a AM.

2.1 - RAZÕES PELAS QUAIS AS MÃES NÃO AMAMENTAVAM

Embora a maioria das crianças tivessem sido alimentadas pelas suas próprias

mães, o uso de amas de leite remonta à época anterior a Cristo.

A prática de contratar outra mulher para amamentar o recém-nascido existia principalmente por razões de diferenciação social, mais do que para benefício da mãe ou da criança.

Em algumas épocas, quando uma mulher nobre amamentava o seu filho era vista como uma mãe excepcional. A rainha Branca de Castella, mãe do rei (e posteriormente santo) Luís IX de França (1215-1270) fez questão de ser a ama do seu filho. Um dia, por que se sentisse doente, uma dama de honor, querendo ser amável, deu o seu leite ao jovem rei que chorava de fome. A rainha, tendo visto tal acção, introduziu-lhe imediatamente os dedos na boca, fazendo-o vomitar todo o leite que tinha engolido porque não podia admitir "que outra mulher tivesse o direito de lhe disputar a qualidade de mãe" [1,3,7].

Embora se verificassem algumas diferenças de atitude entre famílias e regiões, era prática corrente, durante muitos séculos, as mulheres importantes não amamentarem os seus filhos.

Porque razão as mulheres de condição social elevada não amamentavam?

A participação na vida pública não seria um motivo forte pois mulheres com algum poder político eram uma excepção; também não era motivo, o amamentar em público, já que tal prática era aceite. Também era pouco provável que fosse por razões fisiológicas pois, se uma mulher pobre podia amamentar, também uma mulher nobre, menos sobrecarregada de trabalho e muito melhor alimentada, não teria problemas [7].

As razões pelas quais as mulheres não amamentavam eram variadas. Autores de todos os tipos enumeraram as desculpas ou objecções mais comuns [5].

Em primeiro lugar, a possibilidade que uma mulher nobre tinha de poder pagar ou coagir outra mulher para realizar essa função. A estrutura de classes deriva do poder das relações entre as pessoas. Era então, ponto acente que as mulheres nobres delegassem o trabalho físico a outros, com vista a fazer evidenciar a sua condição social mais elevada [5,7].

Mas havia outras razões.

Frequentemente se afirmava que a mulher não amamentava para poder preservar a

sua saúde, figura e beleza, pois acreditavam que amamentar as tornaria mais velhas antes do tempo. Isso também envolvia restrições no vestuário; as mães que amamentavam não podiam vestir-se à moda e estavam convictas que a roupa que vestissem rapidamente ficaria suja. Talvez a maioria tivesse a preocupação de manter o peito bem formado [5,6].

Outros motivos alegados por algumas mães seriam a falta de leite, outros problemas que as tornavam incapazes de amamentar e o facto de não terem mamilos (mamilos invertidos). À alegada falta de leite, os autores religiosos contrapunham que ela surgia apenas nas mulheres ricas.

Talvez fosse verdade que, nessa época (1500-1800), as mulheres fossem mais propensas a ter mamilos invertidos do que hoje em dia.

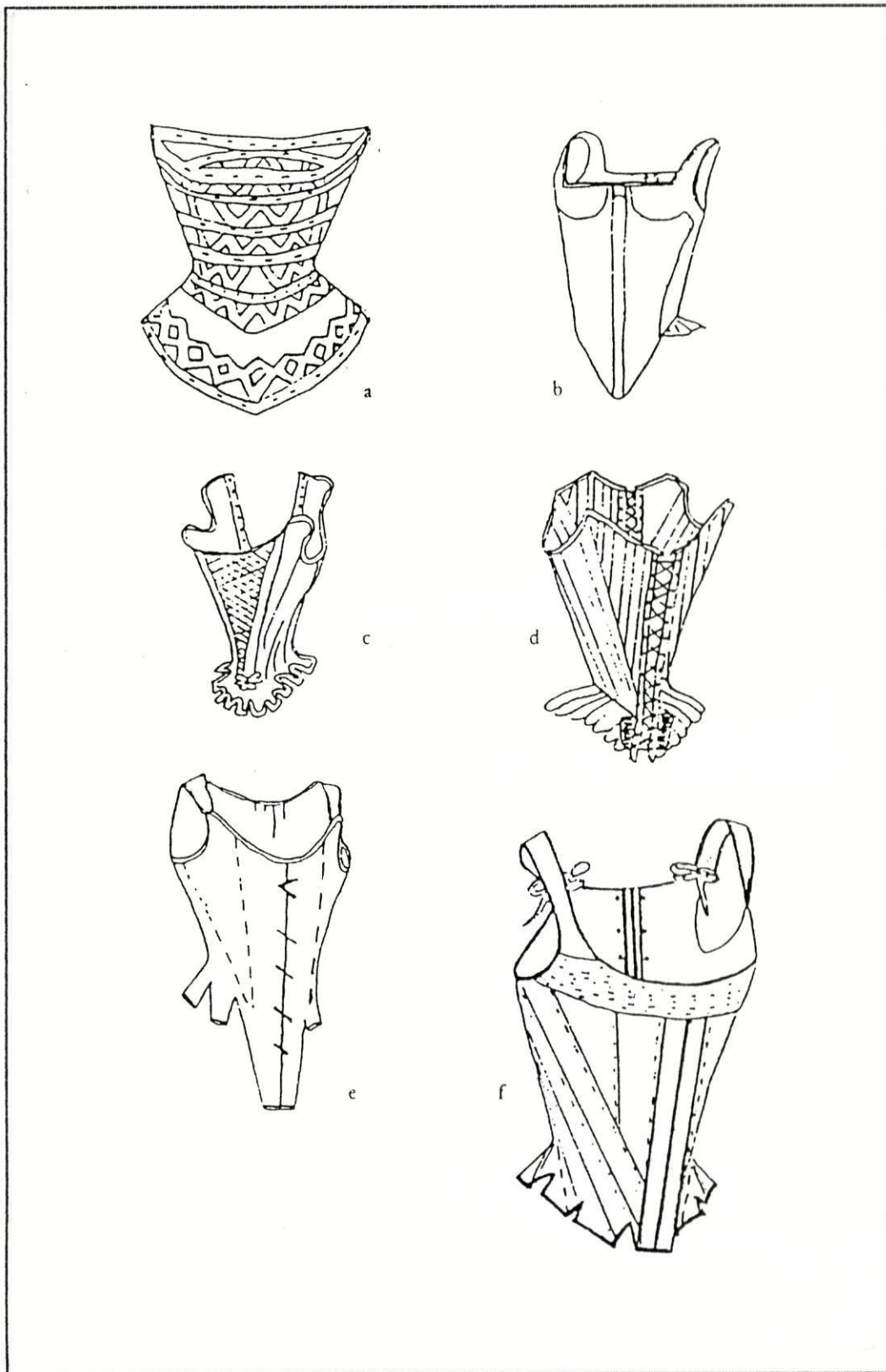
Até ao séc.XV, a moda, na Europa, apresentava roupas femininas soltas e confortáveis e testemunhos da época mostram-nos que a AM era muito comum, mesmo entre as mulheres nobres [7].

Após o séc.XVI, todo o vestuário feminino passou a ser mais justo, sendo moda o uso de corpetes feitos de cabedal, metal ou osso, a maioria dos quais achatava o peito e os mamilos (Gravura 3) [5,9].

As meninas começavam a usar estes corpetes, muito justos e fortemente apertados, a partir da idade dos 2,5-3 anos. Qualquer mulher com tendência para ter mamilos invertidos ou mal formados, agravaria o problema com este tipo de roupa [5,7].

Apenas nos finais do séc.XVII, alguns escritores médicos começaram a relacionar este problema com o tipo de roupa feminina. Charles White, de Manchester, afirmava, em 1773, que os vestidos da época, constantemente apertando o peito, reduziam-no a uma forma achatada, em vez da forma cónica normal e impediam a formação correcta dos mamilos; estes ficariam pois, enterrados no peito. Era por isso normal que as mulheres de boa posição social tivessem dificuldade em dar de mamar aos seus filhos. Em contrapartida, as mulheres trabalhadoras, de classes sociais mais baixas, que eram obrigadas a usar roupas largas no peito, geralmente davam boas amas, sem grandes dificuldades [5,7].

Havia ainda outra razão significativa para a maioria das mulheres da sociedade não



GRAVURA 3 - Corpetes dos séc. XVI a XVIII.

a) 1530 b) Início do séc.XVII c) 1650
 d) 1660 e) Início do séc.XVIII d) 1775.

amamentarem. Naquela época, o principal papel de uma mulher nobre era conceber herdeiros e era sabido que a AM a podia impedir de ter filhos com maior frequência [5,7].

Um dos conceitos falsos da História é a ideia de que os pobres "se reproduzem como coelhos". Mas era aos aristocratas que se devia atribuir esta comparação. Na Inglaterra pré-industrial, dezoito gravidezes não eram incomuns numa mulher nobre. Ann Hatton, uma herdeira rica do séc.XVII, teve trinta filhos. Os camponeses pobres e artesãos casavam mais tarde do que a aristocracia. E não apenas as mulheres amamentavam os seus filhos como também os filhos dos outros, tanto em simultâneo como separadamente. Ficavam assim protegidas do número excessivo de gravidezes, tão comum entre as nobres que mandavam os filhos para as amas de leite. As mulheres camponesas e mais pobres raramente tinham mais de 7 filhos, não se devendo este facto a uma mortalidade excessiva. "Registos da época mostram que o espaçamento dos nascimentos era maior entre os pobres do que entre os ricos e que os seus filhos tinham maior tendência a sobreviverem" [7].

Outro argumento para o uso de amas de leite era a crença geral de que a mulher que amamentava se devia abster de relações sexuais. Segundo Linda Pollock, no seu livro *"Forgotten Children"*, a razão principal evocada era a crença de que o sêmen fazia coagular o leite [5,7]. Já antes do séc.XVIII, a doutrina Católica Romana aconselhava o uso de amas "para evitar a fraqueza do marido em cumprir os deveres conjugais" [5,7]. Na realidade, os teólogos católicos recomendavam o uso de amas de leite como solução para a incompatibilidade entre a amamentação e os deveres conjugais [5].

Como se pode observar, em Inglaterra e na Alemanha, esta posição era totalmente oposta à dos protestantes convictos dos fins do séc.XVI e seguintes.

Esta diferença de opiniões poderá talvez explicar o uso generalizado de amas na França católica e noutras partes da Europa, comparativamente com a fraca incidência verificada na Inglaterra protestante.

A partir dos finais do séc.XVII, a ideia de mulheres nobres amamentarem os seus filhos passou a ser melhor aceite; no entanto, a tradição do uso de amas de leite defendido pelas mulheres mais velhas, era um obstáculo que as jovens tinham de ultrapassar [5].

Nos finais do séc.XVIII, nos países anteriormente referidos, o clima de opinião era muito mais a favor da AM do que nas duas ou três gerações anteriores que haviam precisado de muita força de vontade e determinação na luta contra as normas culturais [5].

2.3 – OUTRAS RAZÕES PARA A NÃO AMAMENTAÇÃO

As objecções à AM postas pelas mulheres eram alvo de condenação geral, mas havia outras razões consideradas aceitáveis para que, mulheres de todas as classes, não amamentassem os seus próprios filhos.

Casos genuínos de problemas com mamilos ou saúde fraca das mães eram muito mais comuns e mais graves do que acontece actualmente. Hoje em dia, há mais possibilidades de tratamento ante e pós-parto.

Trinta e quatro escritores, entre os séc.XVI e XVII, principalmente médicos, discutiram as circunstâncias nas quais seria melhor para a mulher empregar uma ama de leite do que amamentar [5].

Os principais factores afectando a mãe incluíam os casos de doença e saúde frágil, tendência para doenças nervosas, casos de tuberculose (o que na época se supunha ser hereditário) ou de outra doença hereditária (o que poderia afectar o leite e, desta forma, passar para a criança) e se mãe não estivesse no seu perfeito juízo [5].

A falta de bons mamilos, mamilos infectados, mama ferida ou infectada, leite estragado e leite insuficiente ou falta dele, eram também factores importantes.

Antes do séc.XX, doenças graves nas mulheres ocorriam com maior frequência e muitas das associadas com o parto, como por exemplo, febre puerperal e febre do leite eram acompanhadas por hiperpirexia e delírios. Actualmente a doença ou saúde fraca da mãe raramente são consideradas motivo para a não amamentação [5].

Também o facto das mulheres passarem por várias gravidezes concorria para situações de anemia por carência de ferro e avitaminoses (particularmente A e D); estas situações eram bastante comuns, particularmente nas mulheres de classes sociais mais altas que suportavam muito maior número de gravidezes do que o resto da população

feminina [5,7].

O desgaste de minerais e vitaminas nas mulheres mais pobres era consideravelmente menor do que nas de classe mais alta, em virtude da média de nascimentos ser de 4 a 5 por família nas primeiras e de 10 a 12 nas outras. Casos de gravidezes até 30 não eram desconhecidos entre mulheres nobres. Nestas circunstâncias, a amamentação podia muito bem ser pouco aconselhada [5].

Tratamentos actuais para situações afectando mamilos e mama permitem que tais casos não se tornem contraindicações para a não amamentação (exceptua-se o caso de abcessos mamários causados por bactérias resistentes a antibióticos). "Mas quando não existiam condições antisépticas e antibióticos para tratar estas situações, então a atitude mais inteligente era, na verdade, o descanso do mamilo e do peito e assim impedir a criança de ingerir leite infectado" [1,5].

Também alguns problemas relacionados com as crianças como era o caso da icterícia, prematuridade, fenda palatina e doenças cerebrais causadas pelo parto, eram motivos aceites para a não amamentação, caso que já acontecia antes de 1800.

2.4 - PONTOS DE VISTA RELIGIOSOS E MÉDICOS

De 1500 a 1800, havia quase unanimidade entre escritores médicos e religiosos que consideravam, em princípio, a mãe a melhor ama, embora aceitassem algumas circunstâncias para as quais tal podia não acontecer.

Apenas um destes escritores, Robert Burton, era expressamente contra as mães amamentarem os próprios filhos. Segundo ele, as mães tinham defeitos tal como as amas mas havia maior possibilidade de escolha destas últimas. A ama podia corrigir o temperamento que a criança herdava dos pais [5,7].

Nos séc.XVI e XVII, os escritores médicos e teólogos apresentavam unanimemente como alternativa à AM apenas o uso de amas de leite. Mas no séc.XVIII podiam verificar-se algumas divergências pois, dos 18 escritores desse tempo, apenas 10 deram preferência às amas, sendo os outros a favor, em algumas circunstâncias, da alimentação à mão. Isto tornou possível o abandono das amas sem, no entanto, envolver

a mãe na amamentação [5].

Exemplos da natureza, da mitologia, da literatura, da Bíblia e descrições de povos que amamentavam os seus próprios filhos, eram frequentemente utilizados pelos autores como meio de reforçar as suas recomendações para a AM [5].

Razões específicas eram também evocadas pelos mesmos autores. O leite materno era considerado melhor do que qualquer outro tipo de leite. Durante os séc.XVI e XVII, as qualidades dos diferentes leites de animais eram frequentemente discutidas. "Duas importantes crenças estavam-lhe associadas: i) que as características da mulher ou animal eram transmitidas através do seu leite para o filho; ii) que o leite materno era o sangue que tinha alimentado o filho no ventre e era convertido em sangue branco no peito após o nascimento da criança, sendo-lhe por isso, familiar e obviamente, o mais apropriado; assim, era melhor para a criança continuar a ser amamentada com o mesmo sangue" [3,5].

A mãe também podia beneficiar pelo facto de amamentar o seu filho. A amamentação assegurava-lhe melhor saúde e recuperação após o parto e menor probabilidade no surgimento de doenças que a poderiam levar à morte [5].

Por outro lado, para a criança amamentada, as vantagens incluíam menores probabilidades de desenvolver raquitismo, menos problemas com os dentes, menos dores e enfezamento no crescimento e menos probabilidades de morrer [2,5].

A relação mãe/filho também seria reforçada através da amamentação, uma vez que a qualidade do cuidado materno era maior do que o de uma ama contratada [5].

Os efeitos na mãe, na criança e na relação mãe/filho também eram discutidos no contexto das mulheres que não amamentavam.

As consequências adversas para a relação mãe/filho seriam a perda de laços de afecto, respeito, amor e obediência, principalmente na infância e a influência nas relações interfamiliares, como resultado de irmãos e irmãs serem amamentados por diferentes mulheres. Verificava-se ainda que as crianças amamentadas por amas geralmente a preferiam à mãe biológica, principalmente quando eram mais velhos [5].

Consequências para as mães que não amamentavam eram principalmente a pouca saúde ou doenças (como por exemplo, a febre do leite), morte prematura, perda de

beleza e gravidezes repetidas.

A relativa preocupação com cada um destes três argumentos (isto é, a mãe, o filho e a relação mãe/filho) parece ter mudado durante os três séculos estudados, particularmente no séc.XVIII.

Os meados deste último séc., assistiram a uma mudança nas discussões e argumentos acerca da AM passando a ser considerada como maior vantagem, a boa saúde da mãe, enquanto que nos séculos XVI e XVII, a principal preocupação era a relação mãe/filho. Esta mudança esteve associada à publicação da obra "*An Essay upon nursing and the management of children, from their birth to three years old* " de William Cadogan (*), em 1748 [5].

Entre 1500 e 1800 a preocupação com a saúde e bem estar da criança não sofreu grandes alterações; neste período essa preocupação foi mais dirigida para a mãe, verificando-se simultaneamente um declínio de interesse da relação mãe/filho [5].

Estas mudanças poder-se-ão talvez atribuir a vários factores [5]:

1) após 1748, ao contrário do que acontecia até então, todos os trabalhos eram escritos por médicos. É provável que estes se tenham apercebido que o argumento mais capaz de afectar a decisão da mãe fosse a preocupação com a sua própria vida e saúde;

2) o aconselhamento da alimentação à mão, pelos mesmos autores, como alternativa à amamentação; isto permitia diminuir a preocupação das mães em relação à estreita relação que se criava entre a ama e a criança, com conseqüente falta de afecto pelos pais, e ainda lhes dava a possibilidade de supervisionar a alimentação dos filhos, em casa;

3) o surgimento de livros dirigidos directamente às mães (após 1750), onde se dava ênfase às vantagens relacionadas com elas;

4) um aumento crescente da decisão, pelas mulheres, quanto ao método de alimentar as crianças; anteriormente eram os pais (isto é, os homens) a tomar tal decisão ou pelo menos usavam o seu poder de veto.

(*) Médico influente do séc.XVIII (1711 - 1797).

Antes do séc.XVII, as atenções estavam mais viradas para a criança do que para a mãe. Pelo contrário, nos finais do séc.XVIII, qualquer atenção que o recém-nascido recebesse era sempre secundária à prestada à mãe [5].

2.5 – INSTRUMENTOS ASSOCIADOS COM AMAMENTAÇÃO

São conhecidos, desde os meados do séc.XVI, instrumentos destinados a facilitar a amamentação [5]. Embora a mais antiga referência ou ilustração encontrada date de 1545, tais instrumentos deviam ter sido usados muito mais cedo. Poucos exemplares resistiram ao tempo, pois peças como as bombas, eram feitas em vidro muito frágil e as protecções para os mamilos, feitas de metais como o estanho e o chumbo, podiam ser derretidos e re-usados.

Eram empregues dois tipos de instrumentos:

- *bombas de vidro para sucção*, destinadas a evitar o encaroçamento do leite ou para o retirar do peito quando este estava inflamado ou infectado ou os mamilos fendidos (Fotog. 4 e 5).

Não foram encontradas referências a outro tipo de material para além do vidro, no fabrico destas bombas.

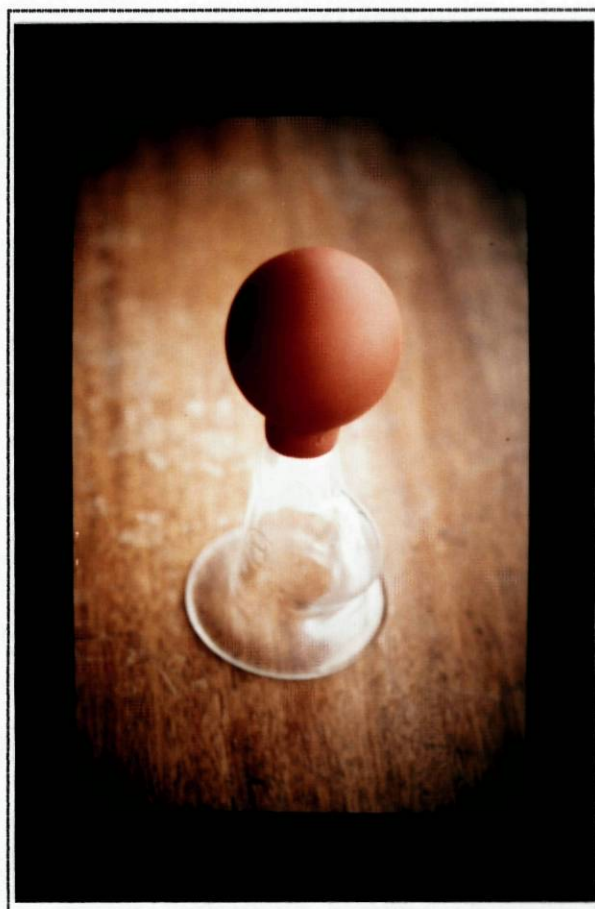
Este tipo de bombas são mencionadas e/ou ilustradas por diversos autores entre 1545 e 1800 e, qualquer que seja o país de origem, todas mostram o mesmo tipo de modelo: tinha duas aberturas, uma das quais era larga e achatada para ser aplicada à mama e a outra semelhante a um pescoço, longo e estreito na extremidade, para ser colocado na boca (Fotog. 4 e Gravuras 4 e 5).

A principal vantagem, na opinião dos médicos, era que, desta forma, as próprias mulheres podiam sugar o leite sem ter que recorrer a crianças, crias de animais ou criados para retirar o seu excesso.

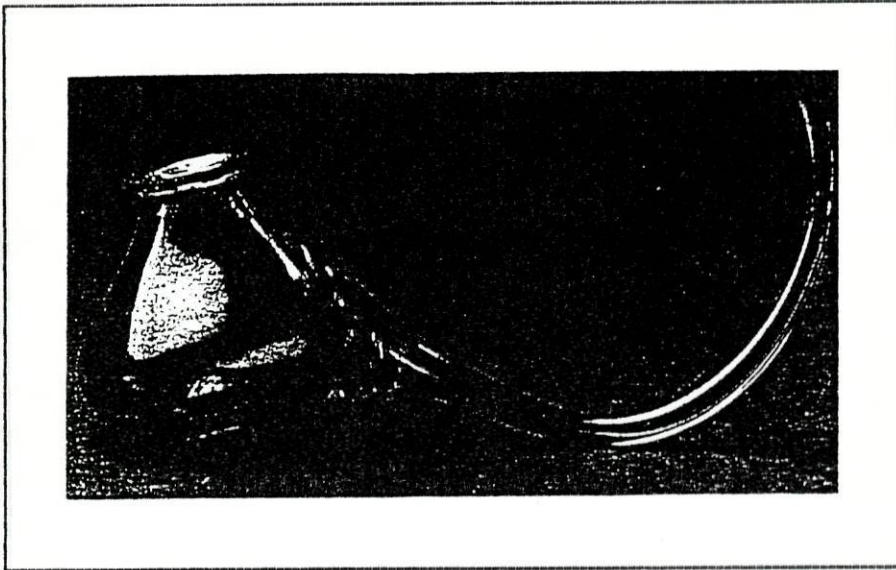
- *protectores dos mamilos*, feitos em chumbo, estanho, chifre, marfim, madeira, prata ou vidro (Gravura 6) e cujas funções principais eram três: levantar mamilos invertidos ou retraídos ou para ajudar na formação de novos mamilos após ulceração (usados, nestes



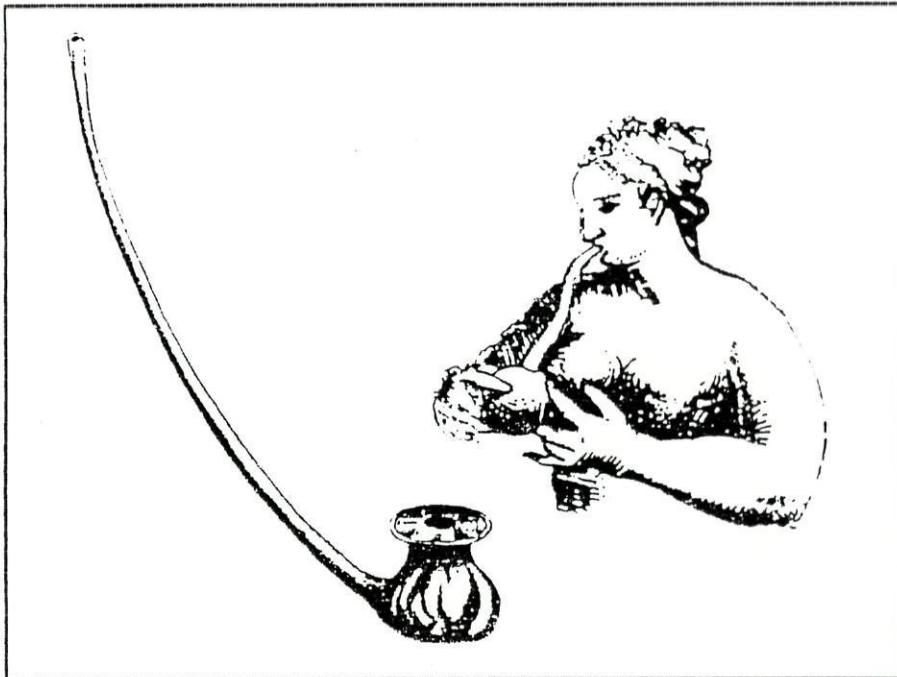
FOTOG. 4 - Bomba de leite.
(Fábrica da Vista Alegre. 1926)



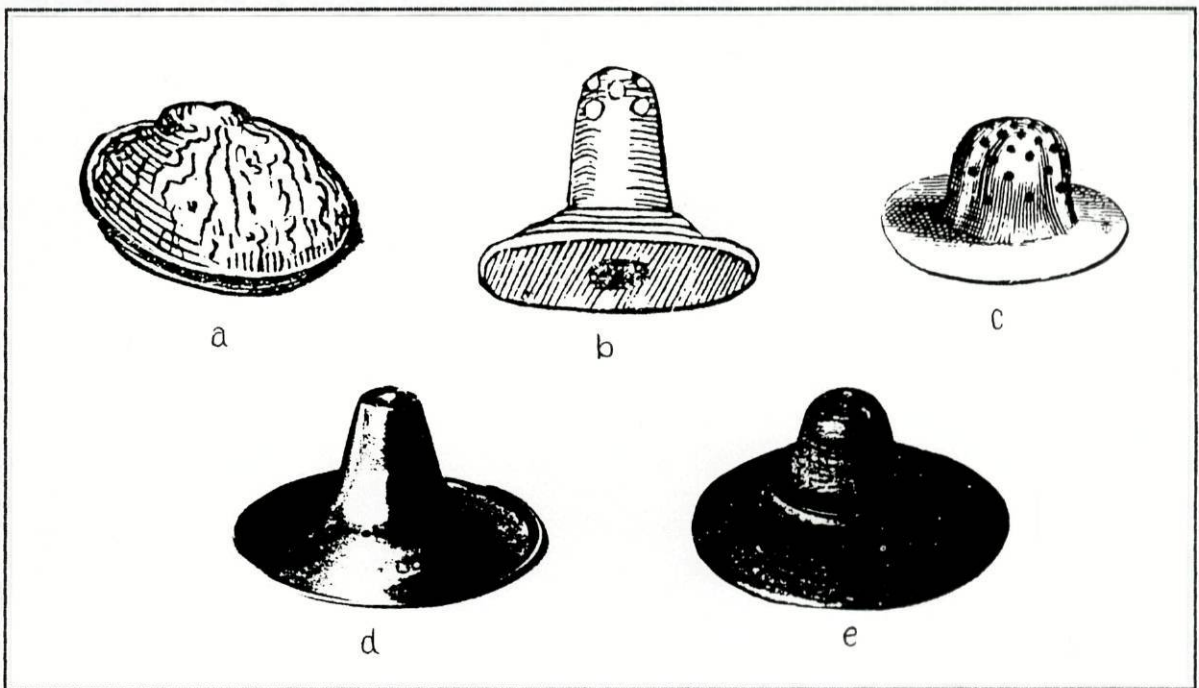
FOTOG. 5 - Bomba de leite actual.



GRAVURA 4 - Exemplo raro de uma bomba de leite encontrada intacta.
Altare, Savona, Italy.
(Data não referenciada)



GRAVURA 5 - Modo de usar uma bomba de leite.



GRAVURA 6 - Protectores de mamilos, 1545 - 1830.

- a) Material não referido. 1545.
- b) Protector em chumbo. 1634.
- c) Protector em prata. 1674.
- d) Protector em prata. 1751.
- e) Protector em madeira. 1830.



FOTOG. 6 - Protectores de mamilos em borracha.
Séc. XX.

casos, em conjunto com as bombas) ; para prevenir mamilos feridos ou ulcerados ; no tratamento de mamilos infectados, fendidos ou feridos.

Estes protectores também impediam a roupa de se sujar pelo excesso de leite que saísse do peito.

Embora estes protectores pudessem ter sido menos confortáveis de usar (devido ao seu maior peso) do que os actuais (Fotog. 6), são poucas as diferenças a registar entre os modelos do séc.XVI e os de hoje; este facto não é motivo para se pensar que tivessem sido menos eficazes que os do séc.XX.

Protecções para mamilos foram também feitas com as cascas de noz-moscada e há ainda referências feitas a pequenas cápsulas de cera ou cabedal, que provavelmente eram feitas em casa pelas próprias mulheres.

Numa época em que os médicos se queixavam da prevalência de mamilos invertidos entre mulheres das classes média e alta, os protectores de mamilos e as bombas de sucção, eram dispositivos indispensáveis [5].

2.6 - AS AMAS DE LEITE

2.6.1 - AMAS DE LEITE COMO INSTITUIÇÃO SOCIAL

Na impossibilidade de amamentação materna, o meio mais próprio para a alimentação do recém-nascido, é a amamentação por uma ama [1].

Há provas que as amas de leite já eram bem conhecidas em civilizações antigas, embora seja possível que fossem menos usadas entre os hebreus do que no Egipto ou Mesopotâmia, por exemplo.

Na antiga Mesopotâmia, as amas eram criteriosamente escolhidas. Faziam-se contratos legais com o objectivo de salvaguardar os acordos entre os pais e a ama. Para evitar que as amas pudessem substituir ilegalmente os bebés que morriam ao peito, por outros, o "*Código de Leis de Hammurabi*" (1728-1686 A.C.) incluía, nesse sentido, uma cláusula contra as amas de leite. O facto de ser necessário incluir tal cláusula, sugere a prevalência do acto [5,6].

Em Roma, no tempo de Augusto e Tibério, as famílias ricas escolhiam as amas

entre escravas; as plebeias, que não possuíam meios para comprar uma ama, alugavam-nas. As amas eram de condição livre mas procuradas na classe baixa da sociedade [1,2]. Os romanos que precisassem de uma ama dirigiam-se ao "*Forum Olitorium*", onde as amas se reuniam à volta das colunas, numa espécie de mercado permanente de leite, que por essa razão, receberam o nome de "*Columnas Lactarias*" [1,2,5].

No antigo Egipto, também a prática do uso das amas estava espalhada. No tempo dos faraós, eram desconhecidos contratos legais para contratação de amas, mas estes eram comuns no Império Ptolemaico (formado por Egipto, Chipre, Síria) e no Egipto romano (304 A.C.- Séc.IV D.C.). No tempo dos faraós, as amas eram quase exclusivamente usadas por famílias distintas e pela realeza. As amas reais eram escolhidas no harém do palácio, gozando de um estatuto privilegiado (esse estatuto conferia-lhes até o direito de aparecerem como convidadas para funerais da realeza e os seus filhos tinham permissão para se auto-designarem como "irmãos de leite do Rei"). Quando a rainha tinha um filho, este era quase imediatamente posto ao peito da ama. Cada criança real tinha várias amas. Algumas delas amamentavam, de facto, a criança durante um certo período de tempo, sendo as outras mais ou menos simbólicas [5].

Também no "*Antigo Testamento*", é feita referência às amas de leite egípcias quando, a filha do faraó descobre Moisés nos arbustos e reconhece a necessidade de contratar uma ama para ele. Entre egípcias e hebraicas, é escolhida, por acaso, a própria mãe de Moisés [5,10].

Embora no "*Antigo Testamento*" não haja referências a leis respeitantes a amas, compilações de leis bíblicas tais como o "*Talmude*" e o "*Midnash*", especificavam que era um dever da mãe para com o seu marido amamentar [5].

O estatuto das amas, na Grécia e no Egipto romano, e o das crianças que elas amamentavam eram muito diferentes dos do antigo Egipto.

Quando os costumes gregos e romanos foram impostos na vida egípcia, o abandono de crianças não desejadas (em especial, raparigas) tornou-se comum; tal atitude reflectia o fraco valor da descendência feminina naquela época. As pessoas que queriam arranjar uma escrava barata podiam escolher uma dessas crianças

abandonadas e depois procurar uma ama de leite para a amamentar [5]. Neste período, as amas eram frequentes mas nem sempre escravas.

As amas gregas só podiam amamentar uma criança de cada vez. O seu papel não estava porém apenas confinado à amamentação; elas ficavam também responsáveis pelos cuidados e educação da criança que estava a seu cargo. Ocupavam um lugar importante na família e, muitas vezes, eram responsáveis pelos outros criados e por pequenas tarefas domésticas. Permaneciam na família até a criança atingir a idade adulta. No caso da criança ser uma rapariga, ficavam com ela até ao casamento e muitas vezes acompanhavam-na para a nova casa, obtendo o estatuto de serva privilegiada [5].

Papiros da época, provam a existência de contratos entre patrão e ama e de recibos para pagamento de salários. Não é fácil descobrir quanto as amas recebiam, visto ser raro ser mencionado pelos autores que abordavam o assunto. O pagamento incluía, além de dinheiro, alguns géneros tais como açúcar, chá e velas [5,7].

Alguns contratos especificavam os períodos durante os quais a criança devia ser, primeiro amamentada pela ama e, em seguida, com leite de vaca ou de outros animais.

Neste período havia grande variedade de vasilhas (biberões(?)) para administração de leite ou outros líquidos à criança (Fotog. 7, 8, 9, 10, 11).

Nos séc.XVII e XVIII, a integração de uma ama numa casa nobre era a chave para a segurança da sua família. Por outro lado, se a ama preservasse a saúde e a vida de um herdeiro importante da família, esta ficava obrigatoriamente em dívida para com ela [5,7].

Em França, as amas de leite constituíam uma indústria muito bem organizada pelo Estado desde o séc.XII [5,7,9].

"Em Espanha, Portugal, Itália e França, as altas taxas de filhos ilegítimos levaram à criação de bastantes lares para crianças abandonadas com uma "roda" na porta onde eram colocados os bebés, garantindo assim o anonimato dos pais ou parentes. A sociedade da altura impedia que uma mulher solteira criasse um filho mas autorizava-a a utilizar um dos resultados da sua gravidez - o leite- o que lhe permitia não só ganhar a vida como também talvez protegê-la de nova gravidez" [7].

A longa oferta de amas terá levado assim a que mais mulheres as contratassem e que o seu uso se generalizasse [7].



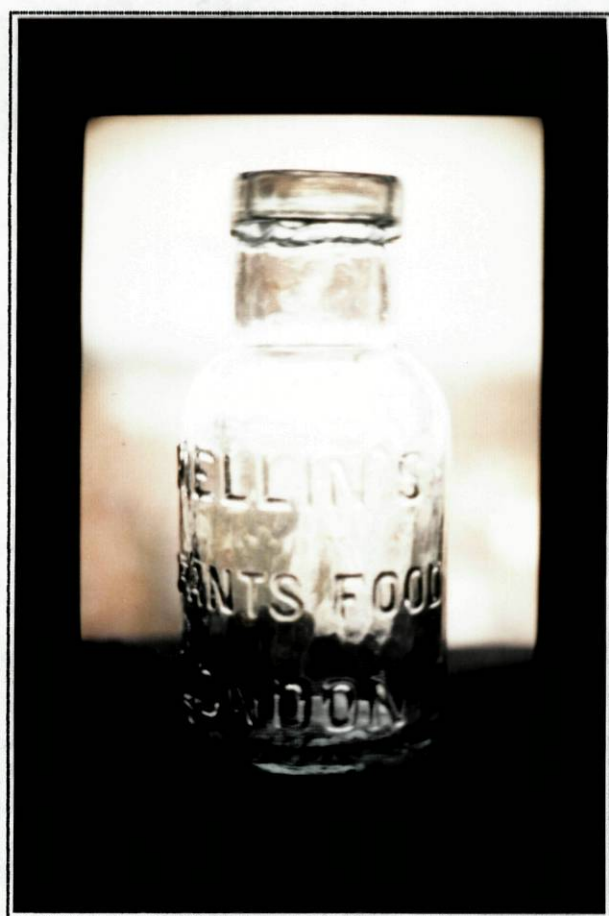
FOTOG. 7 - Biberão em folha de Flandres usado em Paços de Ferreira.



FOTOG. 8 - Mamadeira ou biberão do séc. XVIII.



FOTOG. 9 - Biberões em vidro.



FOTOG. 10 - Frasco para alimentos infantis.



FOTOG. 11 - Pesa-leite.

MODO DE USAR: "Mergulha-se o instrumento no leite e tapa-se o orifício superior com o dedo. Se o leite é puro, a bola no tubo direito ficará no lugar ou subirá lentamente. Mas se o leite contém 1/10 d'água a bola no tubo direito descerá. Nos dois casos a bola no tubo esquerdo ficará em cima; mas se tiver mais de 1/10 d'água descerá igualmente".

Na Europa, e em particular em França, foram feitos muitos escritos acerca do tema, ao contrário de Inglaterra onde ele foi totalmente negligenciado. No entanto, neste país, o uso das amas remonta ao período anterior ao séc.XVI, embora em muito menor escala do que acontecia em França [5].

As mulheres empregadas privadamente como amas, em Inglaterra, vinham normalmente das camadas rurais mais baixas mas não das mais pobres. Viviam geralmente com os maridos, normalmente artesãos, tecelões, marceneiros, alfaiates, pequenos comerciantes, fabricantes, etc., que tinham ligações comerciais e económicas regulares com Londres e grandes cidades e funcionavam, por isso, como intermediários na colocação das amas e das crianças para amamentar [5].

Os bebés eram normalmente enviados para casa da ama para serem amamentados. Crianças de cidades grandes como Londres eram geralmente enviadas para longe; a organização destas ligações regulares entre cidades e as vilas vizinhas eram da responsabilidade quer dos particulares quer mesmo das paróquias ou das próprias cidades [5].

No séc.XVIII, com o aumento do movimento migratório do campo para as cidades, alguns melhoramentos de estradas e meios de transporte e com o aumento dos jornais que eram usados como veículo para anúncios tanto "de" como "para" amas de leite, aquele género de organização foi-se tornando menos importante ou foi desaparecendo[5]. Os intermediários dessas ligações deixaram pois de ser necessários, passando a ser cada vez mais directos os contactos entre as amas e os pais da criança.

As amas normalmente não viviam na própria casa da criança que amamentavam, excepto no caso de realeza e alta aristocracia. Nestes dois últimos casos, elas próprias eram membros da aristocracia ou da classe média mais alta, não sendo por isso representativas das amas em geral [5].

As distâncias e estado das estradas, impediam provavelmente que os pais ou parentes visitassem as crianças regularmente, se é que as visitavam alguma vez. De acordo com registos contemporâneos, os pais recebiam uma mensagem no caso da criança estar doente ou a morrer. E nem mesmo nesta última situação, a criança era enviada para casa ou os pais assistiam ao enterro; frequentemente este era tratado por

um familiar ou pela própria ama.

A partir do séc.XVII, os escritores médicos alertavam os pais e especialmente mães a visitar a criança na casa da ama, preferivelmente sem avisar para poderem ver o tratamento que era dado aos filhos; tal alerta sugere que, visitas regulares dos pais, não eram comuns.

Para os finais do séc.XVIII, a moda do aleitamento materno alastrou entre os círculos aristocráticos devido à influência do Dr William Cadogan [7].

Este facto, juntamente com as transformações causadas pela Revolução Industrial que viriam a ocorrer no séc.XIX, marcaram definitivamente o declínio do uso das amas de leite.

2.6.2 - A AMA IDEAL: OPINIÕES E IDEIAS MÉDICAS

2.6.2.1 - QUALIDADES DA AMA

De acordo com fontes históricas, para ser uma boa ama, uma mulher devia reunir o máximo de qualidades relacionadas com o comportamento, saúde, idade, constituição física, estado da pele e cor do cabelo, estatura, aparência geral e do rosto, ter muito leite com qualidades específicas de consistência, cor, sabor e cheiro.

Estes requisitos, que pela primeira vez foram enumerados por Soranus de Epheseus nos séc.I e II D.C., permaneceram praticamente inalterados até aos nossos dias.

Assim:

* No comportamento, a ama ideal devia: [1,2,3,5,8,10,11]

- ser alegre, jovial, bem humorada, de aparência agradável, de génio sossegado e brando; inteligente, prudente, sensível, e ajuizada de forma a poder tomar conta da criança;

- ser sóbria na comida e abster-se de todas as bebidas alcoólicas;

- ter uma casa limpa e confortável, com o indispensável para que pudesse tomar conta da criança e ter leite de boa qualidade;

- cantar, rir e brincar frequentemente, de modo a distrair a criança;

- ser honesta, piedosa e virtuosa, de boa reputação e carácter moral;

- ser, de preferência, casada (para ter melhores costumes) e ter já um ou dois filhos, se possível sendo o último um rapaz, pois acreditavam que neste caso a ama seria mais saudável e com melhor leite;

- ser camponesa, pois em geral eram mais saudáveis e tinham mais leite, sem no entanto fazer trabalhos pesados.

* Quanto à saúde devia:[1,2,3,5,8,10,11]

- ser robusta e activa, livre de todas as doenças (principalmente sarna, tina ou feridas ulcerosas, escrófula, tísica pulmonar, desmaios ou sífilis);

- estar livre, bem como o seu marido e família mais chegada, de qualquer infecção venérea e doenças "hereditárias" (como se pensava serem naquela altura) como gota, lepra, tísica, cálculos renais, doenças cardíacas;

- ter boa dentição, para evitar o sofrimento de nevralgias ou de perturbações de digestão, que trariam irregularidades à alimentação da criança.

* As mamas e mamilos mereciam uma atenção cuidada: [1,2,3,5,8,10,11]

- as mamas deviam ser de tamanho médio, cheias, com muito leite, um tanto duras, mais hemisféricas do que piriformes e sulcadas de veias azuladas;

- os mamilos deviam ser salientes, erécteis, sem escoriações ou fendas, bem penetrados de numerosos orifícios. O tamanho devia ser moderado, de forma à criança poder mamar com facilidade. Bicos muito largos ou muito grandes magoariam as gengivas da criança e tornar-lhe-iam difícil engolir o leite; pelo contrário, com bicos muito pequenos ou encovados, tornava-se-lhe difícil segurá-los com a boca.

- Quanto à idade, embora houvesse aparentemente muita variação na recomendação da mesma, a maioria dos escritores aconselhavam a escolha de uma ama nem muito nova nem muito velha. Soranus (98 - 117 D.C.) e Actios (Séc. VI D.C.) favoreciam as mulheres entre os 20-40 anos, enquanto Paul de Aegina (625 - 690 D.C.) e Avicenna (980 - 1036 D.C.) as preferiam entre os 25-35 anos. Em geral, no séc.XVII, a

idade escolhida situava-se entre os 20-40 anos, enquanto que autores mais recentes recomendavam os 20-30 anos [1,2,3,5].

* Cor da pele e do cabelo:

Para os escritores dos séc.XVI e XVII, mais do que para os do séc.XVIII, a ama ideal devia ter uma pele rosada e brilhante, pois nestes casos, a quantidade e qualidade de leite eram melhores e também porque eram amas mais saudáveis, livres de doenças e sem defeitos indesejáveis.

A cor do cabelo era considerada também um indicador importante do tipo de pele da ama e por isso cores fortes como o preto ou o ruivo eram vistas com maus olhos; as amas de cabelo ruivo e com sardas, eram particularmente perigosas porque, se acreditava que tinham leite de má qualidade, fétido, de cheiro desagradável, capaz de originar diarreia e aftas na criança [1,2,5].

* No que se refere à estatura e ao peso, a melhor ama devia ser de estatura mediana, nem muito gorda (para não ser indolente e sonolenta) nem muito magra (pois isto significaria ira e melancolia e a ama seria má ou indócil) [1,2,5,8,11].

* Na aparência facial, devia ter pele clara, sem manchas; olhos claros, sem estrabismo (pois isso tornaria a criança estrábica, por imitação ou por transmissão através do leite da ama), sem sinais de doença; o nariz devia ser direito, sem deformações e sem cheiro desagradável [3,5,8].

* Modo de falar e educação:

Esta preocupação devia-se ao facto de ser a ama a primeira pessoa com a qual a criança iria aprender a falar. Por isso, devia ser educada, ter um tom distinto e boa conversação e não ser gaga ou ter qualquer outra deficiência na voz. Alguns autores acrescentavam ainda que ela não devia ser estrangeira ou usar linguagem vulgar (do tipo "calão") [5].

* A aparência geral das amas parece não ter tido muita importância para a maioria dos autores, embora a maioria deles insistisse que a ama devia ser limpa e arranjada.

2.6.2.2 – QUALIDADES DO LEITE:

O leite da ama devia ter a consistência correcta, boa cor, sabor adocicado agradável e bom cheiro.

A maioria dos autores considerava ideal a consistência média, sem ser muito grosso ou viscoso nem muito fino e aguado. O leite grosso seria difícil para a criança digerir enquanto que o fino passaria muito rapidamente pela criança sem o alimentar suficientemente [1,3,5,8].

No séc.XVIII, as preferências mudaram; a maioria dos escritores achavam ser melhor o leite fino.

Quanto à cor, a preferência ia para o leite branco. Qualquer outro tom era considerado um sinal de defeito no sangue. A aversão ao leite com tons diferentes estava provavelmente relacionada com o facto das infecções no peito poderem resultar em pús de vários tons ou o leite ser contaminado pelo sangue [5].

Também no séc.XVIII, os autores passaram a preferir o leite com um tom ligeiramente azulado em vez do leite branco. Esta mudança de atitudes pode ser o reflexo de observações científicas mais detalhadas acerca do leite, que foram realizadas neste século, principalmente depois da apresentação em Edimburgo (1761) do trabalho de Thomas Young, "*De Lacte*"[5].

O leite devia ainda ter um sabor agradável, sendo rejeitados todos os que tinham sabor salgado, ácido, amargo ou qualquer outro sabor acentuado (o que era considerado sinal de infecções).

O leite "mau" ou infectado, teria também um odor forte e desagradável. Neste caso as mulheres seriam recusadas [5].

A quantidade de leite era mais difícil de avaliar e a maioria dos autores apenas afirmava que se deviam sentir os peitos cheios.

Votos em cera e amuletos são objecto de crenças religiosas e pagãs, com a finalidade comum de aumentar a secreção láctea (Fotog. 12 e 13).

Sem no entanto haver regras fixas quanto à escolha da ama, devia procurar-se encontrar uma mulher que, pelas suas qualidades físicas e morais, encurtasse a distância entre a composição do seu leite e o da mãe da criança [3]. A escolha da ama devia ser confiada, em exclusivo, ao médico, pois só ele era competente para tal [2].

2.6.3. – O DECLÍNIO DO USO DAS AMAS DE LEITE

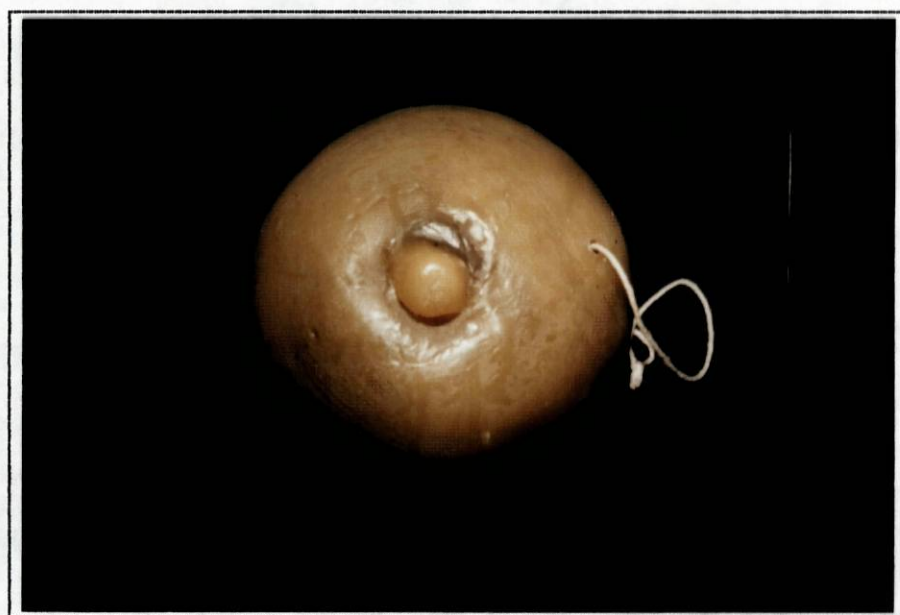
"Em consequência da diminuição do número de mulheres camponesas "respeitáveis", causada pela Revolução Industrial, as amas de leite passaram a vir de um grupo diferente de mulheres e a sua qualidade e estatuto diminuiu grandemente"[7].

Ao contrário da sua antecessora típica, a ama vitoriana era, mais provavelmente, uma jovem mãe solteira, menos "respeitável", menos experiente e até talvez menos competente nas técnicas de cuidar de um bebé [7].

Nesta época, embora não houvesse grande facilidade na escolha das amas, as casadas eram olhadas com suspeita, porque se supunha que elas só aceitavam o lugar após "distúrbios familiares", o que as podia tornar gananciosas ou duras. Mas talvez o motivo fosse porque elas se tornavam menos subservientes do que as jovens mães solteiras, que eram socialmente marginalizadas.

A ama desta época tinha que ser interna e estar completamente separada do seu filho recém-nascido para evitar que ela o tentasse amamentar. Devido a esta separação precoce, um grande número destas crianças acabava por morrer [7].

Nas sociedades pré-industriais, era ideia geral que a ama não devia amamentar mais do que uma criança ao mesmo tempo. William Hunter (1718 - 1783) faz referência à ama do príncipe William (1765), que teria amamentado, em simultâneo, o seu próprio filho. No entanto, muitos médicos eram de opinião que a maioria das mulheres não tinha o leite necessário para tal ou não era capaz de dar atenção suficiente à criança. William Moss (1781) insistia: "Há que ter cuidado para que a ama não amamente o seu próprio



FOTOG. 12 - Voto em cera.



FOTOG. 13 - Conta do leite.
(Amuleto para aumentar a secreção láctea)

filho; para evitar isso, a criança deve ser inteiramente desmamada primeiro ou enviada para outra pessoa para ser amamentada; poucas mulheres têm leite suficiente para duas crianças ou podem cuidar delas, noutros aspectos, como deve ser" [5].

Em 1827, Haden afirmava que "as amas eram um mal necessário" e que formavam "uma das regalias que o dinheiro podia comandar" [7].

Algumas destas amas eram prostitutas em tempo parcial. A sua "corrupção moral" era transmitida para a criança, segundo se acreditava, através do leite. Afirmava-se ainda que elas possuíam "emoções temperamentais, possessamente incontroláveis", o que afectava a qualidade do leite, supondo-se ser isto causa de cancro [7].

O declínio das amas obrigou muitas mulheres a recorrer a tarefas domésticas mal pagas e/ou à prostituição para sobreviverem. Em consequência disto, a sua saúde e bem estar eram prejudicados [7].

3 - PREVALÊNCIA E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ACTUALIDADE

3.1 - SITUAÇÃO INTERNACIONAL

3.1.1 - PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

Apesar do reconhecimento mundial da superioridade do leite materno [44,46], a amamentação tem sido progressivamente substituída pelo aleitamento artificial, na maior parte do mundo [44].

A frequência e duração do AM vinha a sofrer um declínio progressivo, desde algumas décadas. De acordo com Teixeira Santos e col. [13], "esta tendência, que era mais marcada nas sociedades urbanas e industrializadas do que nas rurais, do tipo tradicional, tem vindo a modificar-se e, a curva descendente começa a inflectir nas primeiras e a agravar-se nas últimas".

Pesquisas recentes efectuadas em países desenvolvidos tais como a Finlândia, Suécia e Noruega, revelaram que mais de 90% das mães iniciam a amamentação no hospital. Em países com populações heterogêneas, tais como os Estados Unidos, tem sido notada uma tendência crescente a favor do AM [45].

Dados recolhidos num inquérito realizado nos anos 70 pelos Laboratórios Ross ("Ross National Mothers Survey"), nos Estados Unidos, revelaram uma tendência elevada para o AM. Em 1975, 33% das mães saíam do hospital a amamentar e 15% ainda o continuavam a fazer aos 5-6 meses de idade. Em 1977, estes valores eram, respectivamente, de 43% e 20% [6,31].

Entre os anos 70 e 80 continuou a verificar-se um aumento na prevalência do AM [31,33]; tal facto foi demonstrado através de inquéritos realizados por agências governamentais e pela indústria de produtos alimentares infantis. Os dados mais detalhados são os de Martinez e col., dos Laboratórios Ross, nos Estados Unidos [31].

Em 1981, Martinez e Dodd [49], revelaram que a inclinação a favor do AM se mantinha em 55% das 51.537 mães recentes, contactadas pelo correio. Ficou ainda

confirmado que a maioria das mães que amamentavam têm um maior grau de instrução e rendimento mais elevado, embora o maior aumento no AM tivesse ocorrido entre as mulheres com menor grau de instrução.

Em 1984, a incidência do aleitamento materno à saída do hospital era de 61,2%. A partir dessa altura, esse valor foi gradualmente diminuindo para menos de 60%, ficando nos 56,7% em 1987. Em 1988, a incidência era de 52,4% à saída do hospital e de 21,8% aos 5-6 meses de idade [6].

No quadro I estão resumidos os valores atrás referidos, de forma a possibilitar uma análise mais global dos mesmos.

ALEITAMENTO MATERNO ESTADOS UNIDOS

	À saída do hospital	5-6 Meses de idade
1975	33,0%	15,0%
1977	43,0%	20,0%
1981	55,0%	...*
1984	61,2%	...*
1987	56,7%	...*
1988	52,4%	21,8%

* Ausência de dados

QUADRO I

Embora muitos estudos tenham sido feitos nos Estados Unidos para determinar a incidência do AM, poucos se concentraram nas minorias étnicas relevantes aí existentes - negros, hispânicos e índios americanos, entre outros.

O aumento verificado nas taxas de AM entre os anos 70 e 80, nos E.U.A., ocorreu principalmente entre mulheres brancas, não demasiado jovens, com boa instrução e com melhores condições socio-económicas; entre as mulheres negras de classes mais desfavorecidas e com menor grau de instrução, a tendência para o AM não foi tão forte [47,48]. Em 1984, cerca de 65% das mulheres brancas contra 33% das negras amamentavam os seus filhos [47].

Não são feitas referências, nos estudos já efectuados nos E.U.A., às preferências

pelo AM, práticas e crenças das mulheres de origem mexicana que ali vivem; no entanto, de acordo com esses mesmos estudos, a taxa de amamentação entre mulheres de grupos minoritários tem sido muito inferior à taxa verificada para as anglo-americanas [36].

Os hispânicos constituem 7,9% da população norte-americana e destes, 62% são de origem mexicana (United States Census Bureau - 1986/87); são, de todos os grupos minoritários, o que apresenta um crescimento mais rápido [36].

Dados locais e regionais indicam que têm a menor taxa de AM e que amamentam durante menos tempo do que as mulheres anglo-americanas da mesma comunidade [36].

Num estudo realizado no hospital universitário da Califórnia, Irvine Medical Center [36], entre 1978 e 1985, com uma amostra constituída por 1951 mulheres (sendo 1471 hispânicas e 480 anglo-americanas), os resultados mostraram que houve um aumento nas taxas do AM, tanto entre as anglo-americanas como entre as hispânicas, embora essa taxa fosse consideravelmente menor entre estas últimas. Como grupo, as mulheres hispânicas deste estudo, em geral tinham menor grau de instrução, eram de uma classe social mais baixa e com menores probabilidades de receberem cuidados pré-natais do que o grupo anglo-americano correspondente. Isto explicará, talvez, os valores mais elevados verificados entre as anglo-americanas.

Em 1978, no Arizona, as populações de índios americanos das tribos de Pima e Papago, também foram estudadas retrospectivamente, com o objectivo de analisar a influência de factores sociodemográficos nas taxas de AM e aleitamento artificial. Os resultados revelaram um declínio significativo no AM, entre 1949 e 1977, com tendência para um aumento nos valores, nos últimos anos, entre as mulheres mais jovens [6].

O resurgimento do AM, nos E.U.A., de 22% em 1971 para aproximadamente 60% actualmente, levou ao aumento do estudo deste comportamento bem como das suas consequências [27]

Tais estudos identificaram múltiplos factores associados com a escolha do AM e sua duração. Estes factores podem ser agrupados nas seguintes categorias:

demográficos e socioeconómicos, psicológicos e culturais, relacionados com serviços de saúde (isto é, procedimentos em hospitais e clínicas que afectam o AM) e ainda biomédicos.

Duas grandes bases de dados foram usadas para representar os factores demográficos e socio-económicos: estes dados referem-se aos "National Surveys of Family Growth" (NSFG) e aos inquéritos conduzidos por Martinez e col., financiados pelos Laboratórios Ross. Os inquéritos do NSFG referiam-se a mulheres entre os 15-44 anos e foram realizados em 1973, 1976 e 1982. Os inquéritos de Martinez foram feitos, a partir de 1955 anualmente, através dos correios e enviados a todas as mães recentes.

Os resultados foram muito similares e demonstraram que a criança com mais probabilidades de ser amamentada na última década, seria o primogénito de uma mulher branca, rica e educada, que consulta um médico privado e está empregada pelo menos em tempo parcial durante a gravidez [33].

Em Inglaterra, Martin e Monk (1982) [32], também encontraram provas de um aumento na prevalência e duração do AM entre 1975 e 1980.

De acordo com os resultados, eles verificaram que o AM estava associado às classes sociais mais altas, educação materna após os 18 anos e residência em Londres ou Sudoeste de Inglaterra.

3.1.2. - PAÍSES NÃO INDUSTRIALIZADOS

Nos últimos anos tem havido uma preocupação crescente acerca das mudanças verificadas nos padrões do AM, principalmente nas sociedades em rápida transição. Uma tendência decrescente tem sido verificada em países muito diferentes, especialmente em áreas urbanas onde as mães abastadas introduzem o aleitamento artificial muito cedo.

O AM e o início do desmame com introdução de novos alimentos são determinantes importantes para o estado nutricional da criança, particularmente nos países em desenvolvimento onde a alimentação artificial tem estado sempre ligada a valores muito elevados de morbidade e mortalidade. "O AM não só reduz a morbidade e mortalidade

infantil como também contribui significativamente para o desenvolvimento mental e emocional da criança" [6,40,46].

Os efeitos adversos de terminar muito cedo o AM são provavelmente mais severos em populações de camadas socio-económicas mais baixas, nos países em desenvolvimento, onde o grau de sanidade é inferior e cujas famílias não podem suportar os custos dos substitutos do leite materno [29].

Nos países menos desenvolvidos, onde a tendência do AM tem sofrido variações, foram descritas três fases básicas de progressão. Assim: "a fase tradicional é caracterizada por uma proporção alta de crianças amamentadas e um período longo de amamentação; na fase de transição, tanto a proporção de crianças amamentadas como o período de amamentação revelam um decréscimo; a 3ª fase, de resurgimento, é caracterizada por um aumento quer da proporção de crianças amamentadas quer do período de amamentação. Os padrões destas tendências não são uniformes em qualquer país; variam com a localização geográfica e com o estatuto socioeconómico dos diferentes grupos" [34,51].

Na verdade, os diferentes subgrupos populacionais atingem cada uma destas fases em alturas diferentes. Assim, o primeiro grupo no qual se observam mudanças é, invariavelmente, o grupo urbano privilegiado (mais instrução e maior riqueza). Em seguida, aparece o grupo urbano baixo. O que mais resiste à mudança é, sem dúvida, o grupo rural [51].

Usando dados estatísticos de um inquérito de 1982 (Puerto Rico Fertility and Family Planning Assessment), José E. Becerra e col. [34], estudaram a relação entre o desenvolvimento económico iniciado em Porto Rico nos anos 50 e as práticas de Am entre os porto-riquenhos.

De acordo com este estudo, a fase tradicional das altas taxas de amamentação entre mulheres que deram à luz em casa ou em hospitais públicos e com baixo nível cultural, decresceram em Porto Rico com o surgimento da industrialização, nos anos 50. Por volta de 1980, Porto Rico encontrava-se entre as fases de transição e resurgimento.

Em Porto Rico, as taxas de AM continuam muito atrás das dos E.U.A. e outros países latino-americanos. Com efeito, aos 40% de crianças amamentadas em Porto Rico,

opõem-se os 54% nos E.U.A. e valores entre 74-97% nos outros países latino-americanos, em 1980.

Se se considerar os porto-riquenhos residentes nos E.U.A., então essa percentagem é ainda inferior: apenas 38%, entre 1980-1982 [34].

A média de meses que uma criança porto-riquenha era amamentada também revelou um decréscimo. Antes de 1960, a média era de 7,8 meses enquanto que entre 1980 e 1982 tinha baixado para 3,4 meses.

Analisando a relação entre o grau cultural da mãe e a incidência do AM, Becerra verificou também uma modificação na situação, após 1975. A partir dessa data, mães com um grau de educação mais elevado tinham maior tendência para iniciar o AM, o que representa o contrário do que se verificava antes de 1960.

Relativamente ao México, o declínio do AM é um dos maiores problemas verificados actualmente [35].

Há, neste país, uma clara tendência progressiva para a alimentação artificial, como o demonstraram diferentes investigações. E, similarmente ao verificado em muitos outros países, este padrão é mais frequentemente visto em áreas urbanas, o que não significa que ele também não exista em áreas rurais.

Em comparação com outros 18 países, de acordo com várias fontes de informação nacionais e internacionais, o México tem a terceira maior população (22,4%) de crianças nado-vivas que nunca foram amamentadas (22,4 %) [35].

Por outro lado, a tendência de não amamentar passou de 19,7% para 22%, entre 1976 e 1979, como nos é revelado pelos resultados de dois inquéritos realizados nestes dois anos.

Também entre as populações urbanas de baixo nível socioeconómico se verifica uma tendência para o abandono precoce do AM e a sua substituição pelo aleitamento artificial. "Numa amostra de 2520 mães inscritas num estudo da Segurança Social, observou-se que 22,2% não amamentavam, 40% abandonaram a amamentação entre o 1º e o 3º mês e só 37,8% amamentava mais de 4 meses" [35].

Noutro estudo efectuado, numa amostra de 100 mulheres, foi observado que 79%

começaram a amamentar e que após o 3º mês este valor descia para 43% e para 23% no 6º mês [35].

Em qualquer um destes casos, as razões apontadas para deixar de amamentar foram a produção insuficiente de leite ou infecções localizadas no peito.

Uma situação semelhante foi encontrada também nas populações rurais. Num estudo realizado numa cidade do Estado de Morelos, entre 1960 e 1966, a percentagem de mães que nunca amamentaram os filhos aumentou de 5% para 27% e o número das que amamentaram durante mais de 6 meses diminuiu de 98% para 41% [35].

Num estudo mais recente, realizado por Arana e col. (1980), em 23 locais do Estado de Nayarit, 27% das mulheres da amostra, amamentaram os filhos durante menos de 3 meses e 16% nunca o tinham feito.

"No Chile, tal como em muitos outros países não desenvolvidos, que atravessam um processo de urbanização e industrialização, o declínio no AM coincidiu com mudanças culturais, sociais e económicas muito complexas" [37].

A urbanização, no Chile, estava muito mais avançada do que na maioria dos outros países latino-americanos. De acordo com estimativas feitas, em 1976, 78% da população vivia em áreas urbanas.

No seu artigo "History of breast-feeding in Chile" [37], Francisco Santander faz um resumo de vários estudos realizados nesse país. Tais estudos indicam-nos que nas classes urbanas mais baixas, a variação da proporção de crianças que era exclusivamente amamentada ao peito durante 3 meses ou mais, não revelou grandes oscilações entre 1942 e 1977 (a maioria dos valores varia entre 30% e 42%), sendo estes valores superiores aos verificados na classe urbana média. Estes resultados coincidem com observações feitas noutras partes do mundo, onde a modernização teve um grande efeito nas classes média e alta, com a mesma tendência para o declínio progressivo do AM verificado entre 1949 e 1976.

No que respeita às classes rurais mais baixas, em estudos realizados entre 1966-1976, não foi verificada qualquer tendência para o declínio do AM e é de referir que os valores encontrados para o AM exclusivo são ligeiramente superiores aos encontrados

nas classes urbanas mais baixas.

Quanto à proporção de crianças que recebem AM à nascença é de notar a alta frequência encontrada tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais.

No Brasil, até à década de 60, os índices de AM eram considerados bons mas a partir dos anos 70 eles começaram a revelar um decréscimo [26]. As razões apontadas foram o processo de urbanização e industrialização com desprezo dos valores culturais e a influência da propaganda comercial, como por exemplo, distribuição de leite em pó nos centros de saúde [26].

Estudos feitos nos anos 70 [27] mostram que, pelo menos, nos grandes centros urbanos, a duração do AM é muito curta, com valores médios entre 1 e 3 meses.

Entre 1984-1985, num estudo epidemiológico realizado em S.Paulo, verificou-se que 98% das mães iniciaram AM imediato, registando-se um valor de apenas 45% ao 4º mês e de 19% ao 12º mês.

Um dos resultados deste estudo indica que a duração do AM está directamente associada com o estatuto socioeconómico da mãe; este facto é particularmente evidente no caso do AM exclusivo para o qual a duração média nas classes sociais altas excede três vezes o encontrado nas classes mais baixas. Aos três meses de idade, a probabilidade de uma criança da classe alta ou classe média-alta ser ainda amamentada é de 20 a 40% mais alta que para uma criança da classe baixa. Aos 6 meses, as diferenças entre classes tendem a equiparar-se mas com uma ligeira diferença a favor das classes sociais mais altas.

Nas idades posteriores, a situação inverte-se, passando a haver maior percentagem de crianças amamentadas entre as de classes sociais mais baixas.

No caso do AM exclusivo vs. estatuto socioeconómico, a probabilidade de uma criança de classe alta ser exclusivamente amamentada é 50% mais alta do que para uma criança de classe baixa, para as idades de 1,3 e 6 meses.

Aos 12 meses as taxas de AM exclusivo são muito baixas em todas as classes [27].

Nos grupos mais pobres encontram-se taxas de AM exclusivo mais baixas do que as do AM misto. Tal facto sugere um menor período de AM e adesão à alimentação mista

mais cedo e por mais tempo.

Do que se conclui que, embora a maioria das crianças (92,8%) seja amamentada à nascença, o período de AM é muito pequeno ; metade das crianças são amamentadas menos de 4 meses e um terço menos de dois. A duração média do AM exclusivo é de apenas 2 meses [27,28,51].

Quanto à pouca duração do AM, não há diferenças significativas entre os valores encontrados na cidade de S. Paulo e os de outros estudos feitos nos anos 70 noutras áreas urbanas do Brasil (Rio de Janeiro, Recife e Salvador) [27].

A situação do AM em S.Paulo é muito diferente da encontrada nas áreas urbanas de outros países não industrializados ; com efeito, contrariamente ao que sucede nesta cidade, nesses países o declínio do AM parece ser ainda insignificante [50]. De facto, a situação encontrada em S.Paulo enquadra-se nos padrões indicados pelo estudo da OMS como características dos países desenvolvidos e de elites urbanas dos países em desenvolvimento [27,28,50].

Não serão de estranhar as diferenças de valores encontradas para a prevalência e duração do AM entre as classes sociais mais altas e mais baixas, se considerarmos que S. Paulo, sendo uma das cidades mais importantes do Brasil, situada na região mais rica do país, não proporciona condições de vida adequadas a todos os seus residentes. Com efeito, cerca de 2/3 das crianças pertencem a famílias cujos rendimentos se situam abaixo dos mínimos requeridos para satisfazer as necessidades básicas; entre elas, 1/2 vive em casas sem água canalizada e/ou sem saneamento e cerca de 1/5 vive, ainda em "favelas" [27].

Desde 1981 têm sido realizadas campanhas nacionais de promoção do AM no Brasil, através dos meios de comunicação social [28]. No entanto, tais campanhas parecem não atingir significativamente todos os seus objectivos no que se refere aos grupos populacionais mais desfavorecidos, como se pode verificar nos inquéritos de 1973/74 e 1984/85.

Mais do que convencer as mães acerca da superioridade do leite materno e da necessidade de estender o AM a 6 ou mais meses de vida, será talvez mais urgente

assegurar melhores condições sociais que tomem o AM compatível com as outras actividades da comunidade[28].

Nas Filipinas, a partir dos dados recolhidos entre 1973 e 1983 nos inquéritos demográficos nacionais, foi efectuado um estudo [38] sobre a prevalência do AM, tendo-se verificado um decréscimo de 5,4% na proporção de crianças amamentadas durante esse período. Este declínio foi mais acentuado nas áreas urbanas do que nas áreas rurais. No que respeita à duração média do AM, não se registaram alterações significativas (12,4 em 1973 e 12,5 em 1983).

Durante o mesmo período, verificou-se um movimento crescente da população em direcção às áreas urbanas e um aumento do seu nível educacional (acentuado no caso das mulheres) e dos rendimentos familiares. Uma percentagem considerável da população passou de ocupações tradicionais agrícolas para os sectores mais especializados. Entre as mulheres que deixaram de exercer ocupações tradicionais, verificou-se um aumento na prevalência do AM mas sem alteração na sua duração média [38].

Na Indonésia, mais propriamente em cinco cidades metropolitanas (Jakarta, Semarang, Surabaya, Medan e Ujung Pandang), foi realizado, em 1983, o "Contraceptive Prevalence Survey" [39] que permitiu a análise de factores relacionados com o AM. Os resultados obtidos indicaram para a duração média da amamentação nestas cidades, valores entre 14,9 e 23,6 meses, tendo influência nestes resultados, as condições de educação e de nascimento da mãe. Quanto ao desmame, verificou-se que as mulheres que tinham os filhos em clínicas ou que eram assistidas por pessoal especializado o faziam entre 1,45 e 2,38 vezes mais cedo do que as mulheres cujo parto ocorria em casa ou era assistido de modo tradicional. Também se verificou que quanto maior era o grau de instrução das mães mais cedo acontecia o desmame.

Um padrão semelhante ao dos países em desenvolvimento, foi ainda encontrado na Arábia Saudita. Um estudo realizado [42], durante dois anos, com quatro grupos de

crianças (urbanas privilegiadas, urbanas médias, urbanas baixas e rurais) revelou que a proporção de crianças amamentadas é maior nos grupos rurais (aproximadamente até ao 2º ano de vida), decrescendo rapidamente durante o 1º ano de vida nos grupos urbanos, principalmente no grupo dos mais privilegiados. Neste grupo apenas 3/4 das crianças estudadas são amamentadas até ao 1º mês de vida e 1/5 até aos 6 meses. A duração média do AM é de 17,8 meses para o grupo de crianças rurais, de 10,8 meses para o grupo urbano baixo, 7,5 meses para o urbano médio e apenas de 2,1 meses para o grupo urbano privilegiado. Verifica-se portanto um sucessivo declínio na duração do AM com o aumento das condições económicas.

Os valores para o AM marcadamente baixos verificados nas mães jovens comparados com os verificados nas mães mais velhas, indicam que a taxa de AM continua a decrescer.

De acordo com as recomendações da OMS, em 1985, 80% das crianças a nível mundial deveriam ser amamentadas durante pelo menos 4 meses após o nascimento [40,41].

Em consequência, foi elaborado, na China, um estudo com crianças entre os 0-6 meses de idade [40]. Os resultados apontaram para valores muito abaixo das recomendações da OMS. De facto, em áreas urbanas, apenas 43% das crianças, contra 70% nas áreas rurais, eram amamentadas durante pelo menos 4 meses e no que respeita aos 6 meses, os valores eram respectivamente de 34% e 60%.

Uma das razões para tal disparidade de valores prende-se com o trabalho feminino fora de casa, nas áreas urbanas. O trabalho, obviamente, restringe a possibilidade de AM, forçando as crianças a horários, locais e frequência fixos.

Em Shanghai, também se tem verificado um declínio significativo na prevalência do AM, tal como provam os estudos efectuados entre 1950 e 1984 [41]. Em 1959, 59% das mães amamentavam os filhos exclusivamente ao peito durante pelo menos 4 meses mas em 1984 esse valor, que foi progressivamente diminuindo, era apenas de 12%.

Compreendendo duas fases, sendo a 1ª um estudo básico com inquéritos

realizados às mães e a 2ª inquéritos complementares recorrendo a dados obtidos noutros trabalhos anteriores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou um Estudo Colaborativo sobre AM, com o objectivo, entre outros, de avaliar os padrões mundiais entre grupos sociais específicos em áreas seleccionadas [50].

Países como o Chile, Etiópia, Guatemala, Índia, Filipinas, Nigéria e Zaire, representantes dos países em desenvolvimento e Suécia e Hungria como industrializados, foram escolhidos de forma a se poder obter assim uma larga variedade de condições geográficas, ecológicas e culturais.

Este estudo decorreu entre 1975 e 1978.

Sabendo - se que o AM é influenciado por factores socioeconómicos, familiares e maternos, foram escolhidos, em cada país, 4 grupos com condições e características diversas. Assim, o grupo A era constituído por urbanos priverligiados, de boa condição económica e com um grau de instrução elevado; o grupo B era constituído por urbanos de condição socioeconómica média ; o grupo C pertencia à área urbana pobre, sem grande instrução, o grupo R era constituído por famílias rurais, tradicionais e dependentes da agricultura e mercados locais.

Tendo como base de referência o filho mais novo, inquiriram -se mães em cada país e grupo populacional, acerca da prática do AM.

Na Nigéria e no Zaire, entre todos os grupos estudados, o AM atingia os 100%, valor que também se verificava na Índia e na Etiópia mas apenas nos grupos rurais.

O AM é mais comum nas áreas rurais que nas urbanas e dentro destas, é provavelmente entre os pobres que os economicamente priverligiados.

A "falta de leite" foi a resposta mais comum apresentada pelas mães para não amamentarem. Isto verificou - se em cerca de 50% das respostas nos grupos priverligiado e urbano médio da Índia e nos urbanos pobres do Chile e das Filipinas.

Observando os resultados quanto à duração do AM, verificou -se que, nas Filipinas e Guatemala, mais de 50% das mães do grupo A, procederam ao desmame dos filhos por volta dos 2 meses; esta situação é totalmente contrária à verificada na Nigéria, Zaire e Índia.

No Chile, mais de 50% das mães do grupo C deixaram de amamentar aos 6 meses

e nas Filipinas e Guatemala, 2/3 do total das crianças já estavam sem AM na mesma idade.

Os padrões de duração do AM observados, resumem - se em 3 categorias:

Categoria I : a prevalência do AM decresce rapidamente com a idade da criança. Inclui os grupos A com exceção do da Índia e Zaire e inclui também o grupo urbano pobre do Chile no qual o AM tende a ser menos frequente que no privilegiado. Nesta categoria, a prevalência do AM não excede os 50% aos 6 meses e regista valores superiores a 10% aos 12 meses em apenas dois dos grupos.

Categoria II : constituída pelos grupos C da Etiópia, Nigéria, Zaire e Índia, pelos grupos rurais dos mesmos países e da Guatemala e ainda pelo grupo A do Zaire.

Nesta categoria verifica - se uma situação oposta à 1ª, com uma boa manutenção do AM.

Com efeito, aos 6 meses de idade, mais de 90% das mães continuam a amamentar, registando - se valores ainda bastante altos aos 12 e 18 meses, respectivamente, 75% e 65% (neste último, com exceção do grupo A do Zaire).

Categoria III : onde caem todos os outros grupos e na qual há tendência para a diminuição linear da prevalência do AM, até aos 18 meses pós - parto.

A exceção é o grupo urbano médio da Nigéria, com valores elevados durante os 9 meses e descida brusca dos mesmos após esta data.

Analisando a prevalência do AM na altura da entrevista (1 mês após parto), encontram - se valores de 100% para todos os grupos da Etiópia, Nigéria e Zaire bem como para todos os grupos rurais.

A Hungria e a Suécia registam o mesmo valor (75%) para um mês após parto e valores de, respectivamente, 21% e 34% para 6 meses.

As prevalências mais baixas ao mês de idade são as dos grupos A da Guatemala (44%) e Filipinas (61%) que, aos 6 meses, apresentavam valores muito baixos de 5% e 19%, respectivamente.

"Leite insuficiente" foi a razão mais frequentemente apresentada pelas mães para interromperem o AM, até mesmo entre os grupos rurais.

A idade média de desmame apresentava variações de país para país, notando - se no entanto valores mais elevados para os países africanos (QUADRO 2). No caso da Hungria e Suécia, a idade média de desmame é de, respectivamente, 3 e 5 M.

IDADE MÉDIA DE DESMAME (MESES)

Países	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo R
Nigéria	6	11	>18	>18
Zaire	>18	>18	>18	>18
Chile	4	6	6	---
Guatemala	< 2	---	10	>18
Filipinas	< 2	---	>12	>12

Obs: Na Índia, não foi possível fazer a recolha de dados porque a maioria das mães ainda se encontrava a amamentar durante o período de inquérito.

QUADRO 2

Quanto à frequência do AM em função da idade da criança, verificou - se que na Hungria e Suécia, bem como nos grupos A (com excepção do Zaire) a percentagem de mães que amamentam diminui bruscamente com o aumento da idade do filho. Isto ainda se verifica com o grupo B na Índia e os grupos C e R no Chile .

Nos outros grupos os valores mantêm - se mais ou menos constantes.

Sobre a opinião das mães acerca de qual deveria ser a duração do AM, antes da introdução de novos alimentos sólidos, obtiveram - se respostas muito diferentes nos grupos.

Os grupos A da Nigéria, Guatemala e Filipinas indicaram um período inferior a 3 meses, sendo essa também a preferência do grupo R da Etiópia e do grupo B da Nigéria.

Os grupos C e R do Chile e da Índia indicaram valores iguais ou superiores a 9 meses. Outros grupos indicaram períodos entre 3 e 5 meses e 6 e 8 meses. No Zaire, 77% das mães dum grupo rural acham que se devia manter o AM até ao surgimento de nova gravidez.

Com base nos dados dos últimos 20 anos, disponíveis na OMS, esta organização efectuou um inquérito a nível mundial que abrangeu 86 países, os quais registavam um valor de 83% dos nascidos mundialmente em 1980 [51].

Para este estudo apenas foram consideradas as amostras com número superior a 100 crianças, salvo raras excepções justificadas pela ausência de outros dados recentes.

De acordo com os resultados obtidos, há grandes áreas em África e na Ásia onde quase todas as crianças são amamentadas.

Com efeito, entre os 21 milhões de nascidos em África, a quase totalidade recebe AM por um período de tempo considerável. Na África Oriental, Ocidental e Central o AM, praticamente universal, é praticado quer entre os grupos urbanos quer entre os rurais, independentemente do seu estatuto económico. Esta situação também é verificada na Ásia Meridional, Central e Ocidental (onde se registaram 38 milhões de nascimentos).

Quanto à África Setentrional, a prevalência do AM regista valores ligeiramente inferiores mas mesmo assim mais de 90% das crianças recebem AM imediato. A prevalência mais baixa registada (54%) verificou-se num grupo de elite, no Cairo, aos 6 meses de idade.

Valores também elevados quer para a prevalência quer para a duração do AM, verificaram-se ainda através de um inquérito nacional, no Lesoto, África Austral.

Na África do Sul, os valores observados entre os indivíduos de cor são também elevados, registando-se apenas uma situação ligeiramente mais baixa nos grupos dos negros de classe média. Entre os brancos os valores são também baixos, mas parecem registar uma subida de acordo com os padrões europeus [51].

Na Ásia Meridional Oriental e na Ásia Oriental (34 milhões de nascimentos), há padrões de AM muito diversificados. Em todos os grupos rurais há uma prevalência elevada como é o caso, por exemplo da Coreia, das Filipinas e da Malásia, com valores, respectivamente, de 95, 90 e 80%.

Quanto à média de duração do AM, esta varia, em África, entre 14 e 33 meses, para os grupos rurais e urbanos pobres, sendo a média usual de 20 meses. No respeitante aos grupos de elite urbanos, embora a prevalência do AM seja praticamente universal, a

sua duração é mais curta, normalmente 6 meses. É de referir a situação particular do Zaire onde, a média ronda os 17 meses.

Na Ásia, entre a elite urbana verifica-se uma duração média de 6 meses contra 1-2 anos nos restantes grupos. Nota-se, entre os urbanos pobres e os rurais, uma introdução muito tardia de alimentos de suplementação.

Para a América Latina, obtiveram-se valores elevados quanto à prevalência do AM, mas com variações consideráveis quanto à sua duração.

Também foi nos grupos rurais que se verificaram as maiores durações mas sem valores tão elevados como os de África ou Ásia. Com excepção da América Central e das Caraíbas, a média de duração, raramente ultrapassa um ano. As médias mais baixas registaram-se no Brasil e na Colômbia.

Em toda a Europa, a prevalência e duração do AM sofreu uma queda regular até aos anos 70. Nessa altura, na maior parte da Europa Setentrional e Ocidental, as taxas iniciais de prevalência atingiram um valor de 30%, sendo a média de 3 meses ou menos. Seguidamente assistiu-se a um aumento real tanto na prevalência como na duração. Em 1979, na Suécia e Finlândia, os valores atingiram os 90% e 45% na Irlanda urbana. A média de duração era de 5 meses na Suécia e um pouco menos na restante Europa Ocidental. Na Oriental verificaram-se taxas de prevalência mais elevadas que na Ocidental como provam os dados obtidos na Hungria e Polónia. Na Europa Meridional atingem os 50% ou mais, de acordo com dados de Espanha urbana.

Os dados encontrados neste estudo referentes à América do Norte são semelhantes aos já verificados noutros estudos [31,33,45,49].

Na Austrália e Nova Zelândia, a prevalência encontrada ronda os 70 - 80 %, sendo por isso muito mais elevada do que é encontrada noutros países desenvolvidos. Estes valores continuam a registar uma subida [51].

Se fizermos uma breve análise aos resultados encontrados para os países atrás referidos, podemos verificar que :

- O AM imediato, para a maioria dos países, é consideravelmente maior nas áreas rurais que nas urbanas;

- A prevalência e duração do AM é maior entre as mulheres asiáticas e africanas que entre as latino-americanas;

- O AM tende a ser mais frequente entre as mulheres com menor grau de instrução e mais velhas.

3.2 - SITUAÇÃO PORTUGUESA

Não é fácil fazer uma análise comparativa dos resultados obtidos com estudos sobre AM. Raros são os que estão fundamentados em amostras populacionais relevantes e representativas. Os estudos realizados perfilham diferentes atitudes e utilizam variada metodologia.

Em Portugal, os dados disponíveis sobre a situação do AM são poucos e relativos quase que exclusivamente a grupos urbanos [13].

Entre 1978 e 1979, foi efectuado um estudo em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais [13], mais propriamente nas freguesias de Silvalde e Guifões (Continente) e nas freguesias de Rosais e Ribeira Seca (Açores). As freguesias estudadas apresentavam características socio-económico-culturais distintas: Silvalde, freguesia piscatória de Espinho, suburbana; Guifões, freguesia operária-rural, periurbana do Concelho de Matosinhos; Rosais e Ribeira Seca, freguesias rurais açoreanas, vivendo predominantemente da agropecuária.

Embora o estudo tivesse incidido em pequenas amostras populacionais e tivesse sido efectuado num curto período de tempo, foi possível verificar que, em grupos populacionais geograficamente distantes, as taxas de prevalência eram idênticas, com excepção de Guifões (aproximadamente 60% contra valores entre os 80% e 90% nas outras freguesias).

Quanto à duração do AM, verificou-se uma situação idêntica à encontrada noutros trabalhos anteriores, não sendo significativas as diferenças entre o Continente e os Açores. Mas considerando a idade e o número de gestações das mães, verificou-se que

Açores. Mas considerando a idade e o número de gestações das mães, verificou-se que a duração era maior nas mães com mais idade e com quatro ou mais gestações.

Nestas freguesias verificou-se ainda uma alta prevalência de AM inicial mas que rapidamente diminuiu.

A prevalência também era maior em mães com parto em meio hospitalar.

Será importante ainda referir que apesar da maioria das mães ter a opinião de que o AM só deveria terminar entre os 6-12 meses, na prática tal situação não se verifica.

Com o objectivo de avaliar o panorama do AM, em Beja, foi também realizado entre 1980-1981 outro inquérito a 125 mães no Hospital Distrital [14].

Após o estudo dos resultados obtidos verificou-se que cerca de 51% das crianças recebiam AM exclusivo e que 40% recebiam aleitamento artificial.

Quanto à prevalência do AM, cerca de 88% das crianças estudadas receberam amamentação materna de imediato sendo de 58% o valor aos três meses de idade e de 28% aos seis meses.

Estudos realizados em Coimbra entre 1979 e 1982, após uma acção de sensibilização para o AM, mostraram não ter havido diferenças significativas, neste período, na percentagem de crianças amamentadas [12]. Tal facto aponta-nos no sentido do fraco poder de implantação de uma acção de sensibilização isolada.

Quando comparado com o de outros países, o índice de amamentação revela-se baixo, tendo-se verificado ainda uma queda brusca destes valores entre a alta da Maternidade e as primeiras semanas de vida.

Em 1985, no Hospital de S. João, Porto, foi efectuado um interrogatório a 500 mães recentes, que representavam 16,7% do total de parturientes internadas nesse ano.

Verificou-se que 92,9% amamentavam durante a permanência na Maternidade.

A análise dos dados obtidos permitiu verificar que a idade das mães, tipo de parto e existência ou não de consultas pré-natais não tiveram influência com significado estatístico sobre a prática do AM. No que se refere à classe social das mães, verificou-se que 78% das mesmas pertenciam às classes IV e V ou seja, baixa e média baixa (Classificação de Graffar) não havendo diferenças significativas entre a incidência do AM nestas classes [15].

da Maternidade Júlio Dinis do Porto [16], com o objectivo de conhecer a frequência do AM durante o internamento e procurar avaliar essa frequência um mês após a data da alta.

Numa amostra de 300 puérperas escolhidas ao acaso entre as 6154 internadas naquela unidade hospitalar, em 1988, verificou-se que, à data da alta, todas praticavam AM exclusivo.

À consulta de avaliação 1 mês após o parto, apenas compareceram 90 dessas mulheres, o que impediu uma avaliação com segurança da frequência real de adesão sustentada ao AM.

Entre as que compareceram, verificou-se que 76,7% continuavam a praticar AM exclusivo, 16,7% praticavam aleitamento misto e 6,7% tinham optado pelo aleitamento artificial, podendo-se por isso considerar que houve boa aceitação do AM no período pós-parto imediato.

Considerando o elevado número de "faltosas", as autoras pressupuseram que a frequência real de mulheres a praticar o AM um mês após a alta fosse inferior aos 76,7% que obtiveram entre as que compareceram, apesar deste valor não se ter afastado muito dos encontrados noutros trabalhos semelhantes.

No respeitante aos factores socio-económicos e biológicos das mães, ao contrário do verificado em 1985, no Hospital de S. João do Porto, a idade intermédia das mesmas, primiparidade, assistência à consulta pré-natal e estatuto socio-cultural elevado estavam positivamente associados à adesão ao AM exclusivo. O factor profissional não interferiu de forma significativa nessa adesão.

Noutro trabalho efectuado em Vila Nova de Gaia (1988), para um período de seis meses, com uma amostra de 276 crianças, observou-se que a prevalência do AM era de 80% inicialmente mas que, logo a seguir, ocorria uma diminuição rápida na duração da amamentação, sendo inferior a 20% aos três meses de idade [17].

Verificou-se ainda uma quebra substancial do AM, no 1º mês de vida; esta situação era preocupante, já que uma parte das mães introduzia, aquando do abandono do AM, o leite de vaca sem as diluições adequadas, com consequências gastrointestinais, infecciosas e intolerâncias que seriam evitáveis pelo uso de leite adaptado até aos 5-6

meses de idade.

Incluído no plano de actividades para o triénio de 1988/90, da Administração Regional de Saúde, de Setúbal, foi feito um estudo de prevalência do AM, desenvolvido no concelho de Almada [18,19].

Das 220 crianças seleccionadas para o estudo, 87,9% iniciaram o AM após o nascimento e 14,9% destas fizeram-no em simultâneo com a amamentação artificial.

No que se refere à duração do AM exclusivo, no final do 1º mês de vida já 34,8% das mães tinham introduzido suplemento, aos 2 meses de vida já 54,8% tinham introduzido o aleitamento artificial e aos 4 meses quase todas as crianças da amostra estavam com suplemento (93,2%).

Verificou-se também uma grande disparidade entre o que as mães pensam ser a duração ideal do AM e o que praticam.

Dados mais recentes acerca deste tema foram obtidos com o estudo efectuado em seis distritos do Continente, em 1990, pela D.G.C.S.P. [20].

A análise dos resultados obtidos permitiu verificar que 2/3 das mães (67,6%) disseram ter ouvido falar das vantagens do AM durante a gravidez. Valores mais altos registaram-se em Aveiro, Setúbal, Coimbra e Viana; mais baixos em Évora. Não se verificou qualquer relação significativa entre a prevalência do AM ou duração do mesmo e o facto da mãe ter sido ou não aconselhada durante a gravidez e/ou no parto.

O valor da prevalência do AM exclusivo imediato rondava a média de 79,5% para crianças com menos de um mês de vida, sendo aos três meses de 51,4% e de 26,1% aos seis meses. Não foram encontradas grandes variações distritais.

A curva da prevalência sofreu uma queda brusca significativa durante o 1º mês de vida e do 3º para o 4º mês. Esta situação era semelhante a outras avaliações feitas em Portugal e noutros países.

Ainda de acordo com estudos efectuados em 1990 e 1991 [21,22], sobre a prevalência do AM, na população servida pela Unidade de Saúde dos Carvalhos, Vila Nova de Gaia, verificou-se que a percentagem de mães que iniciaram o AM era muito elevada; no entanto, também se verificou uma percentagem muito elevada de desmame precoce.

Com efeito, no estudo de 1990, 90% das mães multíparas referem ter amamentado o seu último filho, tendo 68,5% destas feito AM imediato; no de 1991, todas as multíparas amamentaram o seu último filho, sendo igualmente de 100% o valor para o AM imediato.

Quanto à duração do AM, verificou-se que, nestes dois anos, a percentagem de crianças que tiveram AM até ao 1º trimestre de vida foi de 45% e 76,9%, respectivamente, mas deve-se salientar que a percentagem de crianças que ao mês de idade já não estava a ser amamentada era de 20% em 1990 e de 46,1% em 1991.

Sobre a duração ideal do AM exclusivo, verifica-se também nestes trabalhos, uma grande diferença entre a opinião das mães e a sua atitude na prática, face ao AM. Com efeito, em 1990, 32% achavam que o AM, em exclusividade, deveria durar até aos 3 meses de idade e 21% até aos 6 meses; em 1991, estes valores eram respectivamente de 58,1% e 19,4%.

No mesmo ano, 1991, no Centro de Saúde de Viseu 2, foi realizado um trabalho com o objectivo de promover o AM entre as grávidas aí inscritas [23].

A amostra era constituída por 59 grávidas das 130 inscritas.

Para se efectuar esse estudo, foram consideradas três fases: na 1ª, foi feita uma avaliação de conhecimentos e da motivação das grávidas para o AM; na 2ª, foram realizadas acções de informação e promoção do AM e na 3ª, avaliação dos conhecimentos adquiridos e da mudança de opiniões face ao AM e da motivação para a sua prática.

Em relação à prática do AM (sendo para isso considerado o último filho), verificou-se que 93% das mães tinham amamentado. Quanto à duração do AM, em exclusividade, 42% das crianças foram amamentadas num período superior a 1 mês e inferior a 3 meses e 46% entre os 3-6 meses, sendo a média encontrada de 3,6 meses.

Ao analisar a opinião das mães quanto à altura ideal do início do AM, verificaram-se diferenças entre os valores da 1ª e 2ª avaliações. Assim, 79% das mães na 2ª avaliação contra 64% na 1ª, considerava que o recém-nascido devia ser colocado ao peito logo após o nascimento e 17,5% (2ª aval.) contra 22% (1ª aval.) discordava de tal prática.

Sobre a duração do AM exclusivo, também se registaram diferenças, havendo 42% das mães na 2ª avaliação contra 46% na 1ª, com opinião que o ideal seria até aos 3

De acordo com a opinião da autora do trabalho, no final deste estudo atingiram-se os objectivos inicialmente propostos, verificando-se uma mudança de opiniões sobre a prática do AM e um aumento da motivação das grávidas face ao mesmo.

Outro trabalho realizado em 1991, no Centro de Saúde de S. Pedro do Sul [24], teve como objectivos, entre outros, a avaliação da prevalência e duração do AM e o conhecimento da motivação e opinião das mulheres em relação ao mesmo.

Entre 153 mães inquiridas, verificou-se que 94% iniciaram a amamentação logo após o parto. Apesar desta percentagem elevada, pode-se considerar a duração curta, visto que 48,5% das crianças foram amamentadas menos de 3 meses e apenas 30%, 6 meses ou mais.

Em conformidade com outros estudos idênticos [12,13,17,18,19,20], também neste trabalho se verificou uma percentagem elevada de desmame precoce, visto que 25% das mães deixaram de amamentar antes do final do 1º mês de vida, continuando a haver um decréscimo progressivo.

Considerando a opinião das mães em relação à duração do AM exclusivo, 72% indicam 4 meses ou mais como sendo o ideal e 28% indicam duração inferior a 4 meses; mas, na realidade, há uma discordância de valores entre a opinião e a prática, pois 59% deixaram de amamentar antes dos 4 meses.

Esta situação assemelha-se à encontrada noutros estudos [13,18,19].

Após a descolonização portuguesa em África, Portugal registou uma entrada significativa de naturais das ex-colónias.

Num estudo efectuado, em 1989, sobre os cabo-verdeanos residentes em Portugal [25], foram analisadas as tendências da alimentação infantil antes e após a migração. Foram ainda feitas comparações com os hábitos alimentares de um grupo de 34 nativas portuguesas, vivendo em condições sociais e económicas semelhantes às dos cabo-verdeanos.

De forma a poder fazer-se esta comparação, foram considerados como amostra, os filhos mais velho e mais novo nascidos em Cabo Verde (respectivamente 53 e 13) e nascidos em Portugal (respectivamente 138 e 196).

nascidos em Portugal (respectivamente 138 e 196).

De acordo com os resultados obtidos, a migração para Portugal foi acompanhada por um decréscimo na prevalência do AM. Os valores encontrados para os filhos mais velho e mais novo nascidos em Cabo Verde eram , respectivamente, 96% e 100% passando a ser 88% e 67%, respectivamente, para os que vieram a nascer em Portugal.

O decréscimo verificado em relação ao filho mais velho nascido em Portugal não foi estatisticamente significativo, ao contrário do verificado em relação ao mais novo.

Esta situação assemelha-se à verificada com as portuguesas, registando-se igualmente um declínio da prevalência do AM entre o filho mais velho (83%) e mais novo (69%).

Com a migração verificou-se ainda um declínio significativo na duração do AM, entre o filho mais velho, nascido em Cabo Verde e o mais velho, nascido em Portugal . No que respeita aos filhos nascidos em Portugal , não se registaram diferenças significativas, contrariamente ao que aconteceu aos filhos das mães portuguesas .

Através deste estudo foi possível constatar a influência da migração na prevalência e duração do AM. Com efeito, "a chegada a Portugal foi seguida de mudanças significativas nos padrões da alimentação infantil " [25] .

Estes estudos efectuados em Portugal [12 - 25], permitem-nos afirmar que a taxa de prevalência do AM tem vindo lentamente a aumentar e actualmente é bastante elevada à nascença, embora se verifique uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida, principalmente a partir do 1º mês.

Esta situação poderá no entanto ser ultrapassada com um apoio maior à mãe que amamenta, através de acções de sensibilização e de esclarecimento; os momentos adequados à mensagem são o período pré-natal, perinatal e pós-parto imediato.

Muitas mulheres necessitam de ser encorajadas; o pessoal que cuida de grávidas e de jovens mães deverá ser dinamizado por forma a estimular a prática do AM.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Para crescer e se desenvolver, a criança recém-nascida tem necessidade de uma alimentação adequada e apropriada, uma protecção contra as infecções e um meio ambiente estimulante. Nenhum período da sua existência é mais crítico para o estabelecimento de bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável aos traumas e às rupturas, que os primeiros meses da vida de um recém-nascido. Vindo de um meio uterino onde goza de protecção e estabilidade relativas, o novo ser deverá adaptar-se a um mundo exterior caracterizado por novas dimensões e tensões, tanto físicas como psico-sociais. A lactação e o aleitamento materno, fazendo parte do processo reprodutivo de todos os mamíferos, reduzem significativamente os perigos que ameaçam o recém-nascido na sua passagem e adaptação à vida extra-uterina" [51].

Durante milhões de anos, o Homem conseguiu assegurar a sua existência sem qualquer substituto do leite materno o que faz provar ser este um meio totalmente eficaz para garantir a sobrevivência das crianças. Embora a domesticação do gado remonte ao ano 5000 A.C., o aproveitamento do seu leite não era considerado como alternativa ao leite humano [46].

Mas, com o enorme surto de desenvolvimento industrial e tecnológico do início do nosso século - permitindo modificar e adaptar ao lactente o leite de vaca - e com a grande revolução social que ocorreu após a II Guerra Mundial que alterou radicalmente o estilo de vida da maioria das mulheres, o aleitamento artificial foi gradualmente ganhando mais adeptos [12].

No entanto, esforços mais recentes no sentido da promoção do AM, têm vindo a revelar-se frequentemente positivos pois já é possível verificar entre certos grupos sociais, uma tendência maior para o AM.

O AM é frequentemente considerado incompatível com o novo estilo de vida e com o trabalho da mulher fora de casa. As vantagens de amamentar em termos de nutrição, imunidade e diáde entre mãe e filho, são muitas vezes minimizadas em face do medo

infundado de amamentar, ansiedade, receio de perda da beleza dos seios,...

Quando o AM era universal, como ainda o é em algumas sociedades, a "arte" de amamentar era passada de geração em geração. Esta herança familiar e pessoal dava segurança e conforto à jovem mãe. "Nas sociedades actuais é frequente que a mãe seja pouco ou nada encorajada a amamentar, tanto por parte do marido, familiares e amigos, como por parte dos especialistas e pessoal de Saúde. Como, para além disso, os leites comerciais são seguros, aceitáveis e a propaganda os promove como "quase iguais" ao leite materno, a jovem mãe pode ter pouca tendência para amamentar" [44].

Reconhecendo o esforço que vem sendo feito no sentido de que se volte a amamentar, não convém esquecer que tal não pode ser entendido como uma atitude isolada. É urgente desencadear acções de conjunto e de âmbito nacional para, deste modo, sensibilizar e dinamizar toda a população. Estas acções deverão integrar uma avaliação prévia, assegurando uma investigação epidemiológica, tendo em particular atenção os factores sociais, "de modo a conhecer os grupos chave que se pretende atingir, para que se possa elaborar uma mensagem educativa adequada" [13].

Uma vez que a decisão de amamentar é o resultado de muitos factores, nos quais se incluem a educação, o passado cultural e a personalidade, a informação sobre o AM deverá ser dada nas escolas, ao lado da educação sobre nutrição. Esta informação/educação deveria também ser dada aos rapazes, pois a atitude do marido é muito importante para que o aleitamento seja bem sucedido.

É ainda fundamental que tanto médicos como o restante pessoal de Saúde, deixem de ter uma "atitude indiferente, passiva ou mesmo inadequada em relação à informação relativa ao AM e alimentação infantil" [13], pois tais atitudes apenas podem conduzir ao abandono do AM, com as consequências negativas, já sobejamente conhecidas, que daí podem advir.

BIBLIOGRAFIA

1. PEIXOTO, D. D.: A amamentação. Dissertação Inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto. 1898.
2. GODINHO, F. N.: Da amamentação materna. These Inaugural apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. 1876.
3. ROCHA, J. A. F.: Sobre a amamentação materna. Dissertação Inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto. 1902.
4. CORDEIRO, J. C. D.: Aleitamento materno e desenvolvimento psicoafectivo. VIII Curso de Actualização e Aperfeiçoamento em Pediatria. Ponta Delgada. 1975: 161-165.
5. FILDES, V. A.: Breasts, bottles and babies - a history of infant feeding. Edinburgh University Press. Edinburgh. 1986.
6. LAWRENCE, R. A.: Breastfeeding: a guide for the medical profession. Mosby. U.S.A. 1989.
7. PALMER, G.: The politics of breastfeeding. Pandora Press. London. 1988.
8. VELHO, S. C.: Evolução da alimentação infantil em Portugal. Comunicação pessoal no I Congresso Internacional Restrito sobre Alimentação e Desenvolvimento. Lisboa. 1983.
9. VICENTE, F. A.: Aleitamento materno. Dissertação Inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto. 1906.
10. BARNES, L. A.: History of infant feeding practices. Am. J. Clin. Nutr. 1987; 46:168-170.
11. RADBILL, S. X.: Infant feeding through the ages. Clin. Pediatr. 1981; 20: 613-621.

12. ALMEIDA, R. C. L.: Aleitamento materno: determinação das curvas de amamentação numa zona urbana do concelho de Coimbra e respeitante aos anos de 1979, 1980, 1981 e 1982. *Jornal do Médico*. 1985: 177-185.
13. TEIXEIRA SANTOS, N., GUERRA, A. J. M., MORAIS, M. R., TOVAR, M. J., NEVES, P., LOURENÇO, L., SILVA, M.: Estudo sobre a prevalência e duração do aleitamento materno em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais. *Rev. Port. Ped.* 1984; 15: 3-39.
14. MOLEIRO, A. M.: Alimentação ao peito e cuidados básicos. *Rev. Port. Ped.* 1984; 15: 245-256.
15. FERNANDES, A., SOUSA, A. M., GUIMARÃES, H., LEMOS, L., GUERRA, A., SANTOS, N. T.: Incidência do aleitamento materno na maternidade do Hospital de S. João. *Jornal do Médico*. 1987: 1028-1033.
16. SANTOS, G. N., AREIAS, M. A.: Aleitamento materno - estudo realizado numa população de puérperas da Maternidade Júlio Dinis. *Jornal do Médico*. 1990; 128: 395-397.
17. QUEIRÓS, D., COUTO, L.: Panorâmica da alimentação de crianças de uma área de Vila Nova de Gaia. *Rev. Port. Clínica Geral*. 1988; 34: 11-16.
18. MIRANDA, A. C.: Aleitamento materno - o abismo entre o conhecimento e a prática. *Saúde em Números*. 1988; 3(4): 27-29.
19. MIRANDA, A. C.: Determinantes do aleitamento materno. *Saúde em Números*. 1988; 3(5): 37-39.
20. DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do continente. 1990.
21. TEIXEIRA, M. A. F.: Aleitamento materno - motivação e prática. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do C. S. C. N. 1990.
22. MACHADO, M. N. R.: Aleitamento materno. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do C. S. C. N. 1991.

23. NOVA, E. M. H. A. V. : Promoção do aleitamento materno. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do C. S. C. N. 1991.
24. PEREIRA, E. C. F. C. : Estudo sobre a motivação, frequência e duração do aleitamento materno no Concelho de S. Pedro do Sul. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do C. S. C. N. 1991.
25. ALMEIDA, M. D. V. : Migration and changing food habits - A study of cape verdeans in Portugal. Ph D Thesis. Faculty of Science. Department of food and nutritional sciences. London University. 1989.
26. VILLA, T. C. S., PELÁN, T. R.: Aleitamento materno e suplementação alimentar. Bol.of Saint.Panam. 1989; 106(2): 108-116.
27. MONTEIRO, C. A., ZUNIGA, H. P. P., BENICIO, M. H. A., REA, M. F.: Breast-feeding patterns and socioeconomic status in the city of São Paulo. Journal of Tropical Pediatrics. 1988; 34: 186-196.
28. MONTEIRO, C. A., ZUNIGA, H. P. P., BENICIO, M. H. A., REA, M. F., TUDISCO, E. S., SIGULEM, D. M.: The recent revival of breast-feeding in the city of São Paulo, Brazil. Am. J. Public Health. 1987; 77(8): 964-966.
29. SEWARD, J. F., SERDULA, M. K.: Infant feeding and infant growth. Pediatrics Suppl. 1984; 74: 728-762.
30. CORNELL UNIVERSITY: Determinants of young child feeding and their implications for nutritional surveillance. Cornell University Nutrition. Monograph Series. 1985; 14.
31. FOMON, S.J.: Reflections on infant feeding in the 1970s and 1980s. Am. J. Clin. Nutr. 1987; 46: 171-182.
32. WHILE, A. E.: Early infant feeding practice: socioeconomic factors and health visiting support. Child: care, health and development. 1989; 15: 129-136.
33. FORD, K., LABBOK, M.: Who is breast-feeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. Am. J. Clin. Nutr. 1990; 52: 451-456.

34. BECERRA, J. E., SMITH, J. C.: Breastfeeding patterns in Puerto Rico. *Am. J. Public Health*. 1990; 80(6): 694-697.
35. YSUNZA-OGAZÓN, A.: The decline of breast-feeding in Mexico: an example of medical-academic deformation. In: *Advances in international maternal and child health*. Vol.4, (Eds) D. B. Jelliffe and E. F. P. Jelliffe. Clarendon Press. Oxford. 1984; 36-52.
36. DUNGY, C. I.: Breast feeding preference of hispanic and anglo women. *Clinical Pediatrics*. 1989; 28(2): 92-94.
37. SANTANDER, F. M.: History of breast-feeding in Chile. *Food and Nutrition Bull.* —; 1(4): 15-22.
38. POPKIN, B. M., AKIN, J. S., FLIEGER, W., WONG, E. L.: Breastfeeding trends in the Philippines, 1973 and 1983. *Am. J. Public Health*. 1989; 79(1): 32-35.
39. JOESOEFF, M. R., UTOMO, B., LEWIS, G. L.: Breast feeding practice in Metropolitan Indonesia: policy considerations. *J. of Tropical Pediatrics*. 1988; 34: 270-273.
40. YUN, Y. P., KANG, Z. S., LING, L. J., XIN, Q. C.: Breast feeding of infants between 0-6 months old in 20 provinces, municipalities and autonomous regions in the People's Republic of China. *J. of Tropical Pediatrics*. 1989; 35: 277-280.
41. MEEHAN, K. F.: Breast feeding in an urban district in Shanghai, People's Republic of China. A descriptive study of feeding patterns and hospital practices as they relate to breastfeeding. *J. of Tropical Pediatrics*. 1990; 36: 75-78.
42. SERENIUS, F., SWAILEM, A. R., EDRESSEE, A. W., HOFVANDERY, Y.: Patterns of breastfeeding and weaning in Saudi Arabia. *Acta Paediatr. Scand*. 1988; Suppl. 346: 121-129.
43. JUMAAN, A. O., SERDULA, M. K., WILLIAMSON, D. F., DIBLEY, M. J., BINKIN, N. J., BORING, J. J.: Feeding practices and growth in Yemeni children. *J. of Tropical Pediatrics*. 1989; 35: 82-86.

44. COMITÉ DE NUTRIÇÃO DA SOCIEDADE CANADIANA DE PEDIATRIA: Leite humano - suas propriedades nutricionais e fisiológicas. (Tradução de "Breast-feeding". Pediatrics. 1978; 62: 591-600.)
45. BIRENBAUM, E., FUCHS, C., REICHMAN, B.: Demographic factors influencing the initiation of breast-feeding in an Israeli urban population. Pediatrics. 1989; 83(4): 519-531.
46. MATA, L.: Breast-feeding: main promoter of infant health. Am. J. of Clin. Nutr. 1978; 31: 2058-2065
47. KISTIN, N., BENTON, D., RAO, S., SULLIVAN, M.: Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. Pediatrics. 1990; 86(5): 741-746.
48. GROSSMAN, L. K., LARSEN-ALEXANDER, J. B., FITZSIMMONS, S. M., CORDERO, L.: Breastfeeding among low-income, high-risk women. Clinical Pediatrics. 1989; 28(1): 38-42.
49. MARTINEZ, G. A., DODD, D. A.: 1981 milk feeding patterns in the United States during the first 12 months of life. Pediatrics. 1983; 71: 166-170.
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Contemporary patterns of breast-feeding. Raport on the W.H.O. collaborative study on breast-feeding. Geneva, 1981.
51. WORLD HEALTH ORGANIZATION: World Health Statistics. 1982; 35(2): 92-116.

. Todas as peças fotografadas são pertença do *Museu da Faculdade de Medicina do Porto*.

. As ilustrações presentes neste trabalho, com excepção da nº 6 , pertencem à obra "Breasts, bottles and babies" de Valerie A. Fildes [5].

. A ilustração nº 6 , pertence à obra "Breastfeeding: a guide for the medical profession" de Ruth A. Lawrence [6].

ERRATA

Pág. 42 - A 1ª linha deve ser eliminada. (Já incluída na página anterior).

Pág. 43 - Falta a 1ª linha, na qual se deve ler: " Três anos depois, foi efectuado um estudo numa população de puérperas ".

Pág. 45 - Falta a última linha, na qual se deve ler: " meses e 32% contra 15% até aos 6 meses.".

Pág. 47 - A 1ª linha deve ser eliminada. (Já incluída na página anterior).