CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA CIDADE DE MAPUTO

Osvaldo Augusto Matavel

UNIVERSIDADE DO PORTO
Mestrado em Saúde Pública

Dissertação

CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA CIDADE DE MAPUTO

Osvaldo Augusto Matavel

Porto, 2004

Capa – Gravura com o titulo, "ternura maternal", gentilmente cedida pelo pintor e escultor Moçambicano, Mestre Lívio de Morais

Dissertação elaborada com o apoio da Reitoria da Universidade do Porto, no âmbito de uma bolsa de investigação cientifica que materializa o memorando de entendimento ao nível da cooperação entre a Universidade do Porto e Universidade Eduardo Mondlane no domínio do desenvolvimento dos recursos humanos.

Aos meus pais Augusto Matavele e Matilde Edicília Samora.

Aos meus irmãos: Tó, Nené, Cajó, Levy, Gery.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projecto de investigação resulta, naturalmente, de múltiplos empenhamentos, que se estendem desde as instituições, até às pessoas que o apoiaram científica e afectivamente. Embora a elaboração de uma tese seja um trabalho primordialmente solitário, é evidente que ela não se realizaria sem a participação de colegas, amigos, familiares, funcionários de bibliotecas, informandos e muitos "outros" mais ou menos pacientes. As participações se processam de varias maneiras: desde dicas teóricas e advertências para as fugas aos objectivos, indicações bibliográficas e até divergências as vezes insanáveis, empréstimo de livros e de ideias, algo que pode ser de suma importância, uma palavra certa num momento de incerteza ou um gesto de amparo num momento de desespero. Não sendo possível enumerar todas as pessoas que, de uma ou de outra maneira, fizeram parte deste tortuoso caminho, de modo que mencionarei algumas.

Ao Professor Doutor José Manuel Calheiros pelo incentivo e apoio.

Ao Professor. Doutor Henrique Barros, que orientou este experimento académico, pelo apoio, estimulo e compreensão.

Ao Conselho Directivo da Faculdade de Medicina do Porto e a coordenação do Mestrado cujo apoios consistiram na isenção do pagamento de propinas e financiamento do estudo (Passagem aérias para Porto/Maputo/Porto e da actividade de pesquisa).

Um carinho muito especial para a minha família que aceitou a minha ausência.

A Dr.ª Eulália Mbeve (Coordenadora do departamento de Saúde da Comunidade da faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane), a Dr.ª Olívia Ferreira (Directora de Saúde da Cidade de Maputo), a Direcção e ao pessoal médico de enfermagem e auxiliar do Centro de saúde José Macamo, ao Dr. Possidónio Dias, a Dr.ª Sílvia Silva, Dr.ª Diondina Silva; pelo apoio prestado.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AM – Aleitamento Materno

AA – Aleitamento artificial

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMP – Aleitamento Materno Prolongado

AMC – Aleitamento Materno Continuado

AC – Antes de Cristo

CS – Centro de Saúde

Cit in – citado

CNBS – Comité Nacional de Bioética para a Saúde

DST ' s – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DSCM – Direcção de Saúde da Cidade Maputo

DC – Depois de Cristo

HIV/SIDA – Síndroma de Imunodeficiência Adquirida

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Ibidem –Idem

IBFAN – Rede Internacional de Acção sobre o Alimento Infantil

IDSM – Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique

LLL – La Leche League

LM – Leite Materno

Nº Numero

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG 's – Organizações Não Governamentais

P. Value – Valor de prova

SMI – Saúde Materno Infantil

SR – Saúde Reprodutiva

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNAIDS – Organização das nações Unidas para o Combate a Sida

UEM – Universidade Eduardo Mondlane

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action

Pág.

Quadro 1 - Alguns indicadores de aleitamento materno no mundo 32

Gráfico 1 – Proporção de crianças amamentadas por escalão etário 66

LISTA DE TABELAS **Pág.**

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica e verificação do efeito das variáveis na amamentação 53

Tabela 2 - História da gravidez e verificação do efeito das variáveis na amamentação 55

Tabela 3 – Perguntas sobre o acesso a informação/conhecimento e verificação do seu efeito sobre a amamentação 57

Tabela 4 - Perguntas sobre alimentação e verificação do efeito das variáveis sobre a amamentação 58

Tabela 5 - Motivos que eventualmente podem levar a mulher a não amamentar 60

Tabela 6 - Alimentos que ajudam a lactação 60

Tabela 7 - Conhecimentos das mulheres grávidas sobre doenças 61

Tabela 8 - Doenças e sua transmissão da mãe para o filho 62

Tabela 9 - Caracterização sócio – demográfica e verificação do efeito das variáveis na amamentação 63

Tabela 10 - História da ultima gravidez e verificação do efeito das variáveis na amamentação 67

Tabela 11 - Perguntas sobre acesso a informação/conhecimento 68

Tabela 12 - Questões sobre alimentação e verificação do efeito na amamentação 70

Tabela 13 – Motivos para não amamentar e para aleitamento artificial 71

Tabela 14 - Motivos porque dá água e onde adquiriu conhecimentos para dar água a criança 72

Tabela 15 - Alimentação complementar e verificação do efeito na amamentação 73

Tabela 16 - Alimentação da lactante 74

Tabela 17 - Conhecimentos sobre doenças 75

Tabela 18 - Doenças e sua transmissão da mãe para o filho 76

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno é uma das primeiras intervenções de saúde infantil que a mãe pode empreender para assegurar a saúde de seu filho que nasceu . É uma opção que satisfaz muitas das necessidades da criança em desenvolvimento, na maioria dos lugares compatível com o ambiente ecológico, económico e sanitário da mãe e do filho (UNICEF, 1978). Com o intuito de conhecer a realidade da Cidade de Maputo, no domínio da amamentação tentaremos responder qual a proporção do aleitamento materno, que factores o influenciam e que conhecimentos maternos estão a ele associados?, com objectivo de determinar a prevalência do aleitamento materno, identificar as expectativas e conhecimentos das mães e das mulheres grávidas relativamente a alimentação dos seus filhos.

Participantes e Métodos: Este é um estudo transversal, ancorado nos preceitos da pesquisa quantitativa em saúde. Para tal, utilizamos a teoria das representações sociais como referencial metodológico. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista pessoal, utilizando um questionário estruturado, contendo perguntas objectivas sobre aspectos práticos e teóricos do aleitamento materno. Foram estudadas mulheres 365 mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos e 465 lactantes com idades entre 15 e os 43 anos, utentes do Centro de Saúde José Macamo, entre Julho e Outubro de 2003. Os dados foram analisados utilizando-se o programa o SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 12) e são apresentados em frequências absolutas e relativas. Para comparar proporções utilizámos o teste do $\chi 2$ ou teste exacto de Fisher quando adequado.

Resultados: Mulheres grávidas: Observamos uma proporção elevada, de mulheres que desejam de vir a amamentar (77%). As variáveis sócio-demográficas não se relacionaram com o desejo de amamentar. Na história da gravidez apenas há relação entre a realização de ecográfia e o desejo. As fontes de informação para o aleitamento cuja comparação é estatisticamente significativa foram. a família e amigos,($P < 0,001$) e folhetos /brochuras, ($P < 0,001$). Para aleitamento artificial na opinião das mulheres grávidas relativamente a amamentação foram. a mãe/amigos dá resultados estatisticamente significativos, ($P<0,001$), folhetos (brochuras)/jornais /revistas ($P < 0,001$).

Mulheres lactantes: A amamentação era praticada por 92% das mulheres lactantes. O melhor leite para a criança é o leite materno. Houve relação entre a amamentação e algumas variáveis sócio-demográficas, como a origem geográfica, situação perante o trabalho $P=0,014$) e idade do filho índice, ($P=0,001$): Registamos proporções elevadas de crianças amamentadas nas diferentes idades. As fontes de informação não se relacionaram com a prática da amamentação. O motivo mais impeditivo de continuação da amamentação é outra gravidez.

As mulheres demonstraram ter alguns conhecimentos sobre doenças que possam impedir a amamentação.

Conclusões: A prevalência, bem como o desejo da amamentar, são elevados, (grávidas 77% e lactantes 92%); O melhor para acriança o leite materno (grávidas 79% e 90,2% lactantes); família e a enfermeira de Saúde Materno Infantil são as fontes de informação mais importante na formação de conhecimentos e representações sobre o aleitamento; Observamos que para as lactantes foi estabelecida relação entre a origem geográfica e a situação perante o trabalho; As vantagens do aleitamento materno para as grávidas foram: faz melhor, evita doenças e ajuda no crescimento da criança, Tendo sido referido como motivos que podem levar a mãe a deixar de amamentar, a doença (mãe/criança) e outra gravidez; A idade até a qual a maioria das grávidas pensa que se deve dar leite materno a criança é 4-6 meses.

Palavras-chave: aleitamento materno; representações sociais; conhecimentos maternos; mulheres grávidas; mulheres lactantes

ABSTRACT

Introduction: The low prevalence and short duration of breastfeeding in international studies have highlighted the need for more investigations into the problems. International studies have identified certain factors that affect breastfeeding intentions. Due to insufficient published studies on the local breastfeeding situation, this study specifically investigated factors influencing the breastfeeding.

It's first intervention in which mother can give health to his child. This choice provide many of baby development needs and it's compatible with ecological, economic and health environment of mother and child (UNICEF, 1978).

To known the breastfeeding reality in Maputo and to know factors and nurses in breastfeeding. The aim of this study is to report investigating the personal, social, cultural facilities and environmental and other factors contributing to women's decisions to breastfeed, and also to explore mothers' knowledge of breastfeeding and its influence on their breastfeeding intentions.

Methods: Descriptive, using questionnaires with 325 pregnancies that have between 15 and 44 years old and 465 women who have a baby, between 15 and 43 years old, from July to October 2003 in José Macamo Health Center. Qualitative and Quantitative data were collected through questionnaires and we have analysed it with SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 12) program, using x2 or the exact Fisher test.

Results: Pregnant: - Remarked upland proportion of women's who wish to breastfeeding (77%). Social-demographic elements are not associated with breastfeeding. In pregnancy story we only can see a connection between echography and breastfeeding will. The sources of information to breastfeeding are family/friends ($P<0,001$) and newspapers/magazine ($P<0,001$).

Suckling: Breastfeeding was made by 92% of pregnant women. Breast is better than normal milk. We found a relation between socio-demographical items and breastfeeding as geographic origin, work ($P=0,014$), son age ($P=0,001$). We registered also upland proportions of child who takes a breast in different groups. We found relations between sources of information and breastfeeding.

Conclusions: Upland proportion of breastfeed (77%, 92%). Breast it was the best for baby (pregnant 79% and lactation 90,2%); family nurse health motherly childish; agency information for the breastfeeding. Birth origin a related wife breastfeeding; the advantage of breastfeeding during better for the baby, shun sickness, aid growth. Acknowledgement of the influencing factors could lead to appropriate management of the promotion of breastfeeding. Mother research into yours mother role, recognition and support for infant feeding and the issue of 'inadequate breast milk' is necessary for a successful breastfeeding campaign. Some

Keywords: Breastfeeding; social representation mother knowlogy; pregnant and suckling.

INDÍCE

	Pág
CAPÍTULO I: A CONSTRUÇÃO DE UMA PROBLEMÁTICA TEÓRICA : PERSPECTIVAS ANALÍTICAS E CONCEITOS FUNDAMENTAIS	13
INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS	17
1.1 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS	18
1.1.1 - O conceito de representações sociais	18
1.1.2 - Conceitos de aleitamento materno	20
1.2 - ALEITAMENTO MATERNO NO TEMPO	22
1.2.1 - Historia do aleitamento materno	22
1.3 - IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO	26
1.3.1 - Importância do aleitamento materno e seus benefícios	26
1.3.2 - Prevalência do aleitamento materno	30
1.4 - DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO	34
1.4.1 - Factores que influenciam a amamentação	34
1.4.2 - O processo de desmame	38
1.5 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	41
1.5.1 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança	41
1.5.2 - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno	41
1.5.3 - Experiência Hospital Amigo da Criança	42
1.6 - ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇA	43
1.6.1 - Mulheres, HIV e transmissão materna	43
1.6.2 - Vulnerabilidade social e económica	43
1.6.3 - Transmissão materna do HIV	45
CAPÍTULO II: PARTICIPANTES E MÉTODOS	47
2.1 – METODOLOGIA	47
2.2- PARTICIPANTES	50
Mulheres grávidas	50
Lactantes	50
2.3 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	52
2.4 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	52
CAPÍTULO III: RESULTADOS - PREVALÊNCIA E CONHECIMENTOS	53

3.1- QUESTIONÁRIO AS MULHERES GRÁVIDAS 53
3.2 - QUESTIONÁRIO AS MULHERES LACTANTES 63

CAPÍTLO IV – DISCUSSÃO 77

CAPITULO V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES 98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 102

ANEXOS 116

CAPÍTULO I: A CONSTRUÇÃO DE UMA PROBLEMÁTICA TEÓRICA: PERSPECTIVAS ANALÍTICAS E CONCEITOS FUNDAMENTAIS

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma das primeiras intervenções nutricionais, maternais e de saúde, que a própria mãe pode empreender para assegurar a saúde do filho. É uma opcção que satisfaz muitas das necessidades da criança em desenvolvimento, na maioria dos lugares compatível com o ambiente ecológico, económico e sanitário da mãe e do filho (UNICEF, 1978).

No início da vida extra-uterina, o aleitamento natural diminui em muito a vulnerabilidade a condições ambientais adversas, garantido uma vida melhor à criança. Ao longo das últimas décadas, tem-se reafirmado a importância do aleitamento materno sob o ponto de vista, imunológico, psicológico, para o desenvolvimento do bebé (Kaieda, Urbanetz, Tristão, 1994a; Rea, 1998; Almeida, 1999).

Foi demonstrado o efeito protector do aleitamento materno contra a desnutrição, a obesidade, a anemia, as infecções e, possivelmente, alguns fenómenos alérgicos e auto-imunes, bem como as suas propriedades anti-infecciosas, anti-inflamatórias e imuno-moduladoras, que complementam a imunidade secretora do lactente e estimulam a maturação imunológica nas superfícies mucosas (Machado, 1995; Gouvêa, 1998). O aleitamento materno também contribui para o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central, da fala e da visão (Birch et al., 1992).

O vínculo mãe-filho, fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança, é fortalecido pela amamentação, que proporciona grande variedade de estímulos ao recém-nascido e interacções mais intensas com a sua mãe. Também é bem conhecido o efeito da lactação sobre o intervalo interpartos, tendo grande impacto nas regiões de alta mortalidade infantil. Alguns autores sugerem que o aleitamento materno com introdução mais tardia de alimentos sólidos pode ter efeitos benéficos sobre a saúde na idade adulta. Wilson et al. (1998) observaram nas que crianças que tinham sido amamentadas redução da probabilidade de infecções respiratórias e menores níveis de pressão arterial sistólica aos sete anos, (Jelliffe & Jelliffe, 1978_Gouvêa, 1998).

Os benefícios trazidos pelo aleitamento materno são amplamente conhecidos, embora a falta de conhecimentos sobre as suas implicações positivas caracterize algumas populações sobre tudo de estratos sociais baixos caracterizadas por fraco nível sócio- cultural, renda e

escolaridade (Alves,1992; Ferreira, 2002; Moreira 1995). As dificuldades da mãe estar sempre próximo ao bebé nas horas de mamar também contribuem para a fraca prevalência de amamentação devido a necessidade que as mães têm de trabalhar fora de casa, para justamente poder dar no futuro uma vida agradável aos seus filhos. Isto implica para a maior parte delas deixar o seu filho ao cuidado de terceiros, o que naturalmente resulta numa alimentação artificial (Fadul, 1983; Kitoko, 1999; Badtinter,1985). Apesar de todas as evidências actuais sobre as vantagens da amamentação, observamos que a prática do aleitamento materno tem sofrido variações de acordo com o tempo e lugar; a procura por um substituto do leite materno parece estar presente durante toda a história.

Estudos têm sugerido que a amamentação pode ter um efeito positivo sobre o desenvolvimento cerebral de longo prazo. Na Dinamarca, foram estudas 1656 crianças com idade de 8 meses para determinar se a amamentação afectava o desenvolvimento mental. Mediram-se três marcos do desenvolvimento: gatinhar, pegar em pinça e balbuciar polissílabas. A duração da amamentação foi classificada de acordo com o número de meses de amamentação exclusiva. Os resultados apontaram que 38,8% das crianças de 7 meses conseguiam balbuciar em polissílabas; 93,7% das mães tinham amamentado exclusivamente por pelo menos 1 mês e 65,7% continuaram até 4 meses. A proporção de crianças que conseguiram atingir os marcos do desenvolvimento aumentou de forma consistente com o aumento da duração da amamentação exclusiva. Por exemplo, 73,4% dos bebés amamentados exclusivamente por 6 meses ou mais balbuciavam polissílabas contra 48,5% daqueles amamentados exclusivamente por apenas 1 mês. Houve pouca ou nenhuma interferência de variáveis de confusão, tais como situação social da família, educação materna, idade gestacional ou emprego da mãe. Os autores acreditam que a associação entre amamentação e desenvolvimento cerebral tem importantes implicações para a Saúde Pública e deve ser mais explorada. (Vestergaard *et al*, 1999).

Foram encontrados achados que necessitavam de uma atenção especial. Os resultados publicados por Coutsoudis et al. (Lancet, 1999) e citados pelo estudo de revisão da UNICEF, OMS e UNAIDS publicado em Outubro de 2000, sugerem benefícios da amamentação exclusiva sobre a alimentação mista, com a amamentação exclusiva levando a um risco similar de transmissão do HIV comparado à alimentação exclusivamente com fórmula infantil. Uma análise do seguimento dos dados publicados por Coutsoudis et al. em 2001, sugere que recém nascidos exclusivamente amamentados por 3 meses ou mais, não tem riscos adicionais de infecção por HIV aos 6 meses, comparado aos que nunca foram amamentados. Assim, após estas análises, as Nações Unidas reiteraram suas políticas sobre HIV e

alimentação infantil, recomendando especificamente que: Quando a substituição da alimentação é aceitável, possível, disponível, sustentável e segura, deve ser recomendado que se evite qualquer forma de amamentação por mães HIV positivo e que na ausência de alguma das condições citadas acima, a amamentação exclusiva é recomendada durante os primeiros meses de vida.

No mundo ocidental, o declínio da prática do aleitamento materno, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, tornou-se um facto alarmante, chegando a taxas de 5% de crianças amamentadas em alguns países (Vinha, 1989). Esse declínio acentuado está associado às mudanças económico-sociais e ao avanço tecnológico, juntamente com a interferência oportunista da indústria de leite que influenciaram os padrões sociais de saúde e alimentação infantil em todo o mundo, culminado entre as décadas de 40 a 70, na construção, por esta indústria, favorecida pelas questões sociais emergentes, de elementos de valorização do leite em pó, que foram inseridos em alguns países da América latina por meio de estratégias voltadas para os formadores de opiniões: profissionais da saúde.

Em África, a realidade socioeconómica agravada pelas consequências dos vários conflitos bélicos que acabam por ser responsáveis pelas precárias condições de vida e de saúde da população geral, em particular das mulheres e crianças. As estatísticas divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), revelam que a mortalidade infantil em Moçambique diminuiu de 180 por 1000 nados_-vivos em 1960, para 126 por 1000 em 2000. Os valores apresentados são superiores aos indicados para a África Sub-Saariana nos mesmos anos (153/1000 e 108/1000, respectivamente). Moçambique é o quinto país africano com maior risco de morte em crianças com menos de 5 anos de idade (22,7% para o sexo masculino e 20,8% para o feminino). Por outro lado é um dos países com mais alta fecundidade (6,1 crianças por mulher em idade fértil), contribuindo de forma importante para a mortalidade infantil mundial.

Contrariamente às recomendações da OMS sobre aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro (se possível seis) meses de vida, verifica-se que a introdução precoce de água, simples ou açucarada, e de chá são práticas frequentes nestas populações (Nwankwo 2002, Lunet at al, 2002). Nos países mais pobres da América Latina observam-se proporções mais elevadas de aleitamento materno exclusivo, embora a tendência seja para diminuir. A proporção de aleitamento materno exclusivo na Bolívia foi 59% e 53%, em 1989 e 1994, respectivamente.

O leite em pó passou a ser apresentado como igual, senão superior ao leite materno, isto em conjunto com factores como a assistência dada nos berçários, dificultando o contacto das

mães com seus bebés e consequentemente a amamentação; e a distribuição e indicação do leite em pó nos serviços de saúde e pelos pediatras, resultou na redução progressiva do aleitamento materno. Com o passar dos anos as mulheres foram perdendo a confiança na sua capacidade de amamentar (Almeida, 1999).

As consequências do desmame precoce foram catastróficas em áreas em desenvolvimento, especialmente em relação às elevadas proporções de morbilidade e mortalidade por gastroenterite e desnutrição (Jelliffe, 1976; Giugliani, 2000).

A mudança no padrão do aleitamento materno, em todo o mundo, tem acontecido tanto na proporção de crianças que são amamentadas ao peito, como também na duração do aleitamento materno; e alguns países têm experimentado ambas situações (Lei et al., 1987; Carvalhaes et al., 1998).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata na Rússia , a OMS e UNICEF, iniciaram uma mobilização em todo o mundo, estabelecendo metas de saúde para todos até o ano 2000. Como estratégia, a conferência consagrou a metodologia da atenção primária de saúde com a finalidade de retomar a valorização do ato da amamentação natural entre outras (Almeida, 1999).

Apesar de haver um aumento da prática do aleitamento materno, ela está, ainda, muito aquém da recomendação da Organização Mundial de Saúde, que preconiza amamentação exclusiva (a criança recebe apenas o leite materno) nos primeiros 4-6 meses e parcial até pelo menos o final do primeiro ano de vida. Cabe à mãe a opção de amamentar ou não uma criança. Porém, é importante que as mães se sintam motivadas e acreditem que amamentar é a melhor opção e que saibam das desvantagens da introdução precoce de leites artificiais, de modo que a nossa questão de investigação foi qual a proporção do aleitamento materno, que factores o influenciam e que conhecimentos maternos estão a ele associados? Com o objectivo de determinar a prevalência do aleitamento materno, identificar as expectativas e conhecimentos das mães e das mulheres grávidas relativamente a alimentação dos seus filhos.

OBJECTIVOS

Na verdade, as razões que nos levaram a escolher este tema, prende-se exactamente com a exiguidade de estudos feitos no campo do aleitamento materno em Moçambique e em particular na Cidade de Maputo. Outra razão influente diz respeito ao papel importante que os conhecimentos sobre a amamentação tem para a saúde da criança. Numa outra ordem de ideias, a escolha deste assunto firmou-se num conjunto de factores internos e externos que nos motivaram de facto a escolhê-lo. Por um lado, os factores internos prendem-se exclusivamente com questões e motivações pessoais, enquanto por outro lado, os factores externos, dizem respeito à actualidade deste tema, e que tem sido reforçada nestes últimos tempos. Como última justificativa, surge-nos uma razão marcadamente de cariz teórico e que despertou em nós uma grande curiosidade.

O nosso objectivo foi determinar a prevalência do aleitamento materno, identificar as expectativas e conhecimentos das mães e das mulheres grávidas relativamente a alimentação dos seus filhos.

Colocamos a presente investigação num plano de actuação que partilha das conclusões e conhecimentos produzidos em outros estudos a partir de uma abordagem integrada das dimensões das representações sociais e dos conhecimentos maternos. (aquisição e transferência de saberes). Foram hipóteses teóricas: A prevalência do aleitamento materno pode variar em função da modificação de factores de ordem sócio-demográfica; Agentes orientam as mães para amamentarem nos primeiros meses de vida do bebé; A difusão de informação, permite que as mães adquiram conhecimentos sobre o aleitamento materno aumentando, as razões para a sua pratica e/ou prolongamento; O abandono do aleitamento materno esta associado a idade avançada das crianças e ao facto de as mães entenderem que os suplementos alimentares ajudam no rápido desenvolvimento do bebé; Existem conhecimentos generalizados da possibilidade de transmitir de mãe para o bebé de algumas doenças particularmente da HIV/SIDA.

1.1 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS

1.1.1 - O conceito de representações sociais

O conceito de representações sociais ocupa um espaço significativo no quadro teórico e metodológico de diversas áreas das Ciências Sociais. É também crucial para diversas analises como das representações e conhecimentos maternos relativos ao aleitamento materno. Além da leitura elaborada pela Psicologia Social, verifica-se que, conforme a área de conhecimento, o conceito adquire matrizes específicas. As representações sociais, são assim o princípio metodológico que procuramos seguir entendendo – as assim: "*como categorias de pensamento, de acção e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando -a*" (Minayo, 1993). Manifestam-se em condutas, conhecimentos e chegam a ser institucionalizadas, podendo e devendo ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e comportamentos sociais, através da linguagem do senso comum (*Ibidem*).

Elas permitem-nos ver, por meio de que noções e valores, os membros da nossa sociedade dão sentido as suas experiências orgânicas individuais e entender como, nesta base se elabora uma realidade social colectivamente compartilhada (Adam & Herzlich, 1994). Como afirma Claudine Herzlich, num artigo onde categoriza bem as representações sociais usadas pela Sociologia Médica em contraposição à categoria elaborada pela Psicologia Social, tendo em Moscovici seu principal representante: "*Uma representação social, para mim, permite, em princípio compreender porque alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de actores*" (Moscovici, 1991).

As respostas dos nossos actores refletem as representações sociais, considerando essas respostas como resultantes de um processo sócio - colectivo – compreendendo relações de trabalho e dominação - e de conhecimento, hábitos, práticas, costumes expressos através da linguagem - , ambos originários de uma rede de determinações com significados próprios (Minayo, *op. cit.*).

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no nosso material utilizamos a modalidade de análise temática, que qualitativamente busca a presença de determinados temas que denotam os valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso (Minayo, *op. cit.*).

Enquanto fenómeno, porém, todas as áreas reconhecem que se trata de um produto das práticas sociais, conceito por sua vez bastante flexível. Neste quadro, o conceito

durkheimiano de representações colectivas constitui-se numa referência frequente para o desenvolvimento de uma teoria das representações sociais, sendo também considerado como ponto de ruptura para o desenvolvimento dessa teoria. As abordagens a respeito oscilam entre duas visões: de um lado, as possibilidades de representação do mundo (social) são infinitas; de outro, o mundo só é mundo enquanto socialmente representado.

Um terceiro olhar, porém, faz questão de observar desviando-se do esvaziamento teórico e inviabilidade metodológica - que nem tudo é representação social. Considerando representações sociais como "as ideias, imagens, senso comum, concepções e visão de mundo que os actores sociais, no nosso caso as mulheres que frequentam a consulta da criança sadia e as que frequentam a consulta pré-natal possuem sobre a realidade" ou seja sobre a alimentação do bebé ou da amamentação e ainda o que condiciona os seus conhecimentos e atitudes.

Embora reconheça que as representações sociais podem e devem ser analisadas pelas estruturas e comportamentos sociais, (Minayo, 1992) não sugere os contornos que permitam ultrapassar críticas como as de (Magnani, 1988) - à noção de representação como uma espécie de imagem mental da realidade. Este traz ao debate uma ressalva teórico-metodológica fundamental: a representação não flui directamente dos discursos dos actores sociais, mas é um processo de reconstituição por parte do cientista social. A Psicologia Social contribui para o conceito, situando-o como um campo interdisciplinar. Procurando consolidar uma epistemologia de senso comum, a Psicologia Social delimita o que considera representação social, como conjunto de fenómenos e o conceito que os engloba. Contribui para a problematização do conceito ao ressaltar que nem todo objecto social é socialmente representado e que nem todo falar social veicula representações. Privilegiando a natureza comportamental das práticas sociais, a Psicologia Social persegue uma teoria das representações sociais na qual as diferenças e conflitos de classe são evidenciados.

Becker (1993) sinaliza possibilidades metodológicas extremamente convidativas ao sugerir o enfoque nas acções que levam à produção e consumo das representações sociais. De certa forma, reencontramos nesta perspectiva as observações de Magnani a partir de Malinowski.

Na História da Cultura as representações sociais ganham uma dimensão não contemplada nas de mais Ciências Sociais: o tempo, a luta de representações, as classificações e exclusões. Chartier (1990) visualiza a importância de análise dos conflitos entre as diversas representações sociais nos jogos do poder e dominação. Deparamo-nos nesta perspectiva com o conceito de "representantes" para designar os actores sociais, visíveis no palco de lutas das

representações. Estas mesmas lutas carregam inerentemente classificações e exclusões que norteiam as construções sociais de um tempo e um espaço.

Entendendo-se representações sociais como as concepções, imagens e visões de mundo que os actores sociais produzem e consomem no âmbito de práticas sociais diversas em um tempo e espaços determinados, mostra-se extremamente convidativa a sua abordagem no campo da Saúde Publica. Neste caso, uma vez mais defronta-se as Ciências da saúde especialmente a saúde publica com seus próprios apelos à interdisciplinaridade. Observa-se, portanto, que face ao conceito de representações sociais, o cientista social se vê mobilizado pela sua flexibilidade como instrumento de análise de uma dada realidade social, sendo porém desafiado a imprimir nitidez ao seu quadro teórico e postura metodológica. E o faz para, afinal, dar-se conta que o mundo como representação é possível, embora não necessariamente seja azul.

1.1.2 - Conceitos de aleitamento materno

A opção teórico conceptual relativo a nossa questão central que é a amamentação é feita a partir dos conceitos definidos pela OMS e pelo UNICEF que constam na ***"Declaração de Inncocenti"*** *Que foi produzida e adoptada por representantes de organizações governamentais, ONGs, defensores da amamentação de países de todo o mundo, no encontro "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative" organizado pela OMS/UNICEF com apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority, em Florença Itália, nos dias 30 de Julho a 1 de Agosto de 1990. A Declaração reflecte o conteúdo dos documentos produzidos para o encontro e pontos de vistas apresentados pelos conferencistas de todo o mundo.*

Em 1991, a OMS, estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno, que têm sido utilizados no mundo inteiro:

***Aleitamento materno exclusivo*:** a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com excepção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;

***Aleitamento materno predominante*:** a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sumos de frutas, solução de sais de hidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas).

***Aleitamento materno*:** a criança recebe leite humano (directo da seio ou ordenhado);

***Aleitamento materno complementado*:** a criança recebe leite materno, sendo também fornecidos outros suplementos alimentares líquidos ou sólidos.

1.2 - ALEITAMENTO MATERNO NO TEMPO

1.2.1 - Historia do aleitamento materno

"A prática da amamentação depende de concepções e valores assinaladas no processo de socialização, além do equilíbrio biológico e hormonal. Se o aleitamento materno fosse um acto natural, permaneceria imutável nos sujeitos. Se ele se modifica, não se pode traduzir tal mudança como um erro ou imperfeição da natureza. (...) Assim, a maneira como a sociedade pensa a família, a criança, os papéis culturais materno e paterno, o cuidado com os filhos, a doença e as concepções de maternidade traz uma relação estreita e indissociável com os saberes e práticas há cerca da amamentação ao seio".(Carvalho, 1990)

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 influencias do ambiente numa permanente tentativa de adaptação. (Rocha, 1902; *Citado por* Alves *at al* 1992).

Percorrendo 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 *(op cit.)*.

O aleitamento materno é o complemento lógico da gestação do parto. É o que se observa em todas as espécies de mamíferos, excepto no Homem, em que os costumes se alteram.

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

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 (Fildes, 1986 *citado por* Alves, *at al* 1992).

O povo hebreu considerava a amamentação materna um dever de tal modo sagrado, que não incluía no seu vocabulário uma palavra que pudesse equiparar à expressão "ama

mercenária" tão frequentemente usada pelos povos "pagão" dessa época. São comuns, no antigo Egipto, as representações da deusa Ísis amamentando o seu filho Hórus.

"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" *(op cit.)*.

Escritos fervorosos a favor das mães de todas as classes que amamentavam os seus filhos foram feitos por Plínio, Plutarco, Tacitus, Aulus e Gellius, filósofos romanos do séc. II D.C. tal modo de pensar talvez o reflexo dos severos ensinamentos de Roma *(ibidem.)*. Sendo o leite materno, na época era considerado o alimento 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. *(ibidem)*.

Nos primeiros tempos da Republica 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 percursor da decadência das nações, com o deslumbramento dos seus prazeres, as damas romanas sacrificaram-lhes todo os momentos e esqueceram a família por toda a qualidade de infrenes gozos.

Do ponto de vista religioso e médico a mãe era considerada a melhor ama para o seu filho embora aceitassem usos das amas de leite em algumas circunstâncias.

Nos sécs. 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, entre 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 (Fildes, 1986 *citado por* Alves, *at al* 1992).

A prática de contratar outras mulheres 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 visto como uma mães excepcional. Embora se verificasse algumas diferenças de atitude entre famílias e regiões, foi prática corrente, durante muitos séculos, as mulheres importantes não amamentarem os seus filhos.

Por que afinal 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 nobre, menos sobrecarregada de trabalho e muito melhor alimentada; não teria problemas. (Palmar, 1988).

As razões pelas quais as mulheres não amamentavam eram variadas: a possibilidade que uma mulher nobre tinha de poder pagar ou coagir outra mulher para realizar essa função; o acto de preservar a sua saúde, figura e beleza, pois acreditavam que amamentar as tornaria mais velhas antes do tempo, o que envolvia restrições no vestuário, uma vez que as mães que amamentavam não podiam vestir-se a moda e estavam convictas que a roupa que vestissem rapidamente ficaria suja, embora houvesse na época roupas largas; a falta de leite e o facto de não terem mamilos invertidos; as mulheres nobres alegavam que o seu único papel era conceber herdeiros e era sabido que a AM a podia impedir de ter filhos com maior frequência; crença de que a mulher que amamentava devia se abster de ter relações sexuais era motivo para deixarem de amamentar; os casos de doença da mãe com problemas graves nos mamilos.

Tendo dificuldades de amamentar as mães tinham como meio mais próprio para a alimentação do recém-nascido a utilização da ama de leite. As amas de leite já eram bem conhecidas em civilizações antigas, embora seja possível que fossem menos usadas entre os hebreus do que no antigo Egipto ou Mesopotâmia, por exemplo. Elas 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. Lugares como a Roma, as famílias ricas escolhiam as amas entre as 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. No antigo Egipto, também a prática do uso das mas estava espalhada. No tempo dos faraós, eram desconhecidos contratos legais para contratação de amas, mas estes eram comuns no Império Ptolemaico (formado por Egipto romano, 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 altas taxas de filhos ilegítimos, em Espanha, Portugal, Itália e França, levaram à criação de numerosos bastantes lares para crianças abandonadas, surgindo a instituição da "roda" onde se colocava os bebés, garantindo assim o anonimato dos pais ou parentes. Na altura a sociedade condenava o facto de uma mulher solteira querer criar o filho sozinha, mas

autorizava – a utilizar um dos resultados da sua gravidez – o leite – o que lhe permitia não só ganhar a vida como também talvez protege-la de nova gravidez.

Mesmo não havendo 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. A escolha da ama devia ser apenas confiada ao médico, pois só ele era competente para tal. De acordo com fontes históricas, para uma boa ama, uma mulher devia reunir o máximo de qualidades relacionadas com o comportamento (ser alegre, jovial inteligente, sensível, e ajuizada, ser sóbria na comida e abster-se de todas bebidas alcoólicas, ter uma casa limpa, honesta boa reputação, caracter moral, e como é obvio ser camponesa e casada, ter pelo menos um filho); saúde (ser robusta, e activa, e estar livre, bem como o seu marido e família mais chegada, de qualquer infecção venérea e doenças "hereditárias" como a gota, lepra, tísica, cálculos renais, doenças cardíacas, mamilos cuidados) Idade (nem muito nova nem muito velha); constituição física; estado da pele e cor do cabelo (pele rosada, e brilhante, pois nestes casos, a quantidade e qualidade de leite eram melhores e também porque eram amas mais saudáveis; estatura; peso; aparência geral e rosto, ter muito leite com qualidades especificas e consistência, cor, sabor e cheiro (sabor adocicado agradável e bom cheiro, consistência média, leite de cor branca).

1.3 - IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO

1.3.1 - Importância do aleitamento materno e seus benefícios

Tanto o aleitamento materno quanto a estimulação adequada do bebé constituem factores fundamentais para o desenvolvimento nutricional, motor, cognitivo e psicossocial, principalmente nos primeiros meses de vida. O declínio acentuado do aleitamento materno, ocorrido sobretudo no mundo ocidental depois da Primeira Guerra Mundial, constitui um problema sério, por suas graves consequências para a saúde. Este declínio na amamentação evidencia-se tanto pelo número cada vez menor de mães dispostas a amamentar, quanto pelo início cada vez mais precoce do desmame. No Brasil, os índices de amamentação eram considerados bons até a década de 60, constatando-se um sensível declínio na prática e na duração do aleitamento materno na década seguinte, seguindo a tendência internacional (Tudisco *et al.;* 1984, Vinha & Scochi, 1989).

Um estudo realizado no sul do Brasil revelou que em 1940; 98% dos bebés se alimentavam quase que exclusivamente ao peito, enquanto que em 1974 este valor atingia apenas 76%. Além disto, a porcentagem de mães que amamentavam seus filhos aos seis meses diminuiu de 60% para 12% (Rodríguez - Garcia & Schaefer, 1991).

A lactância natural constitui a melhor opção até aos seis meses, pela superioridade nutricional, imunológica e na ausência de agressão físico-química (Hardy *et al.,* 1982, 1987; Juez, 1989; Vinha, 1988). Por este motivo, o desmame precoce, especialmente quando associado a condição de miséria e insalubridade, aumenta a morbilidade e mortalidade. Verificou-se que quanto menor o tempo de amamentação maior a incidência de hospitalizações, de desnutrição e da mortalidade infantil (Miura, 1978; Victora *et al.,* 1989). Estes factores, especificamente nas classes sócio-económicas mais baixas, são decorrentes de alimentação inadequada e baixo nível em saneamento ambiental, e ressaltam a importância da promoção do aleitamento materno população de risco (Gulla & Benech, 1984; Martins Filho, 1985).

Os principais factores de desmame precoce podem ser classificados em dificuldades circunstanciais (mamilos achatados, fissuras, etc.) e em dificuldades culturais. Entre estas podemos citar a transformação ocorrida na estrutura familiar, sobretudo nas sociedades urbanas; os diversos papéis desempenhados pela mulher na sociedade moderna; a apresentação das mamas como símbolo sexual, contribuindo, juntamente com outros hábitos sociais, para que as mulheres não gostem de amamentar em público; a propaganda de

produtos para alimentação de bebés e a perda da tradicional transmissão de mãe para filha da experiência de amamentar (Issler, 1987). Podem ser acrescentados práticas dos serviços de maternidade, como a demora em levar o bebé ao seio após o nascimento, a sedação do recém-nascido em função do excesso de anestesia materna e a administração de chás, água glicosada ou alimento complementar (Moura & Santoro, 1980).

Diante destas dificuldades, é necessário propor estratégias centradas no aspecto educativo, abrangendo tanto a difusão de informações a respeito da importância e das vantagens do aleitamento materno, como também a instrução das mães a respeito da forma correcta de amamentar, das técnicas específicas para superar as dificuldades circunstanciais que podem ocorrer principalmente no início da amamentação e das técnicas especiais para compatibilizar a amamentação com os outros papéis desempenhados pela mulher dentro da sociedade.

Têm sido desenvolvidos nos últimos anos, muitos programas bem sucedidos de incentivo ao aleitamento materno no sentido de esclarecer a sua importância e ensinar como fazê-lo (Granzoto *et al.*, 1992; Hardy *et al.*, 1982, 1987; Siqueira *et al.*, 1994; Vinha, 1988). O sucesso destes programas mostra que a população alvo respondeu favoravelmente a uma intervenção educacional. A mãe é o principal agente de estimulação do bebé, já que é ela que tem contactos mais frequentes com ele. O acto de amamentar propicia contacto directo entre a mãe e o bebé, constituindo-se numa oportunidade de interacção que favorece o estabelecimento de vínculos afectivos, os quais são indispensáveis para o desenvolvimento afectivo emocional e social ao longo de toda a infância (Bowlby, 1976; Rodriguez-Garcia & Schaefer, 1991). Mais ainda, o acto de amamentar constitui uma boa oportunidade para aplicar técnicas de estimulação que venham a favorecer o desenvolvimento integral do bebé. Durante a amamentação, a mãe pode, entre outras coisas, olhar, acariciar e conversar com o bebé, em repetidas oportunidades todos os dias. No entanto, cabe ressaltar que nem sempre a mãe está preparada para realizar estas actividades ou sabe de sua importância para o desenvolvimento de seu bebé.

Os padrões alimentares dos bebés são diferentes dos adultos. Para o tamanho requerem mais calorias e precisam de alimentos de tipos, texturas e porções diferentes para a manutenção da boa saúde, crescimento e desenvolvimento adequados.

Durante o primeiro ano, a taxa de crescimento é mais rápida do que em qualquer outra etapa da vida. Entretanto, os sistemas orgânicos não estão totalmente desenvolvidos e, como resultado, a capacidade para digestão, aproveitamento e excreção de nutrientes também não é plena. A nutrição nesse estágio precisa ir de encontro às necessidades protéicas, energia,

minerais, vitaminas e outros nutrientes específicos, de acordo com a imaturidade fisiológica dos órgãos.

A melhor forma de alimentação é o aleitamento materno exclusivo para os primeiros 4 a 6 meses de vida, seguido da introdução de alimentos sólidos e líquidos apropriados para a idade, com a continuação do aleitamento.

Muitos dos benefícios já conhecidos da amamentação materna são substancialmente maiores quando essa forma de alimentação é exclusiva pelo menos até o 4º mês.

A amamentação proporciona alimentos adequados para a manutenção da saúde, crescimento e desenvolvimento dos bebés, enquanto que ao mesmo tempo beneficia a mãe lactante. O leite humano é considerado o alimento ideal para o primeiro ano de vida, incluindo casos de bebés prematuros ou doentes, excepto em poucos casos de contaminações específicas e doenças maternas, a serem discutidos posteriormente.

Benefícios Psicológicos: Estabelecendo uma ligação mais íntima entre a mãe e o bebé, a amamentação satisfaz de modo mais amplo às necessidades emocionais de ambos e oferece ao bebé a maior garantia de um equilíbrio interno em uma época de importância decisiva para a formação da personalidade, como é o primeiro ano de vida. O aleitamento confere segurança emocional e estreita o vínculo e a afectividade entre mãe e filho. A composição única do leite materno, principalmente no que diz respeito às gorduras, desempenha importante função no desenvolvimento neuro - psicológico. Além disso, alguns estudos mostraram melhores resultados em testes de inteligência em crianças amamentadas ao seio. E o aumento no desenvolvimento cognitivo foi proporcional à duração do aleitamento durante a infância.

Benefícios Nutricionais: O leite humano proporciona nutrição óptima aos bebés por sua composição adequada e o balanço apropriado de nutrientes de fácil digestão e aproveitamento. O conteúdo relativamente baixo de proteínas é adequado e tem fácil digestão, o que não sobrecarrega o sistema renal, ainda imaturo. As gorduras são de absorção fácil, graças à sua composição. O leite humano é uma óptima fonte de colesterol; isto parece ser benéfico para o prematuro que precisa de fonte externa de colesterol, bem como para todos os demais lactentes para o desenvolvimento normal dos mecanismos de controlo do colesterol, que serão necessários na idade adulta. O elevado conteúdo de ácidos graxos poliinsaturados assegura o bom desenvolvimento do sistema nervosos central. Dos carboidratos do leite materno a lactose representa aproximadamente 90%. O restante é formado por glicoproteínas, que desempenham importante papel na produção de ácidos que inibem o crescimento de bactérias intestinais nocivas. Por ter quantidade relativamente baixa de sódio, é possível

atingir os requerimentos de líquidos da criança com aleitamento exclusivo. Os minerais são balanceados de forma a melhorar a absorção, e proporcionam boa provisão de ferro, zinco e cálcio de acordo com as necessidades infantis, com mínima demanda das reservas maternas. Todas as vitaminas estão presentes no leite materno, mas a quantidade de vitamina D é baixa. O valor calórico do leite materno é de cerca de 68 calorias por 100 ml. Como o leite passa directo do seio para a boca do bebé, sem qualquer intermediário, ele é fornecido em temperatura apropriada e isento de germes patogénicos.

Benefícios Imunológicos: O leite humano é único na protecção imunológica que fornece, o bebé, através de uma série de mecanismos, nas primeiras semanas de vida, quando o sistema imunológico é imaturo e a criança está mais susceptível a infecções. Componentes celulares do sistema imunológico, como linfócitos, macrófagos e monócitos estão presentes em maiores quantidades no colostro e ainda persistem em menores quantidades, mas em forma activa, por vários meses. As imunoglobulinas desempenham um papel muito importante na protecção do trato gastrointestinal. A flora intestinal formada em resposta à composição química do leite materno garante a acidez intestinal, que dificulta o desenvolvimento de microorganismos prejudiciais. As hormonas promovem a maturação do trato intestinal. Esses inúmeros outros factores no leite humano promovem protecção activa e passiva para os bebés, principalmente recém-nascidos, contra bactérias e vírus patogénicos.

Redução das doenças Infantis e da Mortalidade: O aleitamento materno está associado com reduções significativas na incidência e duração de doenças gastrointestinais, de pneumonias, bacteremias, otites média ou meningite. A amamentação também está associada com uma frequência reduzida de certas doenças crónicas em outras fases da vida, incluindo diabetes não insulinodependente, linfoma e doença de Crohn. Alergias alimentares parecem ser menos frequentes em crianças amamentadas exclusivamente, e o aleitamento materno parece dificultar o aparecimento de dermatites, particularmente em famílias com história de alergia. Vários estudos referem ainda uma significativa redução da mortalidade infantil em crianças que recebem o leite materno.

Benefícios Maternos: Os benefícios para a mãe incluem: amenorréia, perda de peso ou gordura corporal, mais rápida involução do útero, protecção contra o câncro da mama na menopausa, e melhores glicomas sanguínea em mulheres com diabetes gestacional, além dos benefícios psicológicos já mencionados. A amamentação exclusiva reduz o risco de gravidez e a amamoreia conserva as reservas maternas de ferro. A amamentação, devidamente orientada e com apoio da comunidade, é um prazer especial para as mães e para seus bebés. A mulher que amamenta já na maternidade corre menos risco de ter hemorragias no pós-parto,

uma das principais causas de mortalidade materna em África. O aleitamento materno exclusivo ajuda no espaçamento entre uma gestação e outra, dando à mulher mais tempo para recuperar-se do parto, e assim poder cuidar do seu bebé e contribuir com a segurança alimentar da sua comunidade.

Benefícios Económicos: Além de não requerer utensílios de apoio como mamadeiras e copos, e de não apresentar custo de aquisição do leite, a amamentação também apresenta economias importantes por minimizar o risco a doenças, reduzindo o número de consultas médicas, aquisição de remédios e internações hospitalares. A amamentação custa muito pouco para as famílias e para as mães. A alimentação artificial, por outro lado, pode consumir de 20% a 90% do rendimento familiar, incluindo-se aí os custos de cuidar de crianças doentes.

Benefícios para o meio ambiente

Vivemos num mundo cada vez mais poluído, e o aleitamento materno evita desperdício de recursos e agressões ao meio ambiente. Cada mãe que amamenta reduz o problema da contaminação e do excesso de lixo. Enquanto está amamentando, a mulher não necessita utilizar recursos da terra, nem da água, nem metais, nem plásticos, nem combustíveis. O aleitamento materno ajuda a proteger a natureza.

Considere os seguintes factores: Se cada bebé dos EUA fosse amamentado, a Mãe Terra não teria que fornecer, anualmente, cerca de 86 mil toneladas de metal, com as quais de produzem 550 milhões de latas, além de 1230 toneladas de papel que se utilizam nas etiquetas destas latas. Alimentação artificial requer que se utilize plástico, um material extremamente poluente, além de vidro e silicone. Em 1987, foram vendidas 4,5 milhões de mamadeiras somente no Paquistão. O número por bebé, nos países industrializados, é ainda maior. Isso representa um enorme desperdício de recursos naturais, além de agravar os problemas de contaminação e eliminação do lixo.

1.3.2 - Prevalência do aleitamento materno

Durante os anos 90, foram observados avanços modestos, nos índices de amamentação exclusiva nos primeiros quatro meses de vida. A Unicef demonstrou ter havido um aumento de 48 para 52% nos países em desenvolvimento

A introdução de alimentação complementar entre 6 e 9 meses também aumentou de 43% para 49% entre 1990 e 2000. A proporção de crianças ainda amamentadas entre um e dois anos de idade aumentou apenas ligeiramente.

No geral, os maiores avanços ocorreram na América Latina e no Caribe, onde os quatro indicadores mostraram aumentos substanciais. Na região continua tendo os mais baixos índices de amamentação.

Os índices de amamentação exclusiva indicam os níveis os mais elevados no leste asiático e no Pacífico (57%) e o mais baixo na região de CEE/CIS (17%).

Apesar das melhorias totais nos índices de amamentação durante os anos 90, menos da metade das crianças estão a ser amamentadas exclusivamente até os quatro meses, longe dos níveis recomendados.

Quadro 1 - Alguns indicadores de aleitamento materno

Continente (Região)	Países	Ano	Aleitamento materno exclusivo (≤4 meses)	Aleitamento materno complementado (6-9 meses)	Aleitamento materno continuado (12-15 meses)	Aleitamento materno continuado (20-23 meses)
Africa Sub-Saariana	Angola	1996	12,0	69,6		48,6
	Malawi	1995	10,9	77,6	94,1	67,5
	Tanzânia	1999	41,4	64,1	88,2	48,0
	Zimbabwe	1999	38,9	89,5	94,3	35,2
	Botswana	2000	29,0	57	53,4	10,7
	Moçambique	**1997**	**37,6**	**86,6**	**93,9**	**57,6**
	Cabo Verde	1998	57,3	64,4	60,1	13,3
	Guiné Bissau	2000	41,5	35,6	90,5	67,0
	Africa do Sul	1998	10,4	45,5	---	---
	S. Tomé e Principe	1998	55,6	---	23,8	---
America Latina e Caraibas	Brasil	1996			32,8	
	Bolivia	1998	60,9	30,0	76,8	16,9
	Chile	2000	73,2	79,7	49,0	31,5
	Colombia	2000	33,5	58,2	49,4	25,3
	Ecuador	1994	28,8	51,6	62,8	33,6
Médio Oriente e norte de Africa	Turquia	1998	9,4	33,8	50,5	20,7
	Marrocos	1995	30,5	33,0	56,9	19,6
	Egipto	2000	67,9	71,3	79,9	30,1
	Irão	1997	65,8	96,0	86,0	41,0
	Iraque	1996	-	-	64,2	24,9
	Jordânia	1997	15,0	68,2	42,1	12,3

Ásia	Bangladesh	1999-2000	52,8	64,0	---	---
	Indonesia	1997	51,9	80,8	85,8	65,4
	Pakistan	1995	16,0	31,0	88,0	56,0
	Viet Nam	2000	31,2	51,5	87,8	20,8
	Philippines	1998	47,3	57,4	47,5	23,2
Países desenvolvidos*		2004	38,7	55,7	85,8	68,3

UNICEF Global Database, 2001 (Disponivel em www.childinfo.org)

1.4 - DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO

1.4.1 - Factores que influenciam a amamentação

A decisão da mulher de amamentar está interligada a sua história de vida e ao significado que atribui ao acto. Dessa forma, essa opção pessoal pode ser influenciada pelo aspecto ***emocional*** - De um a forma geral vários estudos provam que quanto mais jovem for a mãe, maior será a insegurança e a falta de confiança nas sua próprias capacidades. Contrariamente, uma mulher mais adulta consegue ultrapassar a ansiedade, independentemente de se tratar de ser pela primeira vez que amamenta.

O fenómeno ***social e cultural*** - a cultura influência o comportamento humano. Ela é considerada uma realidade complexa e variável que inclui conhecimentos, crenças, costumes, e qualquer outra capacidade, manifestação ou hábito adquirido pelo homem enquanto membro de uma sociedade. O acto de amamentar e a decisão de o fazer será influenciado pela cultura e pela sociedade onde a mulher vive. Segundo Silva (1997) o factor ***económico*** também interfere na decisão de amamentar pois é uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios para o binómio mãe/filho e é determinada pelas interacções que ocorrem durante esta experiência vivida pela mulher.

A ***experiência*** de já ter amamentado outros filhos ajuda nessa decisão pelo aleitamento, principalmente tendo sido uma vivência positiva (Bloon *et al*, 1982 e Grossman *et al*, 1990. O facto de ter parentes ou amigas que estão ou já amamentaram também colabora (Bloon *et al,* 1982; Althoff, 1985; Machado, 1995;), bem como ter sido amamentada por sua mãe (Machado, 1995; e Seryers et al, 1995,). Revendo a literatura, vários estudos associam o alto nível sócio - económico e educacional das mulheres à escolha e maior duração do aleitamento materno. Outro sim, a amamentação é mais comum nas zonas rurais do que nas urbanas uma vez que as primeiras ainda são muito tradicionais. Mas a transição entre o modo de vida tradicional e o "ocidental" tem sido frequentemente acompanhada de um aumento da incidência do desmame precoce. Este facto é típico nas populações que vivem em centros urbanos ou que tem fácil acesso aos meios de comunicação social e outras fontes de informação (Grossman *at al,* 1990,; Seryers et al, 1995, e Jacobson *et al*, 1991).

O ***conhecimento*** sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno (Machado, 1995; Pabst et al; 1997; Giugliani, 1994); o melhor desenvolvimento físico, mental e emocional dos bebés amamentados (Tanboury *et al*, 1994 e Ricco, 1996), além das

vantagens de protecção à saúde da mãe são factores influentes nessa decisão pelo aleitamento (Giugliani, 1994; Ricco, 1996) .

Além disso, a criança que é amamentada tem menor risco de ter alergias, infecções gastrintestinais, infecções urinárias, infecções respiratórias, incluindo meningites, pneumonias, bacteremias, otites e reduz a frequência de algumas doenças crónicas (Cunninghan et al, 1991 e Mondal et al, 1996). Várias pesquisas sustentam que o apoio e ***suporte familiar***, principalmente do marido e da mãe, são factores importantes na escolha da alimentação da criança (Grossman et al, 1990). A presença e ajuda do marido em casa colaboram positivamente para a prática do aleitamento. Além disso, a aprovação e as atitudes do esposo em relação ao aleitamento materno são consideradas pelas mulheres na decisão de amamentar ou não (Caetano, 1992).

A literatura é ampla em relação a diversos aspectos da amamentação. Muito já foi retractado sobre os benefícios do leite materno, a percepção da nutris sobre o ato de amamentar, os motivos e os factores que corroboram para essa decisão, porém os sujeitos que apoiam e estimulam essa decisão ainda foram pouco explorados e questionados.

A amamentação é vista como parte dos papéis sociais das mulheres e é um aspecto muito afectado pelas condições do seu trabalho fora de casa (Visness, 1997). Alguns países, actualmente, dão ***apoio institucional*** na medida em que as trabalhadoras têm direito a licença de maternidade. Quando voltam ao trabalho, há leis que prevêem intervalos, para que elas amamentem o seu filho até que ele complete seis meses de idade. No entanto, a maioria das mulheres trabalhadoras não consegue manter o aleitamento materno depois de voltar a trabalhar, principalmente pela ***distância*** entre o local de trabalho e a casa. Apesar dessas facilidades, para estimular o aleitamento exclusivo entre as mulheres que trabalham, uma proporção relativamente grande de trabalhadoras começa a introduzir outros alimentos na dieta das crianças muito cedo, inclusive antes de voltar ao trabalho. Isto parece indicar que existem outros factores que podem estar a influenciar a decisão das mulheres manterem ou não o aleitamento exclusivo, diferentes da necessidade de voltarem a trabalhar e não terem onde deixar o bebé na empresa ou próximo dela. Factores relacionados à decisão de amamentar.

Observa-se que as mulheres de uma forma geral tomam a decisão de amamentar durante a gestação por considerarem que isso é muito importante para o desenvolvimento do bebé. Para este factor concorrem também outros aspectos: ***informação, educação***, pois são essenciais para a mudança ou adopção de comportamentos. Vários estudos provam que a razão principal que leva a mãe amamentar é o valor nutricional do leite materno, ou seja,

embora as mulheres estejam, na maior parte das vezes pouco informadas, todas elas sabem que o leite materno é bom para o bebé, referindo ser o factor que mais contribui para a decisão de amamentar (....). A educação adquire uma importância crucial para todo este processo, mas deve ser dirigida não só a gravidas, mas também a adolescentes, a mulheres em idade fértil, á população geral e, até mesmo, a profissionais de saúde. Para que as mulheres decidam amamentar é fundamental a sua ***determinação pessoal*** e que esta baseia-se num conhecimento adquirido, de diversas fontes, acerca do valor do leite materno para o desenvolvimento do bebé. Entretanto, o relevante é amamentar pelo maior tempo possível, mas não necessariamente de forma exclusiva.

Uma das razões para não opção pela amamentação tem a ver com os fracos ou nenhum conhecimento das mulheres sobre as vantagens da mesma, falta de confiança na sua habilidade de amamentar e, pela falta de suporte na amamentação. De facto a falta de informação é em muitos casos o factor responsável pela opção pelo aleitamento artificial. As ***campanhas de educação*** para a saúde e promoção da amamentação aumentam significativamente os conhecimentos e mudam comportamentos que influenciam as mulheres a optarem pelo aleitamento materno.

Factores relacionados à duração do aleitamento exclusivo Opiniões de terceiros. O circulo ***familiar e de amigos*** compartilha com elas as suas opiniões de que é importante amamentar e, frequentemente, dão sugestões em relação ao aleitamento. O marido/companheiro, pai da criança, é muitas vezes descrito como quem o dando total apoio à amamentação, estimula as mulheres a prosseguirem. As mulheres apontam as vezes que, apesar do marido/companheiro ter uma atitude positiva, de estímulo ao aleitamento materno, as mulheres sentem-se abandonadas por eles, especialmente nas madrugadas em que ficam sozinhas amamentando.

No contexto da ***gravidez***, percebemos que um dos assuntos importantes a serem discutidos é o aleitamento materno, que traz vantagens à mãe, à criança e à família. É um tema que está presente no nosso dia - a - dia de académicos e profissionais da saúde. Pensamos que ao estimularmos as gestantes para que amamentem seus filhos é preciso ter cautela para não impormos às mulheres a ideia de que somente através da amamentação garantem o sustento/saúde do bebé e mostram que ele é amado.

Ao falar em aleitamento materno, raramente lembramos que um dia esses bebés irão crescer, e suas mães precisarão desmamá-los. Acreditamos que o desmame ocorre de diferentes maneiras, dependendo de cada mulher, do meio onde ela vive, enfim do seu grupo cultural e social.

Amamentar ou não um filho constitui-se em uma tarefa que ultrapassa as barreiras do querer. A decisão materna de amamentar é um fato que poderá influenciar directamente na concretização desse acto, porém a amamentação é um advento também social, que muda conforme a época em que vivemos. "[...] quando a mãe escolhe a maneira em que vai alimentar o seu bebé, expressa, nessa decisão, influências da sociedade, do seu estilo de vida, da sua história pessoal e de sua personalidade"(Maldonado, 1981).

(Cabral & Tyrrel 1995) afirmam que o estilo adoptado pela mãe para atender as necessidades dos seus filhos, aqui destacando a alimentação, é resultado de um processo de acumulação de informações/conhecimentos que são transmitidos de geração a geração por meio da herança cultural específica de cada grupo. Desta forma, as questões culturais também terão influência nas atitudes adoptadas pelas mulheres para conduzirem a alimentação dos seus filhos.

No processo de alimentação da criança tem destaque o aleitamento materno. Assim, pensamos ser importante considerar na assistência prestada ao binómio mãe e filho a ideia de que a separação que ocorre entre eles durante o nascimento configura-se como um choque físico e emocional para ambos e a, amamentação quando concretizada, permitirá que a separação aconteça lentamente e seja reelaborada gradualmente (Pryor, 1981).

O que une a dupla de amamentação é o afecto mútuo, sendo essa uma relação intensa em que mãe e filho precisam um do outro, tanto físico quanto emocionalmente e essa união, depois de estabelecida, torna-se difícil de desfazê – la. A criança tem necessidade de contacto com a mãe, de amor e de tranquilidade, obtida através de todos os seus sentidos enquanto mama" (Pryor, 1981).

As atitudes maternas em relação à alimentação da criança reflectirão em diferentes sentimentos e expectativas da mulher em relação a si própria, enquanto mãe, e ao filho. Assim, se a situação de aleitamento materno for concretizada, poderão surgir fantasias, medos e emoções em relação à qualidade do seu leite e da sua competência em cuidar de um recém-nascido (Maldonado, 1981).

Como podemos perceber, a questão do aleitamento materno envolve de forma relevante os aspectos emocionais da mulher, como também é um processo de aprendizagem e adaptação entre mãe e filho. Gradativamente, o binómio irá descobrindo-se e construindo um modo particular de comunicação, em que um entenderá o outro através de gestos e olhares. Ser mãe é um processo a ser desenvolvido e depende dos sentimentos que a mulher possui sobre esse novo papel social.

1.4.2 - O processo de desmame

Em relação ao processo de desmame, Marcon (1996) refere que este: "encontra-se relacionado à experiência vivida pelas mulheres durante o período de amamentação. É durante este tempo que as mulheres conseguem perceber a existência de diferentes, sucessivas e significativas mudanças e alterações tanto em relação aos seus sentimentos, quanto nas mais diferentes áreas de sua vida demonstrando também que, de certo modo, a forma como vivenciam esta experiência, é fortemente influenciada pela forma como experimentam e percebem vivências anteriores à experiência da amamentação, ou seja, o período da gravidez, ou pela história pessoal e familiar de amamentação e por seus conhecimentos anteriores."

Mãe e filho é que precisariam decidir sobre o tempo que deve durar a amamentação, sendo que, o momento de interrompê-la definitivamente "é quando algum dos parceiros está definitivamente pronto para abandoná-la"(Pryor, 1981). A autora afirma ainda que o desmame é parte do processo de crescimento da criança e do amadurecimento da mãe.

A amamentação tem um papel vital na separação da mãe e filho. "O mamar do bebé pode ser visto como um segundo cordão umbilical que deve, se possível, ser cortado progressivamente, sem traumas ou sentimentos de culpa para ambos. O essencial é a postura com que se faz este corte e não o tempo que se leva" (Oliveira, 1997). Rapapport et al, 1981) realizam algumas considerações sobre o significado psicológico do processo de desmame: "[...] o momento de interrupção da amamentação concretizará diferentes posturas no relacionamento (da criança) com o mundo. Posturas estas que, embora iniciadas nestes momentos, tenderão a se expandir para todo o desenvolvimento futuro, ou seja, todas as modalidades de relações futuras poderão estar permeadas por este processo". Pryor (1981) relata práticas utilizadas por mulheres no processo de desmame para desencorajar o filho a desejar mamadas futuras. Na zona rural do México, por exemplo, as mães põem na mama pimenta do "chili", uma substância amarga que quando experimentada pela criança a mesma rejeita a mama. Já em certas regiões do Pacífico, as mamas são pintadas com tintas inofensivas, então os filhos estranham a aparência modificada e negam o seio. Outra técnica que é usada na Europa diz respeito ao facto das mães afastarem-se dos bebés por quatro ou cinco dias, deixando-os com o pai ou parentes. A ideia é que a criança, com a mãe ausente se acostume a ficar sem a amamentação.

Os profissionais da saúde em geral poderiam contribuir, nos momentos oportunos, para que o processo de desmame ocorresse de forma natural e sem deixar traumas para a criança e para a mãe. Os profissionais da saúde precisariam estar juntos com as famílias,

prestando-lhes apoio para fortalecê-las nas actividades diárias relacionadas à saúde (Marcon & Elsen, 2000). Nesse contexto, podemos incluir a alimentação da criança, que contempla, também, a amamentação e o desmame. Nesse período, o apoio de profissionais da saúde à mulher-mãe são importantes para que ela sinta-se segura e sabendo que não está sozinha, podendo pedir ajuda quando achar necessário.

No que diz respeito ao desmame, é válido conhecermos as práticas utilizadas por mulheres-mães para concretizá-lo e a maneira que essa vivência é experimentada por essas mulheres.

Muitas vezes o modo como conduzem a amamentação e o desmame de seus filhos está em estreito relacionamento com os aprendizados transmitidos pelos familiares, ou seja, tem determinação dos factores culturais como as crenças, os comportamentos, os costumes e os valores específicos do grupo. O repasse de informações é mais visível entre as mulheres-mães da segunda geração seguidas pela da terceira geração. Além do repasse de conhecimentos de maneira inter-geracional observamos que as condições sócio - económicas, bem como a época em que vivem as pessoas, também interferem na forma de conduzirem o cuidado aos filhos. As mulheres da quarta geração referem seguir também as orientações de profissionais da saúde sendo que para as gerações anteriores esse acesso tornava-se difícil e elas então, solucionavam as dúvidas com a mãe e/ou vizinhas e amigas. Outro factor que aparece como determinante para a adopção de práticas relacionadas ao aleitamento materno é a experiência particular de cada mulher em relação a essa questão, ou seja, a sua subjectividade, a forma como percebe a amamentação e o desmame de seus filhos.

As práticas provêm de ensinamentos dos familiares, opiniões das amigas e de experiências anteriores da mulher em relação ao processo de desmame, podendo acontecer de maneira tranquila especialmente quando é uma decisão materna e o filho aceita sem dificuldades outro tipo de alimento. Porém, em outras situações a interrupção do aleitamento materno dá-se de forma complicada.

Estudar as práticas de desmame do leite materno nos parece importante para valorizar esse processo em suas múltiplas dimensões (pessoal, social e cultural).

1.5 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

1.5.1 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A promoção do aleitamento materno deverá ser uma meta nacional. Seria necessário no entanto, um certo nível de educação e de condições sociais para inverter a tendência mundial de declínio do aleitamento materno. Observações feitas em países desenvolvidos indicam uma variedade de razões para a não amamentação; no entanto, muitas dessas causas permanecem desconhecidas. As recomendações a promoção do aleitamento materno devem ser baseadas, por conseguinte em certos pressupostos como dados clínicos e epidemiológicos experimentais. A mais importante condição para um aleitamento materno bem sucedido seja um ambiente seguro e calmo, onde as mães tenham tempo de cuidar do seu filho e que as mulheres que amamentaram apoiem as novas mães inexperientes. Também o marido deve ser levado a encarar com naturalidade a amamentação para que o bebé possa ser levado ao peito sempre que quiser, de dia ou de noite. As sociedades tradicionais preenchem quase por complete estes requisitos e o insucesso da amamentação é raro, mesmo nos prematuros e recém nascidos pequenos para a idade de gestação.

Muitas das características das sociedades tradicionais devem ser preservadas. As soluções de nível comunitário devem provir da própria comunidade, das mães reconhecidas como pessoas "chave" em cuidados com crianças. Comceptualmente esta ideia é mais avançada do que aquela que considera o profissional de saúde como o agente mais importante na saúde da comunidade.

Em 1990, foi realizado um encontro em Florença, Itália (Spedale degli Innocenti), promovido pela OMS e o UNICEF em busca de mecanismos e acções que pudessem ser desenvolvidos para protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Neste encontro, foi produzido e adoptado pelos participantes da reunião "Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global" um conjunto de metas chamado "Declaração de Innocenti", que resgatava o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também, no encontro enfatizava-se a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos.

No encontro de Florença também foi idealizada uma estratégia denominada "Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC" visando a apoiar, proteger e promover o aleitamento materno. O objectivo básico consiste na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidade para mudanças nas rotinas e condutas visando

prevenir o desmame precoce. Os motivos que levaram a OMS e o UNICEF a fazer opção de actuar junto dos hospitais se devem aos factores envolvidos na falta de estímulo à amamentação relacionados com informações erróneas e práticas inadequadas atribuídas à unidade de saúde ou ao profissional de saúde. O conjunto de medidas para atingir as metas contidas da Declaração de Innocenti foi denominado de "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", elaborado por um grupo de especialistas de saúde e nutrição de vários países.

Basicamente, os dez passos consistem de um elenco de medidas que visam a informar a todas as gestantes os benefícios e o correcto manejo do aleitamento materno. As mães devem ser informadas das vantagens do aleitamento e das desvantagens em vários aspectos do uso de substitutos do leite materno, além de ter noções sobre a lactação, estímulos para produção do leite materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação.

1.5.2 - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

1:*"Ter uma norma escrita sobre o aleitamento, rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde"*

2:*"Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma."*

3:*"Informar todas as gestantes sobre as vantagens e manejos do aleitamento materno".*

4:*"Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento".*

5:*"Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se estiver separadas de seus filhos".*

6:*"Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica".*

7:*"Praticar o alojamento conjunto permite que mães e filhos permaneçam juntos 24 horas por dia".*

8:*"Encorajar o aleitamento sobre livre demanda".*

9:*"Não dar bicos artificiais ou chupetas a criança amamentada ao seio".*

10:*"Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou do ambulatório".*

1.5.3 - Experiência Hospital Amigo da Criança

Os hospitais credenciados como Amigos da Criança já somam mais de quatro mil em 170 países. Os hospitais estão assim distribuídos: 2117 no Leste da Ásia e Pacífico, 487 na América Latina e Caribe, 483 no Sul da Ásia, 434 na África, 89 em países industrializados e 51 no Centro e no Leste Europeu (UNICEF, 1996). A maioria dos hospitais credenciados está localizada nos seguintes países: China, Tailândia, Quénia, México, Tunísia, Filipinas, Índia, Equador, Indonésia e Irão. Entre os países desenvolvidos, os Estados Unidos não possuem nenhum hospital credenciado; a Suécia, por outro lado, possui 50 unidades materno - infantis, dentre as 66 existentes no País. No Canadá, uma pesquisa em 523 hospitais revelou que somente cinco se qualificavam para se credenciar como Hospital Amigo da Criança.

1.6 - ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇA

1.6.1 - Mulheres, HIV e transmissão materna

O risco de infecção HIV após relação sexual sem preservativo é 2 a 4 vezes maior em mulheres do que em homens. As mulheres são mais vulneráveis às outras DSTs, também uma das principais razões reside na maior superfície mucosa (o revestimento interno da vagina e do cervix) exposta às secreções, durante o acto sexual. Acresce-se que o sémen infectado com HIV contém maior concentração do vírus do que as secreções sexuais femeninas. As mulheres mais jovens apresentam um risco maior ainda, porque as secreções genitais, são barreiras mais frágeis ao HIV. Existem também evidências, de que as mulheres se tornam de novo mais vulneráveis depois da menopausa. Além disso, lacerações e sangramentos durante o ato sexual devido a sexo violento, estupro ou mutilação genital anterior (circuncisão feminina), multiplicam o risco da infecção pelo HIV, assim como o sexo anal que pode ser preferido ao invés do sexo vaginal, pois preserva a virgindade e evita a gravidez. O sexo anal frequentemente dilacera a mucosa, ânus e facilita a entrada do vírus. (UNAIDS, 2002).

1.6.2 - Vulnerabilidade social e económica

A abstinência sexual, fidelidade (monogâmica), uso de preservativos, programas de permuta de agulhas (para os usuários de drogas intravenosas), incentivo e possibilidade das pessoas serem imediatamente tratadas para as DSTs tem colaborado para evitar a contaminação pelo HIV. No entanto, para milhões de mulheres, tomar suas próprias decisões e agirem conforme sua vontade é sufocado por circunstâncias sócio económicas. A maioria das mulheres do mundo não tem recursos económicos próprios e são ameaçadas de abandono e violência por seus parceiros. Portanto têm pouco ou nenhum controlo sobre como e quando terão relações sexuais e por esta razão tem pouco ou nenhum controlo sobre o risco de serem infectadas pelo HIV. Milhões de jovens meninas são criadas com pouca informação sobre o sistema reprodutivo ou a forma de transmissão ou prevenção das DSTs e do HIV. (William, 2004)

Presume-se que as mulheres deixem para os homens, a iniciativa e a decisão sobre o sexo já que estes, são em geral, dominadores e esperam preencher suas necessidades e demandas. Da mesma forma que se tolera, frequentemente o sexo violento e de modo

predatório, aceita-se que os valores sociais sejam diferentes para homens e mulheres. Enquanto as mulheres podem ser acusadas de infidelidade (verdadeira ou não) e expulsas de casa, espera-se e aceita-se que os homens tenham múltiplas parceiras.

Não se respeita a igualdade de direitos entre homens e mulheres, as quais não têm acesso às mesmas oportunidades de educação e emprego, reforçando sua dependência dos homens. Sua esperança, é arranjar um parceiro que possa oferecer-lhes presentes, em troca de sexo. Pode ser um marido, um parceiro estável ou parceiros que sejam pais de seus filhos ou no caso de prostitutas, uma sucessão de clientes. De fato, em muitas culturas, o sexo é visto como uma moeda.

Mesmo quando uma mulher suspeita que o parceiro está infectado pelo HIV, não se arrisca a perder seu suporte, recusando-se a ter relações sexuais ou insistindo para que ele use preservativo. Ela estaria rompendo a "conspiração do silêncio", que envolve as relações extra conjugais do parceiro. Embora alguns homens aceitem o uso de preservativos, muitos reagem com raiva, violência e abandono. (Lane at al, 2004)

Casais que desejam ter filhos devem conhecer seu estado em relação ao HIV. No entanto, raramente os casais permitem que se discutam abertamente tópicos com a sexualidade e nem sempre encontram orientação e exame voluntário para a detecção do HIV.

Para as mulheres, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) tem um enorme estigma social, o que as leva a evitar as clínicas especializadas de tratamento. Além do mais, os trabalhadores de saúde são frequentemente antipáticos, críticos e pouco preparados para diagnosticar e tratar as DSTs. Para as mulheres, o comprometimento de sua saúde e outros transtornos, são considerados como seus fardos na vida.

As prostitutas têm pouco poder para se protegerem contra o HIV. Em alguns países, as meninas são obrigadas ao trabalho do sexo, mesmo antes da puberdade. Tais jovens, geralmente desconhecem o risco da SIDA e são incapazes de tomar qualquer acção para se protegerem ou fugirem. Também as mulheres se voltam para a prostituição como uma alternativa à pobreza, porque suas vidas foram interrompidas pela guerra, divórcio, viuvez ou leis injustas que as fizeram perder suas propriedades e os rendimentos de seus maridos. Muitas trabalhadoras do sexo correm o risco de sofrer violência ou perda de rendimento, se solicitarem ou parceiros o uso de preservativos. Contudo, em alguns bordéis, as trabalhadoras de sexo já se uniram para exigir o uso de preservativos.

A vulnerabilidade das mulheres é decorrente da falta de poder e de controlo sobre o risco de contraírem o HIV. Medidas importantes são a criação de oportunidades para

promover sua capacitação, combater a ignorância, melhorar o grau de instrução das mulheres, incluindo o conhecimento sobre seu corpo, DSTs e SIDA e a possibilidade de dizerem não ao sexo não desejado ou sexo sem protecção, providenciar serviços amistosos para mulheres, assegurar que mulheres e meninas tenham acesso adequado à saúde e à prevenção do HIV/DST, serviços de prevenção e atendimentos em locais e horários convenientes e aceitáveis para elas, expandir o serviço de orientação e o exame de sangue voluntário e ensiná-las a conseguir e usar preservativos sem embaraços. (Fuchs a tal, 2004)

Desenvolver métodos de prevenção controlados por mulheres. É absolutamente necessário e urgente que se desenvolvam métodos de barreira que previnam a infecção pelo HIV, sem o conhecimento e cooperação do parceiro do sexo masculino. Tais métodos, podem incluir o preservativo feminino e microbicidas vaginais (creme ou espuma que destrua o vírus). A UNAIDS está desenvolver e facilitar o acesso à estes e a outros métodos a criar normas seguras apoiar grupos de mulheres e organizações comunitárias no questionamento de comportamentos tradicionais tais como, abuso de crianças, estupro, dominação sexual e mutilação. Ensinar os meninos e homens a respeitarem as meninas e mulheres e a manterem um comportamento sexual responsável. (Spielberg a tal, 2004)

Apoiar a independência económica das mulheres. Encorajar e reforçar as oportunidades de treinamento para mulheres, programas de crédito, esquemas de poupança e cooperativas de mulheres e relacionar tudo isso com actividades de prevenção da SIDA. Reduzir a vulnerabilidade da mulher através da mudança política. Deve-se respeitar e proteger os direitos de liberdade das mulheres, tanto no nível nacional e comunitário (assim como através de iniciativas internacionais). Isso somente será possível, quando as mulheres tiverem maior voz política. (UNAIDS, 2002)

1.6.3 - Transmissão materna do HIV

A transmissão materna do HIV é a forma mais importante de infecção pelo HIV, em crianças. Estima-se que, em torno de 600,000 crianças, sejam infectadas, desta forma, todos os anos. Esta cifra é responsável por mais de 90% da infecção pelo HIV, em crianças. Sem prevenção, mais de 40% dos filhos de mulheres HIV positivas, serão infectados. Acredita-se que 2/3 destas crianças contaminam-se durante a gravidez, trabalho de parto e parto e em torno de 1/3 são infectadas através do leite materno. A maioria das transmissões durante a gravidez ocorre durante o trabalho de parto e parto (mais de 60%).

Mesmo utilizando os exames mais comuns, não é possível saber se um recém-nascido foi infectado ou não. Os filhos de mães HIV positivas, podem apresentar anticorpos maternos em seu sangue até os 18 meses de idade. Portanto, o exame de sangue, não é útil para decidir se o bebé deve ou não ser amamentado.

Os serviços de saúde - pré-natal devem dispor de serviço de orientação e exame voluntário . Muitas mulheres HIV positivas serão diagnosticadas, pela primeira vez, durante a gravidez. Desta forma, este serviço é muito importante para o futuro tratamento, atendimento e apoio à mãe, sua família e bebé recém-nascido. O benefício da orientação e exame voluntário no cuidado pré-natal, inclui: Um resultado de exame negativo pode reforçar a pratica do sexo seguro; Mulheres diagnosticas com o HIV podem encorajar seus parceiros a receberem orientação e fazerem o exame Conhecer sua condição, permite que as mulheres e seus parceiros tomem decisões mais conscientes relacionadas com o aleitamento materno e futuras gestações.

Deve-se encorajar uma mulher HIV positiva (e sua família) a receber atendimento contínuo e integral, afim de procurar, precocemente, atenção médica e tratamento para suas infecções oportunistas e as de seu bebé. A mulher também deve ser encaminhada para outros serviços de saúde ou social e receber outros recursos.

Facilitar o acesso amplo a serviços de orientação e exames voluntários pode ajudar a comunidade a entender melhor o HIV.

É importante ter acesso a orientação e exame voluntário em clínicas de pré-natal pois existem meios de prevenir a transmissão, tais como: terminação da gravidez, terapia antiretroviral, modificação de práticas de parteiras e práticas obstétricas, modificação da alimentação do bebé.

Os partos vaginais aumentam o risco da transmissão materna do HIV enquanto que as cesarianas electivas diminuem o risco. No entanto, deve-se considerar os benefícios potenciais da cesariana mediante o risco para a mãe. Existem relatos de aumento pós - parto da mortalidade materna em mulheres HIV positivas, especialmente decorrentes de complicações infecciosas. Além do mais, operações cesarianas não estão disponíveis para a maioria das mulheres do mundo.

CAPÍTULO II: PARTICIPANTES E MÉTODOS

2.1 – METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, em que os dados sobre o conhecimento materno e de mulheres grávidas sobre a amamentação foram recolhidos através de uma entrevista pessoal, utilizando um questionário estruturado, contendo perguntas sobre aspectos práticos e teóricos do aleitamento materno.

Foram estudadas mulheres grávidas e lactantes, utentes do Centro de Saúde José Macamo, entre Julho e Outubro de 2003. O Centro de Saúde José Macamo está anexo ao Hospital Geral José Macamo funcionando como unidade de apoio a este, e desenvolve acompanhamento individual, por meio das consultas médicas e de enfermagem, funciona também uma unidade móvel de Medicina preventiva constituída por agentes de Saúde Comunitária e uma brigada de vacinação. No Centro de Saúde José Macamo o pessoal médico, de enfermagem e funcionários em geral estavam sensibilizados para a necessidade de colaborar no estudo e havia condições para abordar as pessoas com alguma privacidade, o que permitiu uma melhor abordagem da população para a entrevista.

Mulheres aguardando pelas consultas

O instrumento de recolha de dados foi submetido a um teste prévio, com mulheres grávidas e lactantes nas mesmas condições das mulheres que participaram no estudo.

As perguntas eram maioritariamente fechadas e o número de opções de resposta vária de dois a sete. Em algumas perguntas, as respostas são mutuamente exclusivas e para outras, podiam ser assinaladas mais de uma alternativa. Utilizamos a linguagem coloquial na construção de frases curtas e directas.

As entrevistas foram realizadas por um grupo de finalistas e recém licenciados e de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, previamente treinadas e pelo investigador responsável. Sempre que necessário, os entrevistadores recorreram à língua local (Xichangana) que é dominante na região sul de Moçambique e utilizada pela maioria da nossa população, misturando com a língua portuguesa

Depois da consulta, momento em que as mulheres e as mães estavam mais tranquilas e disponíveis para responder as questões do inquérito eram convidadas a participar pelo inquiridor destacado para a área de consulta de onde as mulheres saíam. Todas as mulheres foram informadas sobre as características do estudo e seus objectivos tido também útil a colaboração do pessoal médicos, enfermeiras e demais funcionários encaminhando as mulheres para o local do inquérito.

O questionário às mulheres grávidas estava dividido em cinco partes, a saber: de Caracterização Sócio-demográfica (Língua, Província, Idade, Bairro; Estado civil, Religião, Escolaridade, Profissão, Habitação e filhos vivos e mortos); da gravidez (Realização de ecografia, Nº de gravidezes, Idade gestacional, Desejo de gravidez, Nº de consultas, Local de consulta; Problemas na gravidez, e Nº de filhos na gravidez); acesso a informação (Fontes de informação conhecimento sobre aleitamento materno e aleitamento artificial), aleitamento materno e alimentação (Se espera amamentar, Vantagens do aleitamento materno, factores que podem impedir a amamentação, opinião sobre o melhor leite para a criança, opinião sobre a idade até a qual pensa que se deve dar aleitamento materno exclusivo e idade até a qual pensa praticar, idade a partir da qual pensa dar papas ao filho e alimentação da mãe que podem interferir com amamentação ou com a lactação); conhecimentos sobre doenças (se a mãe pode amamentação se tiver determinada doença e doenças que a mãe pode transmitir ao filho e o momento em que isso pode ocorrer).

Relativamente ao questionário utilizado para entrevistar as lactantes, também divido em cinco partes, as perguntas de caracterização sócio demográfica incluíam ainda as questões respeitantes ao filho (idade, local do parto, semanas com quantos meses nasceu, peso e estatura ao nascimento); Perguntas sobre a gravidez do filho índice (Nº de filhos nascidos da ultima gravidez, tipo de parto, se o filho nasceu com alguma patologia, se esteve internada depois do parto, se utilizou algum contraceptivo após o parto); aleitamento materno e

alimentação avaliava outra informação (se amamenta, frequência com amamenta, razões que eventualmente poderiam ter contribuído para deixar de amamentar, se alimenta o filho com outro leito, se dá água - porquê e quem aconselhou a dar) e finalmente perguntas sobre doenças. hipotéticas sobre preferências, comparações e opiniões. A caracterização do aleitamento referia-se ao momento da entrevista. Os entrevistadores estavam munidos de uma folha de instruções, que foi utilizada como material de orientação para as questões que apresentaram-se de difícil memorização e funcionou como referencial de consulta no momento de entrevista. Não registamos recusas na medida em que as mulheres convidadas eram encaminhadas para responder ao questionário logo a seguir a consulta pelo profissional de saúde. .

2.2- PARTICIPANTES

Mulheres grávidas

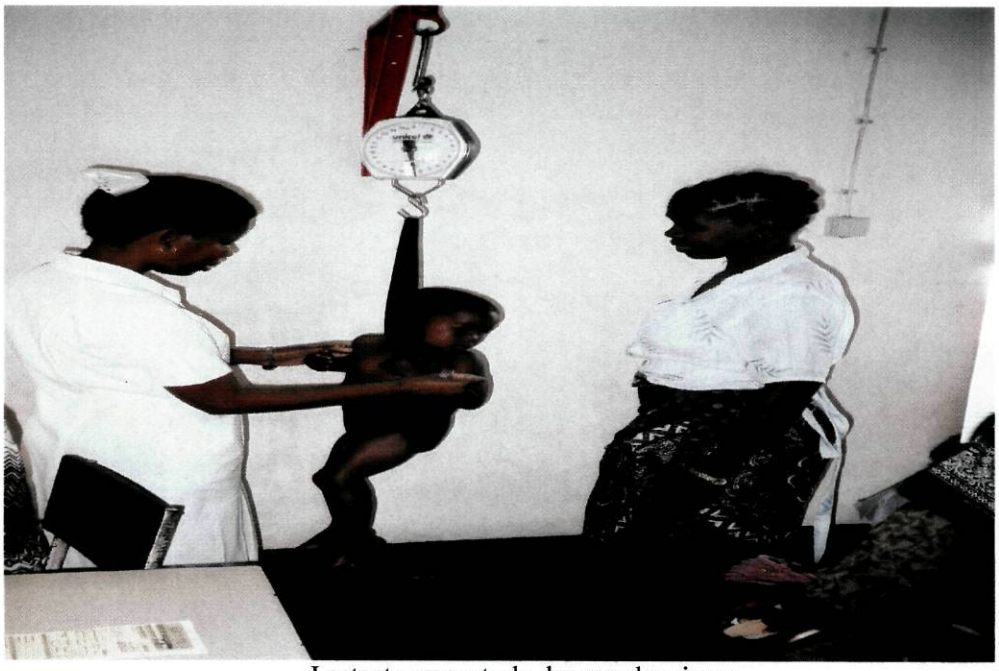
Foram estudadas 365 mulheres grávidas, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, das quais 273 (84%), falavam a língua portuguesa e 210 (76,9%) Xichangana/Xironga. Eram naturais de Maputo 209 (64,3%), sendo 231 (71%) maiores de 21 anos. Maioritariamente residiam no bairro Luís Cabral (44,6%). Eram primigestas 99 (30,5%) 126 (38,8%) já tinham pelo menos um filho e 97 (28%) mulheres grávidas já tinham perdido pelo menos um filho. Viviam em união marital e eram casadas 257(79,3%). A maioria eram protestante/Evangélica 109 (33,6%). Encontramos que 159 (54,5%) tinham completado a escola primária e 252 (77,5%) apenas exercia actividade domésticas e 230 (71,2%) viviam em moraria/vivenda (Tabela 1)

Mulher grávida na consulta Pré-natal

Lactantes

Participaram 465 mulheres lactantes com idades entre 15 e os 43 anos, das quais 422 (90,8%) utilizam a língua portuguesa e 418 (89,8%) Xichangana/Xironga, 295; (63,4%) nasceram em Maputo e 352 (75,6%) eram maiores de 21 anos. A maioria vivia no bairro Luís Cabral (n=243; 52,4%), estavam em união marital/casadas 383 (82,75%), a religião protestante/evangélica congregava a maioria (n=190, 42,8%), eram alfabetizadas 280

(62,2%). Exerciam apenas trabalho doméstico 384 (82,6%), maioritariamente viviam em moradia/vivenda 329 (70,8%). Tinham pelo menos um filho vivo 288 (62,6%) mulheres e 312 (67%) não tinham perdido nenhum filho e pelo menos um 153 (28,3%). Os filhos tinham idades que variavam entre 0 e 42 meses, o local de seu nascimento foi a maternidade (n=408, 88,1%) das quais 328 (71,3%) com um peso situado entre (2500-3499 gramas) e 177 (61,5%) com estatura que variava entre 46 e 50 centímetros. (Tabela 7)



Lactante no controlo do peso da criança

2.3 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados foram editados utilizando o programa Access e Excel e posteriormente analisados utilizando-se o programa o SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 12).

Os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas. Para comparar proporções utilizámos o teste do $\chi 2$ ou teste exacto de Fisher quando adequado

2.4 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O processo de investigação foi realizado respeitando as regras de conduta expressas na Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor, sendo garantida aos participantes a necessária confidencialidade das informações recolhidas. (Helsínquia 1964; 1996, Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989). Foram também observados todos os preceitos de boas práticas e com regras de conduta pelos quais se deve reger a investigação epidemiológica, descritas pelo IEA –European Epidemiology Federation.

CAPÍTULO III: RESULTADOS - PREVALÊNCIA E CONHECIMENTOS

3.1- QUESTIONÁRIO AS MULHERES GRÁVIDAS

Resultados dos questionários as mulheres da consulta de gravidez

Conforme se apresenta, na tabela 1, 77% das mulheres grávidas manifestaram o desejo de vir a amamentar. Não houve diferenças significativas na comparação de proporções da origem geográfica, distribuição etária, numero de filhos vivos; numero de filhos mortos, estado civil, preferência/frequência religiosa, nível ou grau escolar: grávidas; cônjuges; Pais , e mãe da mulher grávida, situação da mulher perante o trabalho e/ou emprego, situação perante o trabalho do cônjuges.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica e verificação do efeito das variáveis na amamentação

(N=325) Variáveis	Total		Amamentará		P
	n	%	n	%	
Língua (utilizada habitualmente)*					
Português	273	84	210	76,9	0,762
Xichangana/Xironga	209	63,8	161	77	0,909
Maststua/Bitonga/Xchope	42	12,9	26	61,9	0,011
Outras línguas Moçambicanas e estrangeira	11	3,8	7	63,3	0,274
Origem geográfica (Província onde nasceu)					
Maputo	188	58	149	79,3	0,308
Resto de Moçambique**	137	42	102	70	
Idade das grávidas (anos)					
15 – 19	65	20,2	53	81,5	0,816
20 – 24	104	32,4	79	75,9	
25 – 29	62	19,3	45	72,6	
30 – 34	48	14,5	37	77,1	
35 – 44	42	13	33	78,5	
Bairro de residência					
Luís Cabral	145	44,6	114	78,6	0,929
Jardim	43	13,2	31	72,1	
Inhagoie	22	6,7	16	72,7	

Chamanculo	21	6,4	17	80,9	
Matola	11	3,4	9	81,8	
Outros	83	25,5	64	77,1	
Filhos Vivos					
0	99	30,4	77	77,8	0,940
1 – 2	126	38,7	98	77,8	
>3	100	30,7	76	76	
Filhos mortos					
0	228	70,1	173	75,9	0,476
>1	97	29,8	74	81,3	
Estado Civil					
Solteira	62	19,1	48	19,2	0,654
Casada/União Marital	257	79,3	199	74,4	
Divorciada/Viúva	5	1,5	3	60	
Religião					
Católica	81	25	63	77,8	0,108
Protestante/Evangélica	109	33,4	89	81,7	
Muçulmana	7	2,1	4	57,1	
Sião/Zione	73	22,5	55	75,3	
Animista	7	2,1	6	85,7	
Cristã indeterminada	39	12	30	76,9	
Sem religião	8	2,4	3	37,5	
Escolaridade Grávida					
Alfabetizada/Escola primária	159	54,5	116	72,9	0,190
Escola Secundária	122	41,8	100	81,9	
Escola técnicoprofissional/Ensino Superior	11	3,7	9	81,8	
Cônjuges					
Alfabetizada/Escola primária	97	36,7	73	75,3	0,551
Escola Secundária	138	52,3	112	81,2	
Escola técnicoprofissional/Ensino Superior	29	10,9	23	79,3	
Pai					
Alfabetizado/Esc. Primária e Secundária	100	88,5	84	84	0,431
Escola Secundária/superior	13	11,5	12	92,3	
Mãe					
Alfabetizada/Esc. Primária e Secundária	94	93	82	87,2	0,908
Escola Secundária ou superior	7	6,9	6	85,7	
Situação perante o trabalho Grávida					
Trabalha fora de casa	32	9,8	24	75	0,841
Trabalho doméstico	252	77,5	194	76,9	

Estudante	41	12,6	33	80,5	
Cônjuge					
Trabalho fora de casa	235	72,3	185	78,7	0,075
Estudante	21	6,5	14	66,7	
Trabalhadora/Estudante	24	7,4	20	83,3	
Desempregada/Á procurar 1° emprego	18	5,5	16	88,9	
Trabalha (Precário)	27	8,3	16	59,3	
Habitação					
Moradia/Vivenda	230	71,2	178	77,4	0,262
Palhota /Precária	76	23,5	55	72,4	
Flat/apartamento	10	3,1	9	90	
Madeira e zinco	7	2,2	7	100	

* Cada mulher poderia referir mais do que uma língua

** Gaza, Inhambane, Sofala, Maníca, Tete, Zambézia, Nampula, Niássa e Cabo Delgado – Esta agregação resulta da fraca representatividade de cada província na amostra

Na tabela 2, estão descritos os resultados relativos ás variáveis da história da gravidez, através das quais, quisemos aferir o grau de acesso aos cuidados pré-natais e a influência que exerce sobre a captação de informação/conhecimento sobre a amamentação e descrever as condições em que a gravidez é acompanhada e que conteúdos são realçados no Centro de Saúde de José Macamo. Nenhuma das variáveis se relacionou com o desejo de amamentar.

Tabela 2 - História da gravidez e verificação do efeito das variáveis na amamentação

(N=325)	Total		Amamentará		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**P**
Ecografia					
Sim	60	18,5	46	76,7	0,908
Não	265	81,5	205	77,4	
Número de gravidezes					
1	81	25,5	62	76,5	0,300
2 – 3	131	41,3	107	81,7	
>4	105	33,1	77	73,3	
Desejo da gravidez					
Não planeada mas aceite	108	34,6	85	78,7	0,993
Planeada para agora	147	47,1	114	77,6	
Planeada e não para esta altura	49	15,7	38	77,6	
Nem planeada nem aceite	8	2,7	6	75	

Idade gestacional na 1° consulta (Meses)					
1 - 3	67	20,3	53	77,9	0,808
4 - 6	224	69	174	77,7	
>7	33	10,2	24	72,7	
Numero de consultas na gravidez					
1	85	26,2	68	80	0,598
2	73	22,5	52	71,2	
3	87	26,8	68	78,2	
4 – 5	54	16,6	41	75,9	
>6	26	8	22	84,6	
Problemas na gravidez					
Não	264	81,2	205	77,7	0,707
Sim	61	18,8	46	75,4	

As Enfermeira/Médico/Nutricionista foram as fontes de informação sobre o aleitamento materno mais referidas pelas grávidas (n=314, 96,6%) e a família/Amigos (n=199; 61,3%) tendo sido relacionado com o desejo de amamentação, (P=<0,001) e folhetos/Revistas (P<0,001). Relativamente ao aleitamento artificial temos igualmente a Enfermeira/Médico/Nutricionista (n=313; ,96,3%) como maior fontes de informação e a família/Amigos (n=199, 61,3%) tendo se relacionado com o desejo de amamentar, (P=<0,001) e folhetos/Revistas (P<0,001). Isto poderá significar que a família na nossa sociedade proporciona o ambiente de aprendizagem dos papéis de todos os tipos. Em consequência de experiência adquiridas em grande parte dentro da família, mulher torna-se também fonte do saber, os papeis que passam de geração para geração, pelo que a família é um poderoso agente de socialização, especialmente no que toca aos papeis primários e a grande parte do conhecimento de actividades de rotina a que se deu o nome de "saber de receita" sem esquecer o papel sexual destinado a mulher.

Tabela 3 – Perguntas sobre o acesso a informação/conhecimento e verificação do seu efeito sobre a amamentação

(N=325)	Amamentará				
	Sim		Não		P
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	
Fontes de informação/conhecimento					
Aleitamento materno					
Médico/Enfermeiro(a)/Nutricionista					
Sim	241	77	73	23,3	0,467
Não	10	90	1	9	
Mãe (Familiares)/Amigos					
Sim	169	84,9	30	15	<0,001
Não	82	65	44	34,9	
Rádio/Televisão					
Sim	6	85,7	1	14,3	0,588
Não	245	77	73	22,3	
Folhetos (brochuras)/Jornais/Revistas					
Sim	60	95,2	3	4,8	<0,001
Não	191	72,9	71	27,1	
Aleitamento artificial					
Médico(a)/Enfermeiro(a)/Nutricionista					
Sim	240	76,6	73	23,3	0,310
Não	11	91,7	1	8,3	
Mãe (Familiares)/Amigos					
Sim	167	85,2	29	14,8	<0,001
Não	84	65,1	45	34,9	
Rádio/Televisão					
Sim	6	85,7	1	14,3	0,588
Não	245	77,1	73	22,9	
Folhetos (brochuras)/Jornais/Revistas					
Sim	58	95,1	3	4,9	<0,001
Não	193	73,1	71	26,9	

Para as mulheres que referem que o leite materno tem vantagens porque faz melhor a criança o resultado se relacionou com a vontade de amamentar pois, é estatisticamente significativo, (P=0,016); para as que referem que o leite materno é económico, embora não se verifique um resultado estatisticamente significativo é uma variável que a partida se esperaria um resultado positivo dado o contexto em estudo, (P=0,165); para a vantagem evita doenças o resultado embora não seja significativo é de registar na medida em que podia-se esperar que

esta variável influencia-se a vontade de amamentar, (P=0,067) e ser higiénico se relacionou com o desejo de amamentar (P=0,027).

Os motivos ou razões, que eventualmente possam impedir que amamentem forma mencionadas destacamos: leite fraco, pois o seu resulta se aproxima do que seria de esperar, outra gravidez, doença da mãe e doença da criança.

O melhor leite para a criança é o leite materno. Verificamos que há diferenças estatisticamente significativas a comparação da vontade de amamentar e a existência de filhos pois o resultado obtido revela que a experiência anterior se relacionou com a vontade de amamentar, (P=0,008). Maioritariamente, as mães referem que irão introduzir papas entre os 4 e 6 meses (n=291; 89,5%), depois dos 6 meses. (Tabela 4 e 5)

Tabela 4 - Perguntas sobre alimentação e verificação do efeito das variáveis sobre a amamentação

(N=325)	Amamentará				
	Sim		Não		P
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	
Vantagens do aleitamento materno					
Faz melhor à criança					
Sim	234	76	74	24	0,016
Não	17	100	0	0	
Ligação afectiva mãe/filho					
Sim	46	70,7	19	29,2	0,165
Não	205	78,8	55	21,2	
É económico					
Sim	78	83,9	15	16,1	0,071
Não	173	74,6	59	25,4	
É higiénico					
Sim	28	93,3	2	6,7	0,027
Não	223	75,6	72	24,4	
Evita doenças para a criança					
Sim	240	76,4	74	23,6	0,075
Não	11	100	0	0	
Motivos para não amamentar					
Falta de leite					
Sim	193	76,9	58	23,1	0,789
Não	58	78,4	16	21,6	
Leite ser fraco					
Sim	149	73,8	53	26,2	0,056

Não	102	82,9	21	17,1	
Criança prematura					
Sim	7	70	3	30	0,580
Não	244	77,5	71	22,5	
Rejeição da criança					
Sim	54	77,1	16	22,9	0,984
Não	197	77,3	58	22,7	
Não ter tempo (Trabalho materno)					
Sim	37	86	6	14	0,139
Não	214	75,9	68	24,1	
Não gostar					
Sim	9	75	3	25	0,851
Não	242	77,3	71	22,7	
Ter engravidado outra vez					
Sim	180	75,6	58	24,4	0,255
Não	71	81,6	16	18,4	
Doença da mãe					
Sim	202	74,5	69	25,5	0,008
Não	49	90,7	5	9,3	
Doença da criança					
Sim	86	81,9	19	18,1	0,165
Não	165	75	55	25	
Idade até a qual se deve dar aleitamento materno exclusivo					
≤3 Meses	2	100	0	0	
4 – 6 Meses	228	75,5	74	24,5	
>7 Meses	21	100	0	0	

Enfermeira de Saúde Materno Infantil orientando uma palestra sobre hábitos alimentares na gravidez

Tabela 5 - Motivos que eventualmente podem levar a mulher a não amamentar

(N=325)	Total	
Variáveis	**n**	**%**
Motivos para não amamentar		
Falta de leite	251	77,2
Leite ser fraco	202	62,1
Criança prematura	10	3
Rejeição da criança	70	21,5
Não ter tempo (Trabalho materno)	43	13,2
Não gostar	12	3,7
Ter engravidado outra vez	238	73,2
Doença da mãe	271	83,4
Doença da criança	105	32,3

Procuramos saber se a mulher grávida conhecia algum alimento que aumentam o leite da mãe na amamentação, ao que maioritariamente referiram os preparados com amendoim (65%), verduras (34%) e Canana (8%).(Tabela 6)

Tabela 6 - Alimentos que ajudam a lactação

(N=325)	Total	
Variáveis	**n**	**%**
Alimentos que aumentam o leite da mãe*		
Amendoim	210	65
Verduras	109	34
Cacana	26	8
Fruta	14	4,3
Farinha	6	2
Chá	6	2
Leite	5	1,5
Peixe	5	1,5
Sumos	4	1,2
Massa	3	0,9
Sopas	3	0,9
Ovos	3	0,9
Carne	3	0,9
Batata	2	0,6

De uma forma geral as mulheres reconhecem que as doenças não são de todo impeditivas para a amamentação as crianças embora também reconheçam a existência de algumas que possam impedi-lo e as correspondentes circunstancias em que isso pode acontecer.

Das doenças acerca das quais procuramos saber se a mulher portadora podia amamentar destacamos a febre 88%; diarreia 76%; tosse 64% e relativamente ao HIV/SIDA 97%, tuberculose 95%, Infecção mamária 92%, responderam que uma mulher infectada não podia amamentar.(Tabela 7)

Por outro lado quisemos saber se havia conhecimentos sobre doenças que podem ser transmitido da mãe para o filho e em que momento isso podia ocorrer, ao que 98% responderam que se podia transmitir o HIV/SIDA na gravidez, parto e amamentação (Tabela 8).

Tabela 7 - Conhecimentos das mulheres grávidas sobre doenças*

(N=325)	Sim		Não	
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**
A mãe pode amamentar se tiver?				
Febre	286	88	27	9,4
Diarreia	248	76	56	17,2
Tosse	208	64	97	30
Hepatite	39	12	253	78
Malária	151	47	151	47
Infecção mamaria	17	5,2	299	92
Tuberculose	12	4	309	95
HIV/SIDA	7	2,2	314	97

*A soma das % é superior a 100 porque cada mãe podia dar mais do que uma resposta

Tabela 8 - Doenças e sua transmissão da mãe para o filho

(N=325)					Momento de transmissão					
	Sim		Não		Gravidez		Parto		Amamentação	
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
A mãe pode transmitir ou infectar o filho com?:										
Febre	18	6	291	90	1	0,3			8	3
Diarreia	28	9	276	85					18	6
Tosse	94	29	210	65	1	0,3			77	24
Hepatite	279	86	23	7	264	81,2	261	80	276	85
Malária	62	19	230	71	1	0,3	1	0,3	61	19
Infecção mamaria	299	92	13	4	11	3,4	9	3	294	91
Tuberculose	320	99	1	0,3	309	95	303	93	317	98
HIV/SIDA	320	99			319	98	318	98	318	98

3.2 - QUESTIONÁRIO AS MULHERES LACTANTES

Resultados do questionário as mulheres com filho na consulta sadia

Na avaliação da relação entre a amamentação e as variáveis de caracterização sócio-demográfica só foi possível relacionar a origem geográfica pois encontramos diferenças estatisticamente significativas, (P=0,038) e situação perante o trabalho das mulheres lactantes permite verificar que a profissão ou ocupação esta relacionado com o comportamento da mãe na amamentação uma vez que encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as estas variáveis (P=0,014). Não foi possível estabelecer relação entre a amamentar e as restantes variáveis pois não encontramos resultados estatisticamente significativos para a comparação das mesmas. O local do parto é a maternidade/Hospital (n=408; 88,1%). (Tabela 9)

Tabela 9 - Caracterização sócio – demográfica e verificação do efeito das variáveis na amamentação

(N=465)	Total		Amamenta		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**P**
Língua (utilizada habitualmente)*					
Português	422	90	386	91,5	0.561
Xichangana/Xironga	418	89,9	383	91,6	0,785
Matswua/Bitonga/Xichope	154	33,1	145	94,1	0,197
Outras línguas	18	3,9	17	94,4	1
Origem geográfica (Província onde nasceu)					
Maputo	295	63,4	265	89,8	0,038
Resto de Moçambique**	170	36,6	162	95,3	
Idade (anos)					
15 – 19	85	18,3	82	96,5	0,223
20 – 24	169	36,8	154	91,1	
25 – 29	99	21,7	90	90,9	
30 – 34	56	12	48	85,7	
35 – 43	50	10,9	47	94,4	
Bairro de residência					
Luís Cabral	243	52,4	226	93	0,277
Jardim	60	13	56	93,3	

Inhagoie	24	5,2	19	79,2	
Chamanculo	25	5,4	22	88	
25 de Junho	16	3,4	15	93,8	
Outro	97	20	86	88,6	
Estado Civil					
Solteira	73	15,8	66	90,4	0,807
Casada/União Marital	383	82,7	352	91,9	
Divorciada/Viúva	7	1,5	322	91,7	
Religião					
Católica	112	25,2	106	94,6	0,694
Protestante / Envagelica	190	42,8	173	91	
Muçulmana	8	1,8	7	87,5	
Sião/Zione	78	17,6	70	89,7	
Cristã indeterminada	28	6,3	25	89,3	
Escolaridade					
Lactante					
Alfabetizada/Escola primária	280	62,2	257	91,8	0,822
Escola Secundária/Escola téc.profissional	170	37,8	155	91,2	
Cônjuges					
Alfabetizada/Escola Primária	127	36,5	121	95,3	0,196
Escola Secundária	175	50,3	158	90,3	
Escola Técn. profissional/Ens. Superior	46	13,2	41	89,1	
Pai					
Alfabetizada/Escola Primária	216	83	199	92,1	0,243
Esc. Secundária/Técn. Profissional/Superior	44	16,9	38	86,4	
Mãe					
Alfabetizada/Escola primária	160	80	145	90,6	0,770
Esc. Secundária/Técn. Profissional/ Superior	39	19,6	35	89,7	
Situação perante o trabalho					
Lactante					
Trabalha fora de casa	34	7,3	31	91,2	0,014
Trabalho doméstico	384	82,6	358	93,2	
Estudante/Desempregada	47	10,1	38	80,9	
Cônjuges					
Trabalha fora de casa	364	78,3	331	90,3	0,405
Trabalho doméstico	84	18	80	95,3	
Trabalhadora/Estudante/Desemp.1º emprego	17	3,7	16	94,1	
Habitação					
Moradia/Vivenda	329	70,8	298	90,6	0,283
Flat/apartamento	10	2,3	9	90	
Palhota /Precária	108	23,2	104	96,3	

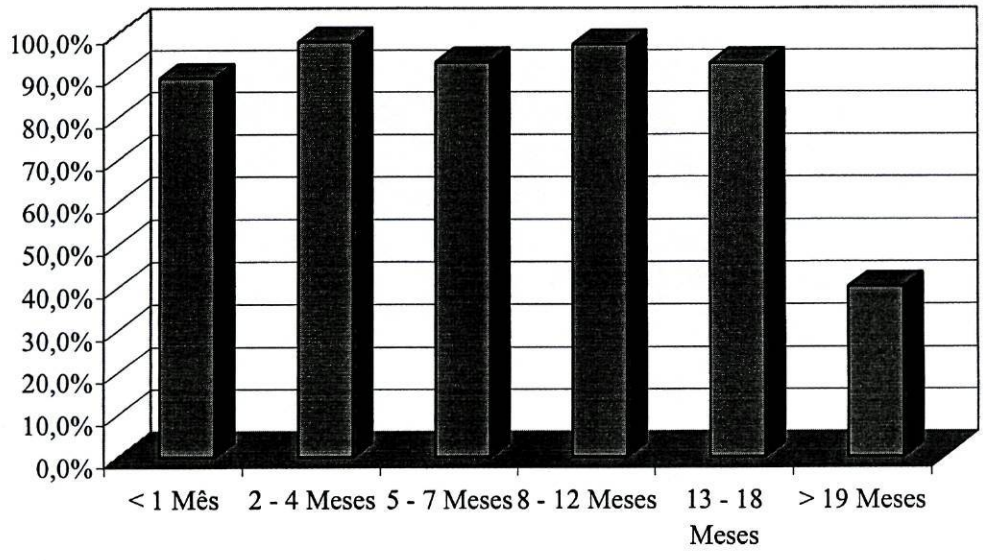
Madeira e zinco	18	3,9	16	88,9	
Filhos Vivos					
1 - 2	288	62,6	261	90,6	0,174
>3	172	37,4	162	94,2	
Filhos Mortos					
Sim	153	32,9	144	94,1	0,207
Não	312	67,1	283	90,7	
Idade do filho - Índice (meses)					
<1	28	6	25	89,3	<0,001
1 – 3	129	27,7	127	98,4	
4 – 6	103	22,2	98	95,1	
7 – 12	128	27,5	124	96,9	
13 – 18	42	9	39	92,9	
19 – 24	23	4,9	11	47,8	
>25	12	2,6	3	25	
Local do parto					
Maternidade/Hospital	408	88,1	376	92,1	0,432
Domicilio	55	11,9	49	89	
Peso ao nascer					
<2499g	52	11,3	49	94,2	0,708
2500 – 3499g	328	71,3	301	91,8	
> 3500g	80	17,4	72	90	
Estatura (centímetros)					
<45	23	7,9	21	91,3	0,582
46 - 50	177	61,5	168	94,5	
>50	88	30,6	81	92	

*Cada individuo podia referir mais do que uma língua.

** Gaza, Inhambane, Sofala, Maníca, Tete, Zambézia, Nampula, Niássa e Cabo Delgado – Esta junção resulta da fraca representatividade de cada província na amostra

Entrevista as lactantes no átrio da consulta da criança sadia

Gráfico 1 - Proporção de crianças amamentadas por escalão etário



Na história da gravidez, representada na tabela 10, encontramos resultados estatisticamente significativos na relação com a amamentação para utilização de contraceptivo e o momento em que ela ocorre (P<0,001) e (P<0,001), respectivamente e o tipo de parto, (P=0,042).

Por outro lado destacamos ainda outros resultados apesar de não serem estatisticamente significativos na medida em que a partida seria de se esperar um resultado positivo; a realização de ecografia da ultima gravidez, (P=0,166); desejo de gravidez, (P=0,530);

Destacamos 31 (6,7%) crianças com algum problema ao nascer, tendo se observado que 28,2% eram de baixo peso, 15,6% tinham malária e 9,4% conjuntivite. De realçar que das lactantes que tiveram problemas na ultima gravidez 61% tiveram malária, 14% infecção vaginal e 7% ameaça de aborto.

Tabela 10 - História da ultima gravidez e verificação do efeito das variáveis na amamentação

(N=465)	Total		Amamenta		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**P**
Ecografia					
Sim	105	22,6	93	88,6	0,166
Não	360	77,4	334	92,8	
Numero de gravidezes					
1	138	29,7	125	90,6	0,692
2 - 3	191	41,1	175	91,6	
>4	136	29,3	127	93,4	
Desejo de gravidez					
Planeada para agora	230	49,6	210	91,3	0,530
Planeada não para esta altura	26	5,6	26	100	
Não planeada mas aceite	205	44,2	188	91,7	
Nem planeada nem aceite	3	0,7	3	100	
Meses de gravidez na 1° consulta					
≤3	93	20	85	91,4	0,935
4 - 7	310	66,7	284	91,6	
>8	62	13,3	58	93,5	
Local de consulta					
Centro de Saúde/Hospital	460	99	423	91,7	0,276
Centro Médico Particular	2	0,4	2	100	
Tipo de parto					
Normal vaginal	419	90,5	389	92,8	0,042
Cesariano e instrumentalizado	44	9,5	37	84,1	
Internamento em UCI (crianças)					
Sim	20	4,3	19	95	0,501
Não	445	95,7	408	91,7	
N° de nascimentos da ultima gravidez					
1	449	98,3	414	92,2	0,484
2	8	1,8	7	87,5	
Patologia fetal					
Sim	31	6,7	30	96,8	0,498
Não	434	93,3	397	91,5	
Problemas na gravidez					
Sim	89	19,4	82	92,1	0,906

Não	376	80,9	345	91,8	
Utilização de contraceptivo após o parto					
Sim	101	21,7	83	82,2	<0,001
Não	364	78,3	344	94,5	
Tipo de contraceptivo					
Dispositivo intra-uterino	5	1,1	5	100	
Injecção	24	5,2	21	87,5	
Laqueação das trompas	7	1,5	6	85,7	
Pílula	62	13,3	49	79	
Preservativos	3	0,6	2	66,7	
Momento de inicio da utilização de anticonceptivo (meses)					
1 – 5	42	44,2	40	92,2	<0,001
6 – 11	43	45,3	35	81,4	
>12	10	10,5	3	30	

Podemos destacar através dos resultados apresentados na tabela 11, que a fonte de informação/conhecimento mais importante no que concerne ao aleitamento materno é a família, amigos e enfermeiro de Saúde Materno Infantil, embora não se tenha estabelecido nenhuma relação com a amamentação, pois da comparação efectuada não encontramos resultados estatisticamente significativos.. Por outro lado não se obtiveram resultados estatisticamente significativos, relativamente ao aleitamento artificial para o Enfermeiro de Saúde Materno Infantil..

Tabela 11 - Perguntas sobre acesso a informação/conhecimento

(N=465)					
	Amamenta				
	Sim		**Não**		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**P**
Fontes de informação/conhecimento					
Aleitamento materno					
Médico(a)/Enfermeiro(a)/Nutricionista					
Sim	259	90,2	28	9,8	0,113
Não	168	94,4	10	5,6	
Mãe (Familiares)/Amigos					
Sim	276	91,4	26	8,6	0,639
Não	151	92,6	12	7,4	

Rádio/Televisão					
Sim	45	95,4	2	4,3	0,407
Não	382	91,4	36	8,6	
Folhetos (brochuras)/Jornais/Revistas					
Sim	12	85,7	2	14,3	0,320
Não	415	92	36	7,9	
Fontes de informação/conhecimento Aleitamento artificial					
Médico(a)/Enfermeiro(a)/Nutricionista					
Sim	116	88,6	15	11,5	0,106
Não	311	93,1	23	6,9	
Mãe (Familiares)/Amigos					
Sim	101	88,6	13	11,4	0,147
Não	326	92,9	25	7,1	
Rádio/Televisão					
Sim	32	100	0	0	0,096
Não	395	91,2	38	8,9	
Folhetos (brochuras)/Jornais/Revistas					
Sim	9	100	0	0	1
Não	418	91,7	38	8,3	

Enfermeira de Saúde Materno infantil proferindo palestra sobre alimentação do recém nascido

Para a generalidade das mulheres lactantes o leite materno é o melhor para a criança (n=420, 90,3%), sendo que destas 385 (91,7%) amamentavam. A vantagem do aleitamento materno mais referida foi faz melhor a criança (n=257, 55,3%) destes 233 (90,7%) amamentavam, não encontramos resultados estatisticamente significativos quando comparamos as proporções das vantagens e da amamentação, temos ainda a realçar que 138 (29,5%) referiam como vantagem do aleitamento materno o facto de ajudar no crescimento da

criança. O principal motivo que levaria as lactantes a deixarem de amamentar foi se engravidassem de novo durante a amamentação (n=429, 92,3%).

Tabela 12 - Questões sobre alimentação e verificação do efeito na amamentação

(N=465)	Amamenta				
	Sim		Não		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**P**
Motivos porque amamentam (Vantagens do aleitamento materno)					
Faz melhor à criança					
Sim	200	90	22	9,9	0,191
Não	227	93,4	16	6,6	
Ligação afectiva mãe/filho					
Sim	13	100	0	0	0,613
Não	414	91,6	38	8,4	
Protege a criança					
Sim	92	89,3	11	10,7	0,292
Não	335	92,5	27	7,5	
Ter sido aconselhado					
Sim	416	91,8	37	8,2	1
Não	11	91,7	1	8,3	
Ter leite					
Sim	10	90,9	1	9	1
Não	417	91,9	37	8,2	
Gostar					
Sim	8	100	0	0	1
Não	419	91,7	38	8,3	
Não pensa comprar outro leite					
Sim	7	100	0	0	1
Não	420	91,7	38	8,3	
Não ter dinheiro para outra alimentação					
Sim	1	100	0	0	1
Não	426	91,8	38	8,2	
Ajuda no Crescimento da criança					
Sim					
Não					
Melhor leite para a criança					
Leite materno					
Sim	385	91,7	35	8,3	0,096
Não	34	100	0	0	

Distribuição de papas especiais a crianças com atraso de crescimento

Tabela 13 – Motivos para não amamentar e para aleitamento artificial

(N=465)	Total	
	n	%
Variáveis		
Motivos que podem impedir a amamentar		
Falta de leite	14	3
Leite ser fraco	41	8,8
Criança prematura	1	0,2
Rejeição da criança	17	3,7
Não ter tempo (Trabalho materno)	20	4,3
Não gostar	13	2,8
Ter engravidado outra vez	429	92,3
Doença da mãe	162	34,5
Doença da criança	59	12,7
Motivo para aleitamento artificial		
Deixei de ter leite/Tenho pouco leite	45	9,7
Doença da mãe/Doença da criança	11	2,4
Conselho do médico	6	1,3
Tenho que trabalhar	37	7,9
A criança não assimila	5	1,1
Fonte de informação/conhecimento para dar outro leito		
Médico(a)/Enfermeiro(a)	31	6,7
Mãe (Familiares)/Amigos	1	0,2
Rádio/Televisão//Folhetos/Livro	1	0,2
Outro	3	0,7

Observamos que 92,7% dá ou pensava dar água ao filho; nos primeiros 30 dias de vida das crianças, e justificavam com a sede criança (n=234, 50,3%), e calor (n=152, 32,7%). A

família/amigos é a principal fonte de informação/conhecimento sobre se a mulher devia ou não dar água ao filho (n=282, 59,1%). (Tabela 14)

Tabela 14 - Motivos porque dá água e onde adquiriu conhecimentos para dar água a criança

(N=465)	Total	
Variáveis	**n**	**%**
Dá água ao filho (Desde quando dá água ao filho - dias)		
0 – 1	95	20,5
2 - 30	138	29,8
31 - 90	134	28,4
>91	62	13,4
Motivos porque dá água ao filho		
Se tiver sede	234	50,3
Faz muito calor	152	32,7
Faz bem à criança	89	19,1
Doença da mãe/Doença do bebé	6	1,3
Outros	61	13,1
Fonte de informação/ conhecimento para dar água ao filho		
Médico(a)/Enfermeiro(a)	83	17,6
Mãe (Familiares)/Amigos	282	60,7
Rádio/Televisão/Folhetos (panfletos, brochuras, Livros)	8	1,7

Comparando as proporções dos alimentos com a amamentação ao peito, observamos que os resultados são estatisticamente significativos para todos os alimentos. Sopa de legumes (P=0,002); Papa de farinha, (P=0,005); Carne (P<0,001),; Peixe (P<0,001); Ovos (P<0,001); Leite de vaca (P<0,001), papa de fruta (P=0,007);; Chá (P<0,001) e Sumos (P<0,001). (Tabela 15).

Tabela 15 - Alimentação complementar e verificação do efeito na amamentação

(N=465)	Não dá		Amamenta		Pensa dar		Amamenta		Já dá		Amamenta			
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Meses**	**P**
Alimentos														
Sopa de legumes	21	5	20	95,2	241	52	231	95,9	203	44	176	86,7	6	0,002
Papa de farinha	20	4	18	90	202	43	195	96,5	243	52	214	88,1	5	0,005
Papa de fruta	17	4	16	94,1	219	47	210	95,9	229	49	201	87,8	6	0,007
Carne	35	8	32	91,4	354	76	341	96,3	76	16	54	71,1	13	<0,001
Peixe	27	6	25	92,6	323	70	311	96,3	115	25	91	79,1	13	<0,001
Ovos	39	8	35	89,7	288	62	278	96,5	138	30	114	82,6	9	<0,001
Leite de vaca	216	47	206	95,4	104	22	101	97,1	145	31	120	82,8	0	<0,001
Chá	29	6	25	86,2	322	69	313	97,2	114	25	89	78,1	12	<0,001
Sumos	37	8	35	94,6	242	52	234	96,7	186	40	158	84,9	7	<0,001

Pedimos as mulheres lactantes que enumerassem os alimentos sobre os quais exista o conhecimento de poderem influenciar amamentação ou a lactação, tendo sido destacado o amendoim (n=308, 66,2%) e Cacana (n=224, 48,2%).

Tabela 16 - Alimentação da lactante

(N=465)	Total	
Variáveis	**n**	**%**
Alimentação da lactante:		
Alimentos que potenciam a secreção de leite durante a amamentação		
Amendoim	308	66,2
Cacana	224	48,2
Verduras	201	43,2
Farinha de milho	18	3,9
Alimentos que prejudicam a secreção leite durante a amamentação		
Preparados em óleo	278	59,8
Arroz	5	1,1
Peixe	15	3,2
Feijão	6	1,3
Carne	5	1,1
Verduras	11	2,4

De uma forma geral verificamos haver conhecimentos sobre doenças e seus perigos momento em que a sua transmissão pode ocorrer, com destaque para o facto de apenas 8,4% afirmar que uma mulher com HIV/SIDA pode amamentar e 11% com tuberculose. (Tabela 17)

Relativamente ao HIV/SIDA, 80,9% disseram que podia se transmitir da mãe para o filho, e o momento mais propicio a isso é a gravidez (n=306; 65,8) e a amamentação (n=289;62,2%). Para 77,2% a tuberculose é susceptível de se transmitir de mãe para filho na amamentação (n=308; 66,2%) e na gravidez (n=133; 28,6%), a infecção mamaria também pode se transmitir na amamentação (n=174; 37,4%). (Tabela 18)

Tabela 17 - Conhecimentos sobre doenças

(N=465)	Total	
Variáveis	**n**	**%**
A mãe pode amamentar se tiver?		
Febre	377	81,1
Diarreia	288	61,9
Tosse	363	78,1
Hepatite	43	9,2
Malária	327	70,3
Infecção mamaria	143	30,8
Tuberculose	54	11,6
Infecção com HIV/SIDA	39	8,4

*A soma das % é superior a 100 porque cada mãe podia dar mais do que uma resposta

Tabela 18 - Doenças e sua transmissão da mãe para o filho

(N=465)					Momento de transmissão					
	Sim		Não		Gravidez		Parto		Amamentação	
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
A mãe pode transmitir ou infectar o filho com?:										
Febre	40	8,6	425	91,4	12	2,6			32	6,9
Diarreia	21	4,5	444	95,5	3	0,6			19	4,1
Tosse	62	13,3	403	86,7	13	2,8	1	0,2	54	11,6
Hepatite	22	4,7	443	95,3	9	1,9	3	0,6	13	2,8
Malária	107	23	358	77	54	11,6	4	0,9	68	14,6
Infecção mamaria	175	37,6	290	62,4	6	1,3			174	37,4
Tuberculose	359	77,2	106	22,8	133	28,6	14	3	308	66,2
HIV/SIDA	376	80,9	89	19,1	306	65,8	121	26	289	62,2

CAPÍTLO IV – DISCUSSÃO

Encontramos na Cidade de Maputo uma proporção considerável de mulheres grávidas que manifestaram intenção de amamentar (77%), uma alta prevalência de aleitamento materno nas mulheres com filho (92%). Uma análise aos escalões etários das crianças não revelou a existência de diferenças nas proporções de criança amamentadas. O comportamento das mulheres perante a amamentação depende em parte da existência de informação e conhecimento sobre a importância da amamentação e das vantagens para a saúde e não só. Como tal, observamos que as fontes de informação/conhecimento, mais importantes para o aleitamento materno foram a família e enfermeira de SMI e folhetos. Encontramos uma percentagem elevada de mulheres que consideram que o leite materno tem vantagens porque "*faz melhor a criança, é económico, evita doenças para a criança*". Destacamos ainda, que os motivos para não amamentar mais referidos estavam relacionados com a "*doença da mãe e ter leite fraco*".

Os saberes, usos e costumes do individuo reflectem a sua cultura, pelo que procedemos a análise da origem geográfica das mulheres lactantes, que estabeleceu uma relação com a prática da amamentação; o que estes resultados não permitem é uma leitura rigorosa devido a fraca representatividade de outras origens, a situação perante o trabalho onde maioritariamente as mulheres realizam apenas trabalho doméstico, consideram motivos para não amamentar a idade avançada do filho índice, doença da mãe, e dariam aleitamento artificial se a criança "*criança não assimila*"o leite materno.

Destacamos ainda a fraca relação com a amamentação observada para os motivos que podem impedir a amamentação, nomeadamente a falta de tempo (que poderia ser motivado pelo trabalho fora de casa), não gostar de amamentar, e a ocorrência de doença (criança/mãe), motivos para aleitamento artificial estão directamente relacionadas com a ausência prolongada das lactantes por trabalhar fora de casa.

Relativamente aos conhecimentos sobre doenças, observamos que as mulheres grávidas bem como as lactantes demonstraram ter conhecimentos sobre doenças que eventualmente possam impedi-las de amamentar, especialmente para as que estiverem infectadas com o HIV/SIDA.

Métodos

Neste estudo, por um lado, a frequência da consulta de gravidez era o critério objectivo para a selecção de mulheres grávidas; por outro lado, a frequência da consulta da

criança sadia o que pressupõe a existência de bebé foram considerados os dois principais vectores estruturantes da nossa população e, nesse sentido, assumiram um carácter único e objectivos em termos de selecção dos participantes no estudo. As dificuldades de comunicação decorrentes da fraca fluência de língua Portuguesa das mulheres seleccionadas foram ultrapassadas com recurso à língua local (Xichangana) que é segundo os Censos de 1997 falado por 33,3% da população da Cidade de Maputo.

Apesar do pré-teste realizado e das sucessivas revisões que levaram a algumas supressões e omissões de algumas variáveis que embora não fossem imprescindíveis para cumprir os objectivos serviriam para fornecer informação cujo conteúdo justificava a sua inclusão., em populações nas mesmas condições com as mulheres seleccionadas somos de realçar dificuldades demonstradas pelas mulheres na compreensão das perguntas e formulação de respostas simples. A extensão do questionário poderá ter tornado a sua administração cansativa para as mulheres originando respostas pouco convictas, o que poderá ter originado resultados contraditórios em algumas questões fazendo com que as conclusões sejam pouco fiáveis.

O horário da administração dos questionários foi adaptado ao período de maior afluxo de utentes no Centro de Saúde (Período da manhã até as 15 horas), o que permitiu que fosse possível abranger mulheres de todos estratos etários uma vez que a consulta para as grávidas adolescentes funcionam em atendimento especial.

Tornou-se inadequado o tratamento do aleitamento materno exclusivo, porque as mulheres podiam ter dificuldade de recordar datas de interrupção de aleitamento materno ou de introdução de outros alimentos ou líquidos, uma vez que esta forma de aleitamento constitui a maior preocupação das entidades que se debruçam sobre a questão e é a mais universalmente preconizada. Assim, foi definido como objecto de estudo a amamentação, delimitando-o na avaliação dos conhecimentos maternos e dos factores que são determinantes para a sua prática, através da interacção dos diferentes factores descritos. Para evitar desvios, que pudessem interferir, na comparação dos dados, devido às definições imprecisas das categorias de aleitamento materno utilizadas nos diversos estudos, o presente estudo utilizou a definição da OMS para o termo aleitamento materno, tentando compará-lo a dados que utilizaram a mesma definição.

Dentre os parâmetros do aleitamento materno foram estudados a proporção de crianças em amamentação. Os dados observados possibilitam uma análise transversal. Foi verificada a associação entre o aleitamento materno e as variáveis que poderiam interferir no comportamento da mesma.

Ao analisar os resultados procedemos à recodificação de algumas variáveis agrupando as que eram semelhantes e cujos valores não eram apropriados para análise individual. Apesar da técnica de entrevista por questionário ser amplamente utilizada, a leitura dos dados deve ser analisada cautelosamente, pois pode conter viéses próprios dos estudos transversais, em especial sobre aleitamento materno, pois esses, quase sempre são realizados com informações recordatórias, havendo sempre o risco de erro de memória do entrevistado e o viés de selecção que pode ocorrer se o tempo de espera para a entrevista for longo, o que pode originar desistências.

Optou-se por um estudo de carácter descritivo, ancorado nos preceitos da pesquisa quantitativa em saúde. Este estudo apoiou-se ao "... *Universo das aspirações, crenças, valores e atitude...* " (Minayo; 1994). Por isso, utilizamos a teoria das representações sociais como referencial metodológico. Segundo Minayo (1994), "*...as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais.*" Pode-se dizer que representações sociais são a maneira como os indivíduos de uma determinada sociedade, pertencentes a um determinado grupo social, expressam a sua realidade e a interpretam, dependendo do seu nível de conhecimento, partindo da construção de um saber próprio pautado na sua experiência do cotidiano. Sobre esse prisma é que lançamos a luz às representações de amamentação das mães que fizeram parte do presente estudo.

Prevalência aleitamento materno

A alta proporção (77%) de mulheres que manifestaram intenção de amamentar reflecte o facto de haver uma "cultura" da amamentação. Neste estudo, observa que 92% das criança são amamentadas, sendo este dado semelhante, ao que é descrito no INDSM (1997) com 95% das crianças amamentadas. Podemos ainda observar que o desejo de estar a amamentar vinham acompanhados de explicações e justificações que apontavam para o bebé, tais como fazer melhor à criança e ajudar a crescer, o que indicava claramente que o foco da amamentação está centrado na criança, sua saúde, suas necessidades. A mãe, sua saúde, seu prazer, seus direitos - fica em um segundo plano, não cabe neste estudo.

Outros estudos, observaram que em Maputo, 97,8% das crianças com menos de seis meses são alimentadas com leite materno. No entanto, a proporção com aleitamento materno exclusivo até aos quatro meses foi apenas de 32,6% (IDSM, 1997; UNICEF, 200). Apesar de estar longe do desejável, é importante salientar que o valor apresentado é bastante superior ao

de outras populações (Angola, Malawi, Botswana, Africa do Sul; Colômbia, Equador, Marrocos, Paquistão, Europa, EUA) (Quadro 1).

O período natural de amamentação (sem a influência da cultura), segundo diversas teorias, seria de 2,5 anos. Estudos etnográficos sugerem que, antes do uso disseminado de leites não humanos para crianças, elas tradicionalmente eram amamentadas por três a quatro anos, época em que as crianças usualmente deixam de amamentar quando lhes é permitido alimentar-se de acordo com a sua vontade. A OMS recomenda que a amamentação seja o mais prologado possível. O leite materno pode ser uma importante fonte de nutrientes após o primeiro ano de vida da criança. Em algumas populações, ele contribui com um terço a dois terços da energia ingerida.

Embora em muitos países africanos a percentagem de crianças com menos de quatro meses de idade alimentadas exclusivamente com leite materno seja inferior a 20%, a percentagem global de aleitamento materno aos (12-15 meses) de idade é na maioria dos países superior a 50%, (UNICEF, 2002). Nestes países, a proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo até aos quatro meses de idade tem vindo a aumentar, nos últimos anos, graças aos esforços e campanhas para promoção do aleitamento materno.

No presente estudo observamos que das crianças com idades entre aos 2-4 meses 92% eram amamentadas, 5-7 meses 87% eram amamentadas, 8-12 meses 91%, 13-18 meses 85% eram amamentadas, o que pressupõe que a pratica da amamentação não depende da idade das criança e nos permite reafirmar que há em Maputo uma alta prevalência de aleitamento.

Nwankwo (2002); McCann et al. (1994) observaram que várias combinações de alimentos podem estar a ser utilizadas sem serem adequadamente descritas pelos indicadores da OMS. Contudo, eles representam um avanço importante para a comparação das pesquisas sobre aleitamento materno e o estabelecimento de metas para os esforços de promoção.

Observamos um acréscimo de 4% na proporção de amamentação entre a intenção de amamentar demonstrada pelas mulheres grávidas e a pratica efectiva da amamentação avaliada através da prevalência de amamentação nas mulheres lactantes, , podendo isto significar que durante a gravidez as mulheres são informadas da importância de amamentar os seus filhos. Estes dados reflectem o que já tinha sido observado pelo IDSM (1997).

Factores de risco para o abandono precoce do aleitamento natural

Neste estudo, a falta de orientação médica especializada (só 5% tiveram atendimento), o que reflecte os dados a nível nacional onde apenas 2,1% foram vistas pelo médico, pois as consultas de gravidez bem como da criança sadia são garantidas pelas enfermeiras de SMI (96%) tal como foi observado pelo IDSM em que 75% das mulheres foram atendidas pela enfermeira, o que pode ter limitado desde logo a qualidade de informação prescrita, para o aleitamento materno e um fraco processo educativo ligado directamente as fontes de informação por onde é veiculada a informação/aprendizagem sobre aleitamento materno. Os familiares directos (mãe), amigos e folhetos (panfletos) dão informação, cuja eficácia nos parece duvidosa se atendermos aos níveis de escolaridade que são maioritariamente baixo o que pode implicar incapacidade de assimilar da informação e transforma-lo em conhecimento; o uso de aleitamento artificial de forma precoce, antes do período para o qual esta indicado; introdução de outros líquidos e/ou sólidos antes dos 6 meses; gravidez precoce em adolescentes, fazendo com que as crianças sejam criadas por outros membros da família.

Foi observado na África Sub-Sahariana e na América latina como factores de interrupção da amamentação ou introdução de suplementos alimentares: Ter pouco leite; Trabalho materno; problemas com o leite; Insatisfação da criança ou recusa do leite materno; Doença da mãe; Doença da criança ou criança prematura; Fraca informação sobre a importância do leite materno e suas vantagens. (Moodley et al, 1998, Victora et al., 1993; Barros et al., 1995b; Victora et al., 1997; Howard et al., 1999).

Diversas condições já foram descritas como associadas à maior probabilidade de não iniciar o aleitamento materno ou de interrompê-lo precocemente. A literatura disponível é bastante heterogénea, envolvendo trabalhos com diferentes métodos de estudo, definições de desmame diferentes e populações que vivem contextos históricos, sociais e culturais diversos. Por isso, a comparabilidade entre os resultados dos diferentes autores é limitada. (Forman, 1984), em trabalho de revisão, observa que a alimentação do lactente está relacionada a comportamentos da mãe e da criança, estado nutricional, situação de saúde e normas culturais; por isso, os factores associados com as escolhas e a duração do aleitamento devem ser estudados através de conhecimento de várias disciplinas, como, por exemplo, sociologia, antropologia, epidemiologia, nutrição, economia e demografia. (Rea & Cukier, 1988) lembram que o desmame é um processo social e não pode ser visto como facto isolado e unicausal, com raríssimas excepções. (Carvalho et al., 1996) agrupam os factores determinantes da interrupção do aleitamento em dois grupos: Os factores que influem na

decisão pessoal da mãe e que estão relacionados com o nível individual, familiar ou comunitário.

Factores socio-económicos que afectam indirectamente a decisão da mãe, contribuindo para a perda da cultura e da tradição do aleitamento materno: perda de tradições, crenças e valores; desvalorização da prática do aleitamento e da criação dos filhos; não reconhecimento da amamentação como estratégia para a segurança alimentar.

Nível socio-económico e rendimento familiar

As condições socio-económicas são avaliadas de várias maneiras na literatura, interagindo com a educação e diferentes estilos de vida, o que torna mais complexa a interpretação dos estudos disponíveis. Muitos trabalhos sugerem associação negativa entre as melhores condições socio-económicas e a duração do aleitamento materno. As mulheres grávidas, seleccionadas para este estudo, realizavam maioritariamente trabalho doméstico (78%) e esperam amamentar (77%); sendo que o seu cônjuge exerce alguma actividade remunera por conta de outrem (8%). Os resultados relativos a situação perante o trabalho sugerem que as mulheres irão amamentar independentemente da situação em que se encontrarem perante o trabalho (que é determinante na definição de estatuto socio-económico) ou ainda dada a sua situação de domésticas a probabilidade de virem a amamentar é maior na medida em que o seu tempo disponível é maior e estarão sempre junto a criança. Relativamente, as mulheres lactantes, (P=0,014) poderá estar relacionado com o facto de as mulheres na sua maioria não exercerem actividade fora de casa ou seja estarem sempre disponíveis para nutrir a criança e a sua situação económica ser fraca. O trabalho da mãe não é uma realidade unívoca: por vezes é fonte de satisfação e por outras de *stress*. No primeiro caso, tende a relacionar-se com resultados positivos; no segundo caso o emprego a tempo parcial pode manifestar resultados mais positivos bem como o emprego ou a permanência em casa a tempo integral. Na última década, as maiores durações do aleitamento são observadas nas populações de melhores condições de vida dos países desenvolvidos e de áreas privilegiadas dos países em desenvolvimento (Hunkeler et al., 1994). Nos países subdesenvolvidos os factores associados a amamentação e sua duração prolongada são: Necessidade de aumento do peso da criança; a fraca escolaridade, precárias condições económicas são associadas a altas taxas de amamentação (Moodley et al, 1998), de modo que este é o enquadramento dos resultados por nós observados.

Idade e escolaridade materna

A idade materna pode estar associada ao nível educacional e à experiência, já que mães menos experientes poderiam se sentir mais inseguras e, por isso, decidir amamentar seus filhos artificialmente. Aqui, a idade não demonstra alguma influência sobre amamentação, tanto mulheres novas bem como as mais desejam e amamentam sempre, comparativamente ao descrito em outros estudos, a baixa escolaridade das mulheres do nosso estudo (nível primário), esta directamente ligada aos factores de pobreza, abandono precoce da escolarização e as responsabilidades domésticas decorrentes do casamento que se realiza em idades precoces na sociedade Moçambicana, (Censos e IDSM; 45% das mulheres tinham a escolaridade primária). Mas há de facto, muitos autores descreveram associação positiva entre idade materna e duração do aleitamento. (Ever-Hadani et al. (1994), em Israel, descreveram menores taxas de início do aleitamento materno em mulheres abaixo de 24 e acima de 40 anos de idade.

A escolarização, do ponto de vista sociológico é um poderoso agente de socialização, ainda que de nível secundário, apesar de algumas restrições tais como as económicas e da sua localização, garantem ainda assim o êxito da socialização, pois algumas famílias não são capazes de passar determinada informação. O nível educacional da família se relaciona com o aleitamento de diferentes formas, conforme o grupo social, a urbanização, o trabalho e o momento histórico, sendo neste estudo irrelevante para amamentação. A maioria dos trabalhos do início da década de 80 descreveu associação negativa entre educação materna e aleitamento (Forman, 1984; Gómez Dantés et al., 1989).

Nos países desenvolvidos, em trabalhos mais recentes, podemos observar a tendência oposta: as mães de nível educacional mais elevado tenderam a amamentar com mais frequência e por mais tempo (Bourgoin et al., 1997). John & Martorell (1989) encontraram associação positiva entre aleitamento materno e nível educacional do chefe da família.

Os padrões de aleitamento da América Latina e Caribe indicam associação negativa entre escolaridade materna e duração do aleitamento (Pérez-Escamilla, 1993; Bautista, 1996; Vandale-Toney et al., 1997). O mesmo pode ser observado em vários países em desenvolvimento (Musaiger, 1995), mas esta tendência não é homogénea. Issler et al. (1989) observaram associação positiva entre a soma dos anos de escolaridade do casal e a duração do aleitamento materno. Xavier et al (1991), estudando recém-nascidos de baixo peso, observou associação positiva entre a escolaridade materna e a duração do aleitamento.

Experiência previa de aleitamento materno

A relação entre paridade e início da lactação tem sido descrita de forma controversa na literatura. Bautista (1996) e Chye et al. (1997) observaram que a primiparidade está associada à menor incidência e duração do aleitamento materno. Outros trabalhos mostram resultados diferentes. Ter amamentado previamente tem efeitos positivos mais intensos do que a paridade, tanto sobre o início do aleitamento materno como sobre sua duração (Forman, 1984; Pérez-Escamilla et al., 1992; Hunkeler et al., 1994). Por outro lado temos ainda que, nos países desenvolvidos – factores associados a amamentação e sua duração: As mulheres primíparas teem mais desejo de amamentar do que as multíparas ou seja se a experiência anterior tiver sido negativa provavelmente terão a mesma influência sobre a amamentação actual; o facto de a mulher estar a estudar ou a trabalhar são factores que podem introduzir alguma confusão. Muitas mulheres só decidem se amamentam ou não depois de conhecerem a sua importância; as questões do corpo tem relevância para as mulheres decidirem se amamentam; A falta de leite é muitas vezes uma boa razão para a interrupção da amamentação (Moodley et al, 1998).

Observamos que o facto de existirem filhos vivos e mortos, não interfere na atitude perante a amamentação o quer dizer que não há modificação de comportamento nem de expectativa em relação a amamentação a partir da experiência anterior, pois o acto de amamentar é tido como natural e não é importante ter já amamentado para o poder em relação ao actual bebé e ao desejo de amamentar futuramente.

Embora, a idade até a qual se deve dar aleitamento materno exclusivo não seja importante para o comportamento da mãe relativamente a amamentação destacamos esta variável, pois seria de esperar a semelhança do que afirmam as mulheres que com o aumento da idade haveria uma tendência para o abandono da amamentação, (P= 0,008); já em relação a opinião das lactantes temos um resultado diferente, (P=0,629) o que revela uma certa contradição, se considerarmos que as duas amostras tem mesmas características e por outro lado a informação que as mulheres consideraram mais importante, de entre aquelas que elas recordavam, diz respeito à amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do bebé. Isso pode indicar que as acções educativas dão ênfase a esta questão. Embora esta seja uma informação com grande grau de fixação entre as mulheres, estudos têm demonstrado a manutenção de índices importantes de desmame precoce, em geral no segundo mês (INAN/ UNICEF, 1989). O conhecimento sobre aspectos importantes da amamentação, como a duração indicada para o aleitamento exclusivo, não é suficiente para conduzir a uma prática adequada. Por outro lado,

é interessante reflectir sobre o espaço da mulher na decisão de amamentar e de prolongar a amamentação exclusiva até o sexto mês.

Cultura, etnia, religião, estado civil e suporte social

A origem étnica e cultural influência as atitudes e decisões maternas e interage com outros factores, gerando respostas diferentes em cada grupo. Amamentar em público, por exemplo, não era até a bem pouco tempo, uma prática universalmente aceita e isso podia se constituir num obstáculo ao aleitamento e às iniciativas de promoção (Simopoulos & Grave, 1984; Nelson, 1994). A transmissão cultural da prática do aleitamento materno está associada à sua maior duração (Ruiz & Cravioto, 1989). A origem cultural expressa neste estudo em origem geográfica não nos permitiu verificar em que medida isso influenciou o comportamento pratica da amamentação, na amostra das mulheres lactantes, o resultado que revela a associação positiva, poderá dever-se a fraca representatividade de algumas regiões. As diferenças nos padrões de comportamento e de resposta às actividades de incentivo vêm sendo estudadas, mas ainda de maneira incipiente. O estado civil mais frequente entre as mulheres das amostras estudadas é a união marital, (Censos; União marital 32,6%). As crenças religiosas têm papel importante em algumas culturas (Forman, 1984; Ever-Handani et al. 1994). Não temos evidência da existência do peso da religião na modificação de conhecimentos ou comportamentos, (Protestante/Evangélica: Grávidas 33,4%; lactantes 42,8%) reflectindo os dados nacionais, (Protestante/Evangélica representa 38,7%).

Isto apesar, de Moçambique reflectir o conceito teórico de uma sociedade colectivista, em que os grupos nacionais são diferenciáveis com base nos valores que advêm da sua região e consequentemente da religião. Assim, a religião parece ser um marco diferenciável dos valores das pessoas e consequentemente, uma variável importante no estudo e compreensão das sociedades modernas. (Mazula, 1995). Finalmente, parece poder concluir-se que um mesmo contexto histórico e social não é determinante de grupos homogéneos visto que outras variáveis parecem ser bastante mais determinantes dos valores dos grupos sociais. Esta linha de investigação aplica-se não só a religião como a qualquer outra variável determinante de valores de um grupo pelo que parece ser importante a sua aplicação em estudos futuros.

A influência de vários factores de risco pode ser diferente conforme o grupo étnico (Ryan & Martinez, 1989; Ford & Labbok, 1990; Jacobson et al., 1991; Ryan et al., 1991). Rea (1994) observou, nas em algumas regiões da América latina, menor duração do aleitamento entre brancas, achado compatível com outros dados, como os de Martines et al. (1989). Aquela autora também observa que os dados da literatura quanto à questão étnica são

conflituantes e há poucos conhecimentos a respeito das influências de características biológicas, económicas ou sociais sobre o comportamento dos diferentes grupos.

Urbanização

As mulheres residentes em áreas urbanas tendem a amamentar com menor frequência e por menos tempo do que as moradoras de áreas rurais (Forman, 1984; Pérez-Escamilla, 1993; Bautista, 1996). As mulheres das amostras estudadas vivem em Moradia/Vivenda: grávidas 71,3% e lactantes 70,8%, tal como se verificou nos Censos (54,8%) e que a maior percentagem era residente no Bairro Luís. O bairro a semelhança da origem geográfica não constitui indicadores influentes para amamentação, por esta ser uma questão vinculada aos costumes.

Moodley et al (1998), na sua revisão bibliográfica a cerca das políticas e investigações sobre o aleitamento materno, concluem que as praticas desenvolvidas sobre o aleitamento materno pelas elites urbanas tem uma forte influência sobre os comportamentos das mães de zonas rurais através do fenómeno da moda uma vez que os estilos de vida são difundidas através da cultura urbana e depois adoptadas pelas gentes da zona rural. Concluem que na Africa do Sul pratica do aleitamento materno tem vindo a decrescer: o início da amamentação logo a nascença é de 80% na zona rural e na zona urbana situa-se amenos de metade deste valor; A duração do aleitamento materno é mais prolongada na zona rural do que na zona urbana; Uma grande proporção de crianças com menos de 3 meses recebe aleitamento complementado; a introdução de alimentos sólidos faz de uma forma muito precoce.

Peso ao nascer

Vários autores descreveram a associação entre baixo peso ao nascer e menor probabilidade de iniciar a amamentação (Victora, 1988; Forman, 1984; Ever-Hadani et al., 1994; Adair & Popkin, 1996; Pérez-Escamilla et al., 1998). Estas diferenças podem reflectir dificuldades na sucção e sua regulação pelo recém-nascido, ou ser consequência de internamentos após o nascimento, separando os recém-nascidos de suas mães (Barros et al., 1986b; John & Martorell, 1989; Pérez-Escamilla et al., 1995). Entretanto, o desmame precoce também é mais frequente entre as crianças com baixo peso ao nascer; este achado não pode ser atribuído exclusivamente a problemas no período perinatal (Barros et al., 1986b; Victora et al., 1988; Xavier et al., 1991; Adair & Popkin, 1996). A situação é pior entre as crianças de muito baixo peso (menos de 1500 g) (Xavier et al., 1991). Maioritariamente as crianças do

nosso estudo possuem um peso dito normal (2500-3499g: 71,3%) compatível com os 35% observados pelo IDSM, que não é importante para a pratica da amamentação.

Razões, atitudes e motivações maternas

As razões, atitudes e motivações mais apontadas, nos diversos trabalhos, com frequências variáveis, são: conceitos ou interpretações sobre o aleitamento e sobre a capacidade materna de nutrir a criança (leite "fraco", insuficiente, "secou"); trabalho fora do lar; choro; rejeição ao seio pela própria criança; nervosismo; problemas mamários; constrangimento; cansaço; preocupações estéticas; conveniência (Sjolin et al., 1977; Simopoulos & Grave, 1984; Amine et al., 1989).

Observamos que a *sede* e o *calor* da criança justificam o esperar dar ou estar a dar água ao bebé, isto talvez, desconhecendo que dar água a um bebé que tem menos de seis meses é desnecessário e pode até mesmo ser perigoso. Crianças que são amamentadas, frequentemente, recebem grande quantidade de água através do leite materno. Aproximadamente 90% do leite materno é formado por água! O risco de infecções nos bebés é muito aumentado se ele recebe água. O risco de introduzir bactérias e outros patógenos é aumentado com o uso da água (ou qualquer outra coisa além do leite materno) nesse período. A contaminação pode vir pela própria água ou dos utensílios usados para dar água ao bebé. Crianças que não são exclusivamente amamentadas tem maiores taxas de diarreia e outras doenças que crianças exclusivamente amamentadas. Apenas a água encontrada no leite materno é pura o suficiente para os bebés pequenos. Se tomar água, o bebé será menos nutrido do que deveria. Leite materno contém agentes anti-bactérianos e anti-virais, que agem como uma primeira imunização do bebé. Se a água substitui o leite materno em alguns momentos, a criança não vai receber o máximo de protecção que iria se fosse apenas amamentado. A produção do leite materno pode diminuir. O suprimento do leite materno depende principalmente da demanda do bebé. Se o bebé estiver a receber água e mamando menos, a mãe vai produzir menos leite. Dar água ameaça a protecção contraceptiva da amamentação. A criança que bebe água sente-se mais "cheia" e consequentemente vai mamar menos. Amamentar frequentemente é necessária para uma efectiva protecção contraceptiva, portanto a mãe não estará protegida de uma outra gravidez pelo mesmo tempo que estaria se ela não desse a água ao bebé.

Observamos que maioritariamente, as mulheres mencionam como vantagem do aleitamento materno fazer melhor, evita doenças e ajudar no crescimento/desenvolvimento da criança. Dos motivos assinalados como podendo impedir a amamentação destacamos a

doença da mãe e ter engravidado outra vez, poderão estar associados a crença segundo a qual uma mãe doente pode contaminar o seu filho e que o leite produzido neste estado é impróprio para a criança, falta de tempo (Trabalho) mesmo não sendo estatisticamente significativo, a ausência prolongada da mãe impede de estar próximo da criança quando ela necessita de mamar. Esta indicação, de que existem situações em que a amamentação, seja desaconselhada observa-se apesar da percepção da "naturalidade" dessa prática. Quanto aos benefícios do aleitamento materno para as mulheres, é interessante notar que não foi dada grande importância à questão do custo (É económico), que apareceu apenas em uma pequena percentagem das respostas, embora a maioria das mulheres atendidas no Centro de Saúde seja oriunda de estratos populacionais desfavorecidos. Por outro, lado, a praticidade (É higiénico) foi uma característica pouco destacada.

O melhor leite para o bebé é o leite materno, ainda assim não observamos que esta opinião podê interferir na atitude das mulheres perante o acto da amamentar.

Moodley et al (1998), em revisão bibliográfica sobre estudos realizados na Africa Sub-Sahariana foram descritos como factores associados a amamentação e sua duração: Aumento do peso da criança é um bom motivo para amamentar; a fraca escolaridade, precárias condições económicas são associadas ao prolongamento da amamentação; O alto nível socio-económica, ser urbano, o uso de contraceptivos orais e o trabalho materno está associado a curta duração da amamentação; Ter pouco leite e estar a trabalhar são motivos para aleitamento suplementar; Ter pouco leite, doença da criança, criança rejeitar e outra gravidez são razões para interromper a amamentação. Para os países desenvolvidos bem como nos países em desenvolvimentos a força do marketing dos produtos e fórmulas lácteas vão ganhando força na influência negativa sobre a escolha das mulheres no comportamento a adoptar. A proposição de que o aleitamento protege contra doenças coloca uma responsabilidade a mais para a mãe, no que diz respeito à necessidade de alimentar seu filho ao seio, o que pode gerar frustração e culpa no caso de ela não conseguir, por algum motivo, amamentar.

A relação mãe - filho pode ser perturbada por sentimentos de maior ou menor capacidade ou fracasso em relação ao papel materno. As dificuldades de estabelecimento do vínculo mãe - filho se originam da não aceitação da gravidez, de estados depressivos e baixa auto-estima e podem se expressar através de distúrbios do sono, cólicas, choro intenso da criança e piores condições maternas para o aleitamento. Esses estados depressivos estão também associados à privação socio-económica e cultural, a experiências negativas prévias e à falta de suporte familiar e social. (Avila-Rosas et al., 1995).

O uso de contraceptivos hormonais contendo estrogénios tem efeitos negativos sobre a lactação, devendo, de preferência, ser postergado até o desmame total (Valdez et al, 1996). Neste estudo vimos que o contraceptivo mais utilizado após o parto é a pílula.

Papel dos serviços de saúde materno - infantil

As transformações culturais e a disponibilidade de alternativas ao aleitamento deram às práticas de assistência perinatal, nos serviços de saúde, importância decisiva no estabelecimento da lactação (Winikoff & Baer, 1980; Sousa & Sousa, 1986; OMS/UNICEF, 1989; Carvalho et al., 1996; OMS, 1998). Vários trabalhos demonstraram associação negativa entre parto assistido por trabalhadores de saúde – principalmente médicos - e taxas de aleitamento materno (Winkoff, 1988; Pérez-Escamilla, 1993; Bautista, 1996), o que não se verifica neste estudo. Para reverter esse quadro, várias acções vêm sendo desenvolvidas. Em 1989, foi publicada uma declaração conjunta da OMS e UNICEF, tratando especificamente dos serviços materno - infantis e seu papel na protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno, contendo os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento" (OMS / UNICEF, 1989), que são um conjunto de orientações para promover o aleitamento nos serviços de atendimento materno - infantil. As evidências científicas sobre cada um desses passos foram objecto de revisão recente (OMS, 1998).

Uma pequena parte das mulheres refere ter realizado ecografia. Se atendermos ao seu nível socioeconómico observamos que essa será a justificação para estas proporções baixas na medida em que o seu custo da realização de ecografia pode ser o motivo para tão baixa proporção de mulheres que a realizam. O resultado relativo aos meses de gestão na 1ª consulta e o nº de consultas na gravidez assemelham-se aos observados pelo IDSM, podemos deduzir que estamos assim perante fraca utilização dos cuidados na gravidez devido ao recurso tardio aos serviços de saúde, como tal não beneficiam de acções educativas.

As acções educativas dirigidas a gestantes vêm sendo estudadas por vários autores, e são mais efectivas em primigestas. (Bracco Neto, 1993; Neutzling et al, 1993; OMS, 1998). O exame e a preparação das mamas para a lactação têm resultados controversos na prevenção de dificuldades no aleitamento (Winikoff & Baer, 1980; OMS, 1998).

As fontes de informação mais importante que supomos veicularem conhecimentos relativos a amamentação, referidas pelas mulheres grávidas, para o aleitamento materno e artificial são mães familiares/amigos e enfermeiro/médico e as lactantes referiram os familiares/amigos e enfermeiro/médico. O facto de a maioria das mulheres afirmarem ter recebido informações sobre aleitamento materno e artificial no pré-natal e na consulta da

criança sadia através do enfermeiro de Saúde Materno Infantil que aparece como o informante mais lembrado pode estar relacionado com a "maior legitimidade" que ele possui para a população quando a temática é a saúde. Merece consideração o facto de o médico ter sido citado menos, embora as gestantes tenham consultas regulares com um especialista durante o pré-natal. É possível que aqueles profissionais tenham maior inserção nas actividades educativas em saúde, nas quais o aleitamento materno é uma temática recorrente. é um dado digno de destaque, considerando-se que as informações sobre aleitamento são parte integrante da atenção pré-natal e da curva de peso realizada no Centro de Saúde.

O contacto precoce entre mãe e recém-nascido favorece o estabelecimento da lactação e sua manutenção por tempo mais prolongado (Winikoff & Baer, 1980; Wright & Walker, 1983; Leyava-Pacheco et al., 1994; Bautista, 1996). O alojamento conjunto aumenta a probabilidade de sucesso do aleitamento materno, principalmente em primíparas. É difícil separar o efeito do alojamento conjunto do efeito, também demonstrado, da amamentação em livre demanda (Winikoff & Baer, 1980; Martines et al., 1989; Pérez-Escamilla et al., 1993; Pèrez-Escamilla et al., 1994; OMS, 1998). As crianças que estiveram internadas após a amamentação revelam uma alta taxa de aleitamento. Isto reflecte os resultados do IDSM, cujos resultados ressaltam que a 1ª mamada foi feita nos primeiros momentos após o parto.

O papel do parto cesariano no estabelecimento da amamentação tem sido bastante estudado. Vários estudos revelam menor frequência de início do aleitamento e desmame precoce entre crianças nascidas por cesariana (Procianoy et al., 1984; Victora et al., 1990; Ever-Hadani et al., 1994; Weiderpass et al., 1998). Alguns autores não evidenciaram associação entre o tipo de parto e a incidência do aleitamento materno, sugerindo a acção de outros factores (Vestermark et al., 1990; Clements et al., 1997). As lactantes da nossa amostra tiveram maioritariamente parto normal vaginal (90%) e parto do tipo Cesariana e instrumentalizado (9,5%). Tendo sido observado que independente do tipo de parto as mulheres amamentam sempre.

Doenças Maternas e problemas ao nascer

As principais doenças maternas associadas à mortalidade infantil encontradas na literatura são: a hipertensão arterial, diabetes, infecção por HIV, sífilis e infecção por streptococcus grupo B. (Brown e tal, 1996), (Nicoloso, 1994) e (Kim, 1996), relacionaram hipertensão severa à alta ocorrência de crianças que apresentaram baixo peso ao nascer e alta taxa de mortalidade perinatal e a alta ocorrência de pré-eclâmpsia. Brown (1996) também concluiu que a simples monitorização da pressão arterial materna pode evitar o baixo peso ao

nascer e a pré-eclâmpsia diminuindo com isso, a taxa de mortalidade perinatal. A hipertensão crónica materna, faz com que mães hipertensas crónicas, sem pré-eclâmpsia possuam um alto risco de conceber bebés prematuros. A prevenção da ocorrência de pré-eclampsia em mães hipertensas através do uso de drogas anti-hipertensivas é capaz de diminuir a mortalidade perinatal, segundo os autores. (Cnattingius, 1994), concluíram que 24% das mães diabéticas conceberam crianças prematuras, sendo que aproximadamente 50% destas morreram. (Wender, 1994), por meio de um estudo com 416 mães diabéticas, verificaram que aquelas que receberam tratamento, conceberam bebés apresentando baixa taxa de mortalidade perinatal (1,44%) e neonatal (0,96%). Concluíram assim, que o tratamento de mães diabéticas diminui significativamente a mortalidade perinatal e neonatal. A infecção por streptococcus do grupo B estudada por (Kosheleva, 1994), mostrou que mulheres infectadas por essa bactéria apresentaram alta incidência de complicações para o feto, principalmente infecção aguda do aparelho respiratório (21,3%). A mortalidade perinatal pelo streptococcus-B foi de 12,6%. A infecção pelo HIV foi estudada por (Walraven, 1996), que concluíram que a diminuição do HIV-1 pediátrico, responsável por um alta mortalidade infantil, pode ser obtido com a diminuição da infecção materna. Em relação à infecção por Treponema pallidum, a sífilis congénita se instala em 85% dos casos de mães doentes, com morte de 33% dos conceptos.

Observamos que para a generalidade de doenças as mulheres demonstram possuir conhecimentos sobre as condições que possam impedir a amamentação. Tiveram problemas/patologia ao nascer 6,7% crianças e o problema mais frequente entre as crianças é o baixo peso ao nascer para alem de nascimento prematuro, conjuntivite, hipoglicemias e Malária. Dos problemas na gravidez encontrados destacamos DST's e HIV/SIDA afectam 5,2% da nossa amostra de grávidas e para as lactantes foi a Malária (58,1%). A diferença com os achados de outros estudos resulta dos problemas conjunturais a nível das doenças infecto contagiosas que são frequentes entre as mulheres em idade fértil na sociedade Moçambicana.

Aika et al (2003), num estudo realizado em Lusaka, Zâmbia cujo o objective era de avaliar as praticas maternas relativas a amamentação em mulheres infectadas pelo HIV/SIDA, chegaram a ao seguinte resultado: Entre 25% a 44% da transmissão da mãe para o filho do vírus da sida ocorre durante a amamentação. Chegaram também a conclusão de que apenas 35% das crianças são amamentadas exclusivamente pelo leite do peito e que há uma grande correlação entre o facto de se introduzirem alimentos líquidos ou fluidos de forma precoce e o facto de as mães estarem infectadas com o vírus da sida e que nestas crianças há um maior

risco de mal nutrição uma vez que as mães são obrigadas a muito cedo encontrarem alternativas ao aleitamento materno.

A introdução precoce de formas lácteas ou leite comercial deriva do facto de mães se encontrarem infectadas e não saberem quais as melhor alternativas para a alimentação do recém-nascido. Por outro lado elas oferecem água, água com açúcar e outros fluidos. As práticas alimentares das mães infectadas pelo vírus são significativamente diferentes das mães não infectadas. Amamentação e HIV/SIDA: Muitas crianças com sida são resultado de transmissão mãe filho (congénita ou durante o aleitamento materno); o risco de infecção da criança varia: se a mãe foi infectada antes de ela nascer ou ser concebida e a mãe ter sido infectada durante a amamentação; a transmissão na amamentação aumentou 14% (IC-95%: 7-22%) (Moodley et al, 1998). O conceito de que é possível transmitir através do leite não só benefícios, mas também malefícios, parece estar bem presente no grupo entrevistado.

Desenvolvimento e Saúde Perinatal

Alguns estudos a respeito de factores de risco para a mortalidade infantil relacionados à gravidez revelando que a ruptura precoce de membranas é um deles; Outro factor associado é o desenvolvimento de más formações congénitas as más formações congénitas são responsáveis por mortes fetais e as principais são: doença congénita do coração, e hipoplasia pulmonar (Brown e tal, 1996), Nicoloso, 1994, Kim, 1996, Kosheleva, 1994). No continente africano, a realidade socioeconómica agravada pelas consequências dos recentes conflitos bélicos é responsável pelas débeis condições de vida e de saúde da população geral, em particular das mulheres e crianças.

O Centro de Saúde é o local de consulta habitual. O número de consultas de pré-natal não foi um dado de grande magnitude na lembrança das informações ou obtenção de conhecimentos. Independentemente do número de consultas, o padrão de informações lembradas é o mesmo, correspondendo a alguns dos temas abordados durante as acções educativas do pré-natal (palestras). Esta forma de educação pode levar a que as mulheres não se lembrem de ter recebido tais informações. Essa possibilidade apontara para uma falha no acompanhamento pré-natal, talvez pela forma como são realizadas as actividades educativas, não resultando em uma boa fixação do conteúdo. Cabe ressaltar que não se sugere que haja uma vinculação directa entre a informação e a mudança de comportamento, mas entende-se como viável a suposição de que as mulheres se lembrariam da existência de informações, mesmo que não conseguissem se lembrar de algumas especificidades sobre o que foi informada.

Comparamos a proporção de mulheres que usavam contraceptivo, pelo que observamos que as mulheres amamentam sempre (P=0,001) e o momento de início de uso de contraceptivo, (P=0,005). A ocorrência de gravidez durante a amamentação é também um dos motivos frequentemente apontados para o abandono do aleitamento. Deste modo, seria importante avaliar a eficácia de programas de contracepção (planeamento familiar) como forma de promoção do aleitamento.

De acordo com as estatísticas divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade infantil em Moçambique diminuiu de 180 por 1000 nados-vivos em 1960, para 126 por 1000 em 2000. Os valores apresentados são superiores aos indicados para a África Sub-Sahariana nos mesmos anos (153/1000 e 108/1000, respectivamente) (UNICEF, 2002). Moçambique é o quinto país africano com maior risco de morte em crianças com menos de 5 anos de idade (22,7% para o sexo masculino e 20,8% para o feminino). Por outro lado é um dos países com mais alta fecundidade (6,1 crianças por mulher em idade fértil), contribuindo de forma importante para a mortalidade infantil mundial.

Atendendo à escassez de informação sobre indicadores de Saúde Infantil e à falta de validação em grande parte da investigação realizada nos países em desenvolvimento. Para compreender a elevada mortalidade infantil observada nestes países é necessário conhecer as causas de morte e os factores que lhe estão associados.

Nos países mais pobres da América Latina observam-se proporções mais elevadas de aleitamento materno exclusivo, embora a tendência seja para diminuir. A proporção de aleitamento materno exclusivo na Bolívia foi 59% e 53%, em 1989 e 1994, respectivamente. Na maioria dos países europeus a prevalência de aleitamento materno é baixa, sendo a Suécia o caso de maior sucesso, com 61% de aleitamento materno exclusivo em 1993 (WHO, 2003). A idade ou crescimento da criança foi o motivo mais frequentemente apontado pelas mães para abandono do aleitamento materno. Este achado salienta a importância da divulgação de informação sobre práticas de aleitamento materno e seus benefícios.

Atendendo à elevada percentagem de mulheres que indicaram a doença materna como motivo para abandono, surge a necessidade de esclarecer quais as doenças invocadas e avaliar a adequação da decisão em função da situação clínica. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) seria provavelmente uma das doenças frequentemente referidas. Em Moçambique, em 1999, a prevalência da infecção por VIH, em mulheres com idade compreendida entre os 15 e 45 anos variou entre 13,4% e 16,1% (UNAIDS, 2000).

A ocorrência de gravidez durante a amamentação é também um dos motivos frequentemente apontados para o abandono do aleitamento materno. Deste modo, seria

importante avaliar a eficácia de programas de contracepção como forma de promoção do aleitamento materno.

No estudo publicado apenas se investigou os motivos para abandono do aleitamento materno, mas seria importante esclarecer as razões que levam à introdução de outros líquidos, incluindo a água, na alimentação da criança. A interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo foi mais frequente nos grupos mais desfavorecidos e de maior risco perinatal, ou seja naqueles que mais beneficiariam com tal prática.

A má nutrição continua a ser um dos principais problemas de saúde nos países em desenvolvimento, apesar da sua frequência ter diminuído durante os últimos anos. Nas crianças com menos de cinco anos de idade, a baixa estatura para a idade diminuiu de 47% em 1980 para 33% em 2000 (UNAIDS, 2002). No artigo agora publicado, a baixa estatura para a idade foi o indicador de desnutrição mais prevalente, seguido do baixo peso para a idade e do baixo peso para a estatura. O valor apresentado para a frequência de baixa estatura para a idade, em crianças com um ano de idade, diminuiu desde 1989 (34,8%) até à actualidade (20,0%) (Lunet at al, 2002). A baixa estatura para a idade é o índice antropométrico que melhor avalia as perturbações do crescimento alongo prazo. Ao contrário do peso para a estatura que reflecte situações agudas, tais como as diarreias e infecções respiratórias, a estatura para a idade reflecte situações crónicas como a restrição de crescimento intra-uterina e a baixa ingestão calórico-proteíca. A desnutrição é agravada pela ocorrência de doenças infecciosas na infância e condiciona o seu aparecimento e agravamento, podendo conduzir à morte. Está também relacionada com o aparecimento de doenças crónicas na idade adulta. Por outro lado associa-se com as práticas de aleitamento e quando surge pode condicionar as atitudes e comportamentos maternos relativos a esta prática.

Embora, os resultados encontrados não possam ser generalizados para a população total moçambicana e os valores encontrados não sejam directamente comparáveis com outros publicados, os trabalhos salientam a desnutrição, em particular aquela que reflecte situações crónicas, o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo e o baixo nível de conhecimentos maternos sobre transmissão das diarreias infecciosas como problemas relevantes para a saúde das crianças de Maputo. Na tentativa de melhorar os indicadores de saúde infantil neste país seria importante avaliar programas de intervenção relacionados com os problemas de saúde apontados e factores de risco associados.

Alimentação da mulher e amamentação

O uso de *galega officinalis* e vitaminoterapia, foram citados como lactogogos. Há relatos de que antigamente as folhas do algodoeiro eram empregadas sob a forma de chá pelas "negras americanas". Neste período, os criadores de vacas leiteiras utilizavam torta de caroços de algodão à forragem para aumentarem a produção de leite. Esta foi a primeira correlação encontrada entre os animais (nutriz x vaca leiteira) (Gesterira, 1957; Silva, 1990). Os chineses serviam-se de uma "mistura de gordura de porco, grão-de-bico, sopa de lulas e cabeças de camarão, com vinho doce feito de arroz glutinoso adicionado de insectos"; enquanto que *lactogol* ou *galega officinalis*, *lactífero*, *galactogeno*, vinho Biogalênico e a cerveja Guiness eram mencionados, como produtos lactogênicos, sem contudo explicar como seria a acção dos elementos acima citados (Ornellas, 1978).

A metoclopramida tem sido usada quando ocorre a inibição da lactação. Este medicamento é tido como um potente estimulador para a liberação da prolactina e consequentemente promove a produção do leite. Este mecanismo ocorre quando a metoclopramida age competitivamente inibindo a dopamina, um neurotransmissor, que suprime a liberação da prolactina. Na nossa vivência, também encontramos com frequência queixas de hipogalactia, por parte das puérperas. Muitas vezes elas deixavam de comer certos alimentos por acreditarem, que esses secam ou diminuem a produção do leite. Às vezes dão ênfase na ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, a água inglesa, a cerveja preta, o arroz doce, a canja, a água e o leite. (Kauppila, 1985)

Na comunidade de Itapuá (PA), as mulheres acreditavam que durante a lactação tudo que comiam passava para o leite materno e muitas vezes fazia mal à criança. Os mais antigos ordenavam às lactantes não ingerissem determinados alimentos, restringiam a ingestão de algumas frutas e introduziam de forma precoce outros alimentos, e isto era respeitado. Como galactogogos as mulheres faziam uso de muito líquido, mingau de arroz, caldo de galinha, caldo de feijão, caldo de peixe, caldo de carne, açaí, água inglesa e colocar a criança para sugar. Faziam uso de recursos convencionais como passar o suor do pote de água, passar pente fino, passar o leite da árvore da fruta-pão e passar folha de mato nas mamas (Bitar, 1995).

Em termos nutricionais, é referenciado que a manutenção da lactação com ingestões energéticas e nutricionais mais baixas que as recomendadas é possível, e até sem aumento calórico, em relação à dieta da mulher não grávida, não lactante. Isto não implica, evidentemente, em não aumentar a ingestão de alimentos, ao contrário, sugere a importância do papel nutricional dos períodos anterior e posterior à gestação, no desempenho lactacional.

É enfatizada a dieta, durante a gravidez, no que se refere aos alimentos essenciais e promotores do leite materno (Ornellas, 1978).

Para as mulheres grávidas e lactantes do nosso estudo, o amendoim e a cacana era o produto ou alimento que aumenta a produção do leite na mulher. Este facto deriva do conhecimento generalizado na sociedade Moçambicana de que o amendoim é o produto mais indicado devido ao seu elevado valor nutritivo e calórico. Portanto, recomenda-se que a mulher lactante receba, através de sua alimentação, grande quantidade de água, glícidos, prótides, lípides, sais minerais e vitaminas, elementos que serão utilizados para a formação do leite, com a finalidade de não desfalcar suas reservas orgânicas (Ornelas, 1983). A lactação acarreta no organismo materno uma demanda similar à da gestação. Após o nascimento da criança, o alimento começa a ser produzido pelas glândulas mamárias, como o substituto sanguíneo para a criança; com o desenvolvimento do bebé, a alimentação da mãe também deve ser aumentada, e ajustada para oferecer alimentação ao seu lactente (Mitchel, 1978). Refeições intermediárias durante a lactação são recomendadas. Os líquidos devem ser tomados em abundância para reposição da água secretada no leite (Burton, 1979).

Quanto a composição, é observado que a dieta materna e o estado nutricional pouco influenciam sobre o conteúdo de macro nutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) e também sobre a concentração de energia no leite materno. No entanto, a quantidade pode diminuir se não houver "matéria-prima" disponível para a glândula mamária, sem que haja alteração significativa quanto a sua composição (OMS, 1994).

Um dos factores que pode influenciar na decisão das mulheres a adoptar ou não o leite materno como alimento para seus filhos, nos primeiros meses de vida, depende do aporte nutricional da lactante. Mulheres que acreditam ter alimentação insuficiente, sentem-se incapazes de produzir leite e amamentar seus filhos.

A situação difere no que diz respeito a micro nutrientes (vitaminas e minerais), uma vez que estes estão directamente influenciados pelo estado nutricional da mãe, para que esteja presente no leite materno (OMS, 1994).

Pudemos perceber que há semelhança nos alimentos que elas ingeriram, portanto inferimos que a crença alimentar é cultural.

É importante os profissionais de saúde oferecem orientação educacional às mulheres, já no início da gravidez e que estes sejam capazes de identificar mulheres em risco de enfrentar dificuldades no processo do aleitamento materno (UNICEF, 1993).

Mulheres que recebem orientações de pessoas nas quais elas depositam total confiança apresentam mudança de comportamento. E vimos que este fato ocorreu em nossa pesquisa. A

mãe ainda exerce a função de eterna orientadora dos actos (tradição), apesar da nutriz ter constituído uma família, pois já viveu a maternidade. Assim como a enfermeira de saúde materno infantil e o médico desempenham um papel relevante na comunidade. Como vimos nas questões relativas as fontes de informação.

CAPITULO V - CONCLUSÕES

- A prevalência, bem como o desejo de amamentar, são elevados, (grávidas 77% tinham intenção de amamentar e lactantes 92%).
- A família e a enfermeira de Saúde Materno Infantil são as fontes de informação mais importante na formação de conhecimentos e representações sobre o aleitamento tendo ficado evidente que as enfermeiras de Saúde Materno Infantil desempenham um papel fundamental na decisão das mulheres amamentarem e por quanto tempo.
- As variáveis de caracterização sócio-demográfica não se associaram ao desejo de amamentar, para as mulheres grávidas. Por outro lado observamos que para as lactantes foi estabelecida associação entre a origem geográfica e a situação perante o trabalho
- Maioritariamente as mulheres grávidas apresentam-se a 1° consulta de gravidez com 4-6 meses de gestação (69%), afirmando as lactantes ter acontecido o mesmo (67%). Os problemas mais registados na gravidez são os relacionados com DST's e HIV/SIDA 5,2% das mulheres que apresentam algum problema da gravidez actual e relativamente as mães cerca de 60% tiveram como principal problema na gravidez anterior a malária. No que diz respeito as crianças o baixo peso ao nascer é o principal problema 15.9%.
- As vantagens do aleitamento materno mais conhecida pelas mulheres grávidas é faz melhor, evita doenças e ajuda no crescimento da criança, os conhecimentos das vantagens do aleitamento materno para as lactantes não se associou a a prática da mesma. Tendo sido referido como motivos que podem levar a mãe a deixar de amamentar, a doença (mãe/criança) e ter engravidado.
- O melhor para acriança o leite materno (grávidas 79% e 90,2% lactantes). A idade até a qual a maioria das grávidas pensa que se deve dar leite materno a criança é 4-6 meses.
- De facto, podemos corroborar a nossa hipótese de que a difusão de informação, permite que as mulheres adquiram conhecimentos sobre o aleitamento materno aumentado, as razões para a sua prática, pois as acções educativas visando ao estímulo do aleitamento materno enfatizam essa informação. Todavia, o conhecimento sobre o tempo indicado para o aleitamento exclusivo e a certeza de sua importância para o bebé não parecem ser suficientes para conduzir a uma prática adequada.

- Os motivos que levariam a mulheres lactantes a dar outro leite a criança seria o facto de ter pouco leite e as fontes de informação responsáveis pelos conhecimentos sobre aleitamento artificial a semelhança dos conhecimentos em geral, é o enfermeiro e a família. Maioritariamente as mulheres justiçam o facto de dar água a criança pela sede e calor.
- O amendoim a cacana e as verduras em geral são considerados alimentos que contribuem para aumentar o leite da mãe, isto estará ligado ao fenómeno cultural e as crenças sobre as qualidades terapêuticas e nutritivas de algumas verduras e do próprio amendoim.
- Há conhecimentos sobre doenças tanto para as grávidas bem como para as lactantes, que se referem as doenças infecciosas como as que impedem a amamentação (tuberculose, hepatites, HIV/SIDA), confirmando assim a existência de conhecimentos generalizados sobre doenças e a possibilidade de transmissão de mãe para o filho.

RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados aqui discutidos, consideramos que seria apropriado encaminhar as seguintes recomendações:

- Ficou evidente que as enfermeiras de Saúde Materna Infantil desempenham um papel fundamental na decisão das mulheres amamentarem e por quanto tempo. Nesse caso, a enfermeira é tida como melhor fonte de conhecimento, tanto para tomar a iniciativa de interromper o aleitamento exclusivo quanto para legitimar as decisões da mãe a esse respeito. Entretanto, para que continue com o seu papel, as prescrições da enfermeira devem encontrar suporte no desejo e determinação das mães e deve haver um reforço dos encontros das mães com a enfermeira de modo que haja um diálogo permanente através de consultas mais cuidadas.
- De modo geral, parece que as campanhas de estímulo ao aleitamento materno devem actuar no sentido de motivar, estimular nas mulheres o desejo de amamentarem, mesmo quando a gravidez ainda seja apenas um projecto ou uma possibilidade. Isto pode ser feito através da ênfase acerca dos benefícios da amamentação não só para os bebés mas também para as mães. A preocupação em gerar valores e expectativas positivas em relação ao aleitamento materno deve constituir parte de um processo educativo abrangente, desde a infância. É preciso que a amamentação seja vista como desejável e importante no imaginário das pessoas desde cedo. Porém, não se trata de vender uma imagem idealizada do aleitamento materno. Parece-nos que resultaria mais produtivo aliar à valoração positiva deste acto uma avaliação equilibrada das dificuldades nele implícita, bem como de suporte para resolvê-las. Ou seja, a campanha de estímulo ao aleitamento materno não deve omitir ou menosprezar que nem sempre é fácil amamentar com sucesso, mas que isto é possível, e oferecer ajuda para tal: Incentivar actividades de pesquisa que beneficiem directamente o Programa; difundir informações sobre aleitamento materno para profissionais de saúde; Promover o alojamento conjunto e procedimentos obstétricos e neonatais adequados; Incluir informações actualizadas sobre o aleitamento nos currículos das escolas que formam profissionais de Saúde e Educação; Sensibilizar autoridades de Saúde; Promover o cumprimento e aperfeiçoamento das leis que regem o trabalho da mulher; Promover a regulamentação do comércio dos substitutos do leite materno; Criar oportunidades e grupos de apoio, mobilizar a comunidade, prover meios que apoiem a mãe que amamenta; Informar, educar e reforçar os conhecimentos das mães sobre aleitamento materno, através da comunicação interpessoal e dos meios de comunicação social.

Esse uso dos meios de comunicação deve ser cauteloso, sem emitir juízos de valor em relação às atitudes maternas, mas com sensibilidade para os valores da comunidade a que se dirige.

- A defesa do aleitamento natural, na verdade, deve ser feita através de várias instâncias, entre as quais são fundamentais o uso dos meios de comunicação e a discussão do tema entre adolescentes, que são os futuros pais e mães. A ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez entre adolescentes tem sido motivo de várias iniciativas de educação em sexualidade. Parece estranho abordar aspectos da vida e da saúde reprodutiva, incluindo questões relacionadas ao prazer e à responsabilidade, sem ao menos mencionar o aleitamento materno e sua relação com a vida e a sexualidade da mulher. Essa dicotomia só reforça os conflitos, percebidos pelas mulheres, entre a "função erótica" e a "função nutridora" da mama, como excludentes e associadas a noções de "certo" e "errado".
- Do mesmo modo, será pouco útil a transmissão de conceitos e técnicas sobre amamentação se não houver, por parte dos profissionais envolvidos, disponibilidade para ouvir a mulher, abordar as sensações de prazer ou de desconforto em amamentar, oferecer espaço para discutir seus problemas e ajudá-la a buscar soluções. A atenção à mulher, assim como à família, deve se dar de maneira integral e responder às suas necessidades. As acções de âmbito colectivo, dirigidas a grupos e áreas de maior risco, não se opõem à atenção individual. Na verdade, estes dois aspectos se complementam para a promoção, protecção e recuperação da saúde.
- Este trabalho traz nos vários perguntas, que levarão a outras pesquisas, e algumas propostas de intervenção: melhorar a qualidade da assistência perinatal e aproveitando-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança; desenvolvimento de acções de incentivo junto aos grupos identificados como de maior risco; incentivo à manutenção do aleitamento entre as mães que trabalham, através de orientação à mulher e medidas de protecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adair, L. S.; Popkin, B. M. (1996) – Low birth weight reduces the likelihood of breastfeeding among filipino infants. *Journal Nutrition*. Vol. 126, n.º 1, p.103-112.

Adam, P.; Herzlich, C. (1994) – *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.

Aika, A. A. [et al.] (2003) – Infante-feeding practices of mothers of known status in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning*. Vol. 18, n.º 2, p. 156-162.

Albuquerque, M. [et al.] (1996) – Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso do aleitamento até aos 6 meses de vida. *Revista Nascer e Crescer*. Vol. 5, n.º 2, p. 107-111.

Alencar, E. M. L. (1982) – *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis: Vozes.

Almeida, J. F.; Pinto, J. M. (1995) – *A investigação nas ciências sociais*. 5.ª edição. Lisboa: Editorial Presença

Almeida, M. L. (1996) – *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de doutoramento.

Althoff, C. R. (1985) – *Atitudes das mães face ao aleitamento materno e incentivo a amamentação*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Alves, A. D. [et al.] (1999) – Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra: porquê o abandono precoce? *Revista de Saúde Infantil*. Vol. 21, n.º 1, p. 43-50.

Alves, A. M. N.; Almeida, M. D. V. (1992) – Aleitamento materno: breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*. Vol. 4, n.º 2, p. 8-33.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1982) – The promotion of breastfeeding. Policy statement based on task force report *Pediatrics*. Vol. 69, n.º 5, p. 654-661.

Amine, E. K.; Al-Awadi, F.; Rabie, M. (1989) – Infant feeding pattern and weaning practices. Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, n.º 5, p. 78-180.

Arantes, C. I. (1991) – *Amamentação: visão das mulheres que amamentam*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

Araújo, L. D. (1991) – *Querer e poder amamentar: uma questão de representação?* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Avila-Rosas, H. [et al.] (1995) – Lactancia y morbimortalidad del penultimo hijo en relación a indicadores psicosociales de la madre: estudio preliminar. *Perinatol Reprodution Human*. n.º 9, p. 46-52.

Azevedo, M. F. (2001) – *Aleitamento materno e asma.*: Faculdade de Medicina do Porto Dissertação de mestrado. [Texto policopiado].

Badinter, E. (1985) – *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Barros, F. C. [et al.] (1995) – Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. Vol. 95, n.º 4, p. 497-499.

Barros, F. C. [et al.] (1986) – Birth weight and duration of breast-feeding: are the beneficial effects of human milk being overestimated? *Pediatrics*. Vol. 78, n.º 4, p. 656-661.

Bautista, L. E. (1996) – Duración de la lactancia materna en la República Dominicana. *Bol Of Sanit Panam*. Vol. 120, n.º 5, p. 414-424.

Becker, H. S. (1993) – *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.

Benhamou P. H. [et al.] (1998) – Possible protection by breast-feeding against severe esophageal and gastric lesions in the neonate. *Biology of the Neonate*. n.º 73, p. 337-339.

Birman, J. (1991) – Apresentação: interpretação e representação na saúde colectiva. *Phisys - Revista de Saúde Colectiva*. Vol. 1, n.º 2, p. 7-22.

Bloom K, Goldbloom RB, Stevens FE. (1999) - Factors affecting the mother's choice of infant feeding method. Acta Paediatric Scandinave 1982; suppl 300:p 3-8.

Boemer, M. R. (1994) – A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. n.º 2, p. 83-94.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994) – Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Baptista Porto Editora.

Bose, C. L. [et al.] (1981) – Relactation by mothers of sick and premature infants. *Pediatrics*. Vol. 67, n.º 4, p. 565-569.

Bougoin, G. L. [et al.] (1997) – Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury Region. *Canadian Journal Public Health*. Vol. 88, n.º 4, p. 238-241.

Bourdieu, P. (1991) – *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.

Boxall E. H. [et al.] (2004) – Antenatal screening for HIV; are those who refuse testing at higher risk than those who accept testing? *Journal Public Health*, Vol. 26, nº 3, p 285-287

Bracco Neto, H. (1993) – *Implantação e avaliação de atividades de incentivo ao aleitamento, dirigidas a gestantes, em unidades básicas de saúde*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Tese de mestrado.

Braudel, F. (1972) – *História e ciências sociais*. Lisboa: Presença.

Bravo, S. R. (1994) – *Técnicas de investigação social: teoria y ejercicios*. Madrid: Paraminfo.

Brown, M. A.; Buddle, M. L.(1996) – Hypertencion in pregnancy: maternal and fetal outcomes accoralding to laboratory and clinical features. *Medical Journal of Australia*. Vol. 165, n.º 7, p. 360-365.

Cabral, I. E.; Tyrrel, M. A. (1995) – O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro. Vol. 3, n.º 2, p. 189-195.

Caetano, L. C. (1992) – *Aleitamento materno: factores que contribuem para sua prática*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Dissertação de mestrado.

Carey, A. E. (1986) – Factors related to early termination of breastfeeding in an urban population. *Pediatrics*. Vol. 78, n.º 2, p. 210-215.

Carvalho, F. (1998) – Promoção do aleitamento materno. *Revista Portuguesa de Nutrição*. Vol. III, n.º 1/2

Carvalho, M. C. [et al.] (1990) – Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do continente. Lisboa: DGCSP. Divisão de Saúde Materna e Infantil.

Casanova, C.; Dias, F.; Machado, M. (1988) – Estudo prospectivo sobre as vantagens do aleitamento materno. *Jornal do Médico*. n º 124, p. 6-7.

Castiel, L. D. (1996) – *Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores*. São Paulo: Unimarco.

Castoriadis, C. (1982) – *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Chartier, R. (1990) – *A história cultural entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A.

Chodorow, N. (1990) – *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Chye, J. K. [et al.] (1997) – Breastfeeding at 6 weeks and Predictive Factors. *Journal Tropical Pediatrics*. N.º 43, p. 287-292.

Clements, M. S. [et al.] (1997) – Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta Pediatrica*. n.º 86, p. 51-56.

Cnattingius, S.; Berne, C.; Nordstrom, M. L.(1994) – Pregnancy outcome and infant mortality in diabetic pacients in Sweden. Diabetc-Med. Vol. 11, n.º 7, p. 696-700.

Corrêa, A. M. S., (1994) – *Evaluación del impacto de las actividades de promoción de la lactancia materna*. Hospital Guilherme Álvaro: USAID/LAC.

Craig, R. K.; Campbell, P. N. (1978) – Molecular aspects of milk protein synthesis. In Larson, B. L. – *Lactation*. New York: Academic Press. p. 387.

Cunningham A. S.; Jelliffe, D. B.; Jelliffe, E. F. (1991) – Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. *The Journal Pediatrics*. n.º 118, p. 659-666.

Da Matta, R. (1978) – O ofício do etnólogo, ou como ter "anthropological blues". In Nunes, E., org. – *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.

De Carvalho, M. [et al.] (1985) – Frequency of milk expression and milk productions by mothers of nonnursing premature neonates. *American Journal Disease Child*. n.º 139, p. 483-485.

De Carvalho, M. [et al.] (1983) – Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*. Vol. 72, n.º 3, p. 307-311.

Demo, P. (1992) – *Pesquisa: princípio científico e educativo*. São Paulo: Cortez.

DeMarco R. [et al.] (2004) - Culturally relevant HIV interventions: transcending ethnicity. *Ournal of Culture and Diversity* Summer;11, nº2, p 65-68.

Donald, K. G. [et al.] (1985) – Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breastfeeding :a controlled clinical trial. *Pediatrics*. Vol. 75, n.º 3, p. 514-518.

Dunlop, M. (1995) – Few Canadian hospitals qualify for "Baby Friendly" designation by promoting breast-feeding: survey. *Canadian Medical Association Journal - Journal de l'Association médicale canadienne*. n.º 152, p. 87-89.

Elander, G.; Lindberg, T. (1984) – Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatrc Scand*. n.º 73, p. 237-240.

Esterik, P. V. (1993) – *Mulher, trabalho e amamentação*. Canadá: OMS.

Ever-Hadani, P. [et al.] (1994) – Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choce and duration. *Journal Epidemiol Community Health*. Vol. 48, n.º 3, p. 281-285.

Fadul, F. D.; Xavier L. F. (1983) – Factores que contribuem para o desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*. N.º 36, p. 213-20.

Félix, T. S. (2001) – *Determinantes da tomada de decisão da mãe amamentar*. Oeiras: Universidade Católica. Portuguesa. Dissertação de mestrado. [Texto policopiado].

Ferreira, A. M. (2002) – Mãe adolescente, aleitamento materno: uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro. *Revista Investigação e Enfermagem*. n.º 6, p. 18-31.

Fonseca, S. C. (1999) – *Aleitamento materno numa população do concelho de Chaves*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de mestrado. [Texto policopiado].

Ford, K.; Labbok, M.(1990) – Who is breast-feeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *The American Journal Clinical Nutrition*. n.º 52, p. 451-456.

Forman, M. R (1984) – Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. Report of the task force on the assessment of health. *Pediatrics*.n.º 74, p. 667-694.

Freed, G. L.; Fraley, J. K.; Schanler R. J. (1993) – Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers'attitudes regarding breastfeeding. *Journal of the American Board of Family Practice* n.º 37, p. 148-152.

Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ.- (1992) - Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*. n.º 90, p. 224-227.

Freud, S. (1981) – El malestar in la Cultura. In Tognola, J. N., (org). – *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. p.3017-3067.

Giugliani E. R. J. (1994) – Amamentação: como e por que promover. *Journal of Pediatrics*. n.º 70, p. 138-151.

Giugliani E. R. J. [et al.] (1992) – Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatrica*. n.º 81, p. 484-487.

Gomez-Dantés, H. [et al.] (1989) – Patrones de Lactancia y Ablactación en México: Encuesta Nacional de Salud 1986. *Salud Publica Mexico*. Vol. 31, n.º 6, p. 725-735.

Grossman, L. K. [et al.] (1990) – The infant feeding decision in low and upper income women. *Clinical Pediatrics*. N.º 29, p. 30-37.

Hally, M. R. [et al.] (1984) – Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta Paediatric Scand*. N.º 73, p. 33-39.

Herzlich, C. (1991) – A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis - Revista em Saúde Coletiva*. Vol. 1, n.º 2, p. 23-36.

Hopkinson, J. M.; Schanler, R. J.; Garza, C. (1988) – Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*. Vol. 81, n.º 6, p. 815-820.

Howard, C. R. [et al.] (1999) – The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. Vol. 103, n.º 3.

Hunkeler, B. [et al.] (1994) – Incidence and duration of breast-feeding of ill newborns. *Journal Pediatrics Gastroenterology Nutrition*. Vol. 18, n.º 1, p. 37-40.

Jacobson S. W.; Jacobson, J. L.; Frye, K. F. (1991) – Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics*. n.º 88, p. 728-736.

Jakobsen, M. S. [et al.] (2003) – Termination of breastfeeding after 12 months of age due to a new pregnancy and other causes is associated with increased mortality in Guinea-Bissau. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 32, n.º 1, p. 92-96.

Jakobsen MS [et al], - (1996) – Reason for termination of breastfeeding and the length of breastfeeding. *International Journal of Epidemiology*.n.º 25, p. 115-121.

Jelliffe, D. B.; Jelliffe, E. F. P. (1978) – *Human milk in the modern world*. Oxford: Oxford University Press.

John, A.M.; Martorell, R. (1989) – Incidence and duration of breast-feeding in Mexican-American infants, 1970-1982. *American Journal Clinical Nutrition*. n.º 50, p. 868-874.

Jones, D. A.; West, R. R. (1985) – Lactation nurse increases duration of breastfeeding. *Archives of Disease in Childhood*. N.º 60, p. 772-774.

Kaieda, I. M.; Urbanetz, A. A.; Tristão, E. G. (1994) – Aleitamento materno. *Femina*. N.º 22, p. 111-117.

Kim, C. R.; Vohr, B. R.; (1996) – Effects of maternal hypepertension in low-birth-weight infants. *Archiv-Pediatric-Adolescenc-Med*. Vol. 150, n.º 7, p. 686-691.

Kitoko, P. M. (1999) – Padrão de desmame em Luanda, Angola. *Revista Portuguesa de Nutrição*. Vol. 4, n.º 1/2, p. 98-106.

Klaus, M. H.; Kenell, J. H. (1993) – *Pais/bebés: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kosheleva, N. G., Zatsiorskaia, S. L.(1994) – Characteristics of the course of pregnancy and labor, fetal and neonatal outcome in group B Streptococcus carriers. *Akush- Ginekol-Mosk*. N.º 6, p. 31-33.

Kreitchmann R. [et al.] (2004) - Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in Southern Brazil: a cohort study. *BJOG Na:International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 111, nº 6, p 579-584

Kurinij, N.; Shiono, P. H. (1991) – Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics*. Vol. 88, n.º 4, p. 745-750.

Kurinij, N.; Shiono, P. H.; Rhoads, G. G. (1988) – Breastfeeding incidence and duration in black and white women. *Pediatrics*. Vol. 81, n.º 3, p. 365-371.

Kulski, J. K.; Hartmann, P. E. (1981) – Changes in milk composition during the initiation of lactation. *Australian Journal Exp. Biology Medicin. Sci*. n.º 59, p. 101-114.

Lane S. D [et al.] (2004) - Structural violence and racial disparity in HIV transmission. *Journal Health Care Poor Underserved*. Vol. 15, nº3. p 319-335

Lawrence, R. A. (1989) – *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 3rd ed. St.Louis: Mosby.

Lawrence, R. A. (1982) – Practices and attitudes toward breastfeeding among medical professionals. *Pediatrics*. Vol. 70, n.º 6, p. 912-920.

Leininger, M. M. (1991) – *Culture care diversity & universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Levy, L. [et al.] (2002) – *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Leyva-Pacheco, R.; Bacardi-Gascón, M.; Jiménez-Cruz, A. (1994) – Variables asociadas a patrones de lactancia en Tijuana, México. *Salud Publica Mexicana*. nº 36, p. 161-167.

Li, R. [et al.] (2003) – Prevalence of breastfeeding in United States. *The 2001 National Immunization Survey: Paediatrics*. Vol. III, n.º 5, p. 1198-1201.

Littman, H.; Medendorp, S. V.; Goldfarb, J. (1994) – The decision to breastfeed: the importance of father'approval. *Clinical Pediatrics*. n.º 33, p. 214-219.

Losch, M. [et al.] (1995) – Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *Jounal of Pediatrics*. n.º 126, p. 507-514.

Lucas, A. [et al.] (1997) – Breastfeeding and catch-up growth in infants born small for gestational age. *Acta Paediatrics*. n.º 86, p. 564-569.

Ludvigsson, J. F. (2003) – Breastfeeding in Bolivia: Information and attitudes. *BioMed Center Paediatrics*. p. 3-4.

Lunet, N. [et al.] (2002) – Aleitamento materno em crianças de Maputo.*Revista de Epidemiologia*. Vol. 5, n.º 1/2, p.22-25

Lutter, C. et al. (1994) – El efecto de programas hospitalarios de promoción del amamantamiento sobre la lactancia materna exclusiva en tres países de América Latina. *USAID/LAC Informe*. N.º 9

Mccann, M. F; Bender, D. E.; Rangel-Sharpless, M. C. (1994) – Infant feeding in Bolivia: a critique of the World Health Organization indicators applied to demographic and health survey data. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 23, n.º 1, p. 129-137.

Machado, C. S. M. (1995) – Desenvolvimento de resposta imune de mucosas: influências do aleitamento materno e ambientais. *Journal of Pediatrics*. Vol., n.º 5, p 31-34 .

Maldonado, M. T. (1981) – *Psicologia da gravidez parto e puerpério*. 4.ª ed. Petrópolis: Vozes.

Marcon, S. S. (1996) – Vivências de mulheres sobre o desmame (tardio) da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 17, n.º 1, p. 43-50.

Marcon, S. S.; Elsen, I. (2000) – Criar os filhos: experiências de famílias de três gerações. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 53, n.º especial, p. 139-142.

Martines, J. C.; Ashworth, A.; Kirkwood, B. (1989) – Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Organ.* Vol. 67, n.º 2, p. 151-161.

Martins, J.; Bicudo, M. A. V. (1989) – *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.

Martins Filho, J.; Sanged, C. A. (1987) – Aleitamento Materno - Modificação da prevalência da amamentação, na região de Campinas, após oito anos de estímulo contínuo, em nível ambulatorial. *Jornal de Pediatria.* Vol. 62, n.º 6, p. 251-256.

Martins, R. C. B. (1998) – *O aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz.* São Paulo: Universidade de São Paulo. Dissertação de mestrado.

Matich, J. R.; Sims, L. S. A. (1992) – A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Societe Scentifci Medicin.* n.º 34, p. 919-927.

Matos, M. G. G. (1999) – *Análise do programa de aleitamento materno no município de Santarém-PA.* Santarém: Universidade Moderna. Dissertação de mestrado. [Texto policopiado].

Melatti, D. M.; Melatti, J. C. (1982) – A criança marubo: educação e cuidados. In Alencar, E. M. L. – *A criança na família e na sociedade.* Petrópolis: Vozes. p. 38-51.

Minayo, M. C., org. (1996) – *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Rio de Janeiro: Vozes.

Minayo, M. C. (1993) – *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Mondal, S. K. [et al.] (1996) – Occurrence of diarrhoeal diseases in relation to infant feeding practices in a rural community in West Bengal, India. *Acta Paediatric.* n.º 85, p. 1159-1162.

Moodley, J.; Linley, L.; Saitowitz, R. (1998) – A review of the literature on breastfeeding: policy and reseach issues. *S A Journal Clinical Nutrition.* n.º 89, p. 681-687.

Moreira, A. [et al.] (1995) – Prevalência de determinantes do aleitamento materno numa comunidade maranhense. *Revista de Alimentação Humana.* Vol. 1, n.º 3, p. 40-46.

Moura, E. F. A. (1997) – Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatórios de pediatria. *Jornal de Pediatria.* n.º 73, p. 106-110.

Musaiger, A. O. (1991) – Breastfeeding patterns in the Arabian Gulf countries. In Simopoulos, A. P.; Dutra de Oliveira, J. E.; Desai, I. D., eds. – Behavioral and metabolic aspects of breastfeeding. *World Reviue Nutrition Dietetics.* n.º 78, p. 164-190.

Nelson, E. A. S. (1994) – Warm chain for breastfeeding. *Lancet.* n.º 344, p. 1702.

Neutzling, M. B. [et al.] (1993) – Medindo o impacto da promoção do aleitamento materno em seviços de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. Vol. 9, n.º 2, p. 149-154.

Nicoloso, E. [et al.] (1994) – Serious forms of arterial pregnancy-related hypertension. *Reviu Pediatrics Gastroenterology Obsetetrics*. Vol. 89, n.º 10, p. 476-488.

Nwankwo, B. O.; Briger, W. R. (2002) – Exclusive Breastfeeding is Undermined by Use of Other Liquids in Rural Southwestern Nigéria. *Journal of Tropical Pediatrics*. n.º 48, p. 109-112.

Oliveira, M. L. [et al.] (1995) – *Sociologia*. Lisboa: Texto Editora.

Oliveira, V. B. (1997) – Aspectos Psicológicos envolvidos na alimentação. *Pediatria Moderna*. Vol. 33, n.º 11, p. 896-899.

Oliveira L. A. [et al.] (2003) - Reproductive demands and health care for people living with HIV/AIDS: limits and possibilities within the context of specialized health services. *Cadernos de Saúde Publica*. Vol. 19, Supplento 2, p 315-323.

OMS (1989) – *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: OMS.

OMS/UNICEF (1979) – *Reunion conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentacion del lactante y del niño pequeño*. Genebra: OMS.

Onyango, A. [et al.] (1999) – Continued breastfeeding and child growth in the second year of life: a prospective cohort study in western Kenya. *The Lancet*. n.º 354, p. 2014-2045.

Onyango, A. ; Koski G. K.; Tucker, K. (1998) – Food diversity versus breastfeeding choice in determining antropometric status in rural kenyan toddlers. *International Journal of Epidemiology*. n º27,p. 484-489.

Pabst, H. F. [et al.] (1997) – Differential modulation of the immune response by breast- or formula-feeding of infants. *Acta Paediatrics*. n.º 86, p. 1291-1297.

Palmer, G. (1988) – *The politics of breastfeeding*. London: Pandora.

Pereira, M. A. (2000) – *Mãe adolescente e aleitamento materno: uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de mestrado. [Texto policopiado].

Pérez-Escamilla, R (1993) – Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. *Boetiml of Sanitá do Panama*. Vol. 115, n.º 3, p. 185-194.

Pérez-Escamilla, R. [et al.] (1992) – Infant feeding practices among low-income Mexican urban women: a four month follow-up. *Archive Latinoam Nutrition*. Vol. 42, n.º 3, p. 259-267.

Pereza, V. V.(1991) – Santiago breast-feeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *American Journal of Obstetriceand Gynecology*. n.º 165, p. 2039-2044.

PNIAM/INAN/UNICEF (1996) – *Boletim Nacional Iniciativa Hospital Amigo da Criança*, n.º 14.

Powers, N. G.; Naylor, A. J.; Wester, R. A., (1994) – Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Seminars in Perinatology*. Vol. 18, n.º 6, p. 517-524.

Prentice, A. [et al.] (1989) – Evidence for local feed-back control of human milk secretion. *Biochem. Soc. Trans*. N.º 17, p. 489-492.

Prentice AM. [et al.] (1986) - Cross-cultural differences in lactational performance. In *Human lactation* 2, eds M Hamosh & AS Goldman, p. 13-44. New York: Plenum Publishing Corp.

Procianoy, R. S. [et al.] (1984) – Factors affecting breastfeeding: the influence of caesarian section. *Journal Tropical Pediatric*. n.º 30, p. 39-42.

Pryor, K. (1981) – *A arte de amamentar*. Tradução de Maria Silva Mourão Netto. São Paulo: Summus,

Rapapport, C. R.; Fiori, W. R.; Herzberg, E. (1981) – *Psicologia do desenvolvimento: a infância inicial: o bebê e sua mãe*. São Paulo: EPU.

Rea, M. F. (1994) – Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 28, n.º 5, p. 365-372.

Rea, M. F.; Cukier, R. (1988) – Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 22, n.º 3, p. 184-190.

Rego, J. D. (1983) – Protecção ao aleitamento materno: o papel das leis ou as leis do papel? *Jornal de Pediatria*. Vol. 55, n.º 4, p. 329.

Reiff, M. I.; Vitales, S. M. E. (1985) – Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics*. Vol. 76, n.º 6, p. 872-879.

Ricco R. G.(1996) – Aleitamento materno: uma questão sempre relevante. *Ped Mod*. n.º 32, p. 33-40.

Righard, L.; Alade, M. O. (1990) – Efeito das rotinas da sala de partos para o sucesso da primeira mamada. *New England Journal of Medicine*. n.º 336, p. 1105-1107.

Rocha, L. M. [et al] (1998) – Prevalência do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida. *Revista de Saúde Infantil*. Vol. 20, n.º 3, p. 59-66.

Rodrigues, T.; Ramalho, C. (2002) – Desenvolvimento e saúde perinatal. *Arquivos de Medicina*. N.º 16, p. 17-18.

Ruiz, F. J.; Cravioto, A. (1989) – Factores que afectan la duración de la lactancia al seno materno en una cohorte de madres urbanas seguidas longitudinalmente. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* Vol. 46, n.º 11, p. 705-708.

Ryan, A. S.; Martinez, G. A. (1989) – Breast-feeding and the working mother: a profile. *Pediatrics*. Vol. 83, n.º 4, p. 524-531.

Saint, L. [et al.] (1986) – Yield and nutrient content of milk in eight women breastfeeding twins and one woman breastfeeding triplets. *British. Journal Nutrition*. n.º 56, p. 49-58.

Sancho, T. S. (1998) – Promoção do aleitamento materno. *Revista Portuguesa de Nutrição*. Vol. III, n.º 1/2

Santos, G. N.; Areias, M. A. (1990) – Aleitamento materno: estudo realizado numa população de puérperas da Maternidade de Júlio Dinis. Separata. de *"Jornal do Médico", 128.*

Sayers, G. [et al.] (1995) – Influences on breastfeeding initiation and duration. *Irish Jounal of Medical Scencei*. N.º 64, p. 281-284.

Serrano, P. (1996) – *Redacção e apresentação de trabalhos científicos: fundamentos, técnicas e noções práticas sobre a redacção de trabalhos em medicina e ciências da saúde*. Lisboa: Relógio D'água.

Silva, A. A. M. (1990) – *Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Silva, D. [et al.] (1996) – Prevalência do aleitamento materno numa população infantil internada no serviço de pediatria do Hospital de S. João. *Revista de Alimentação Humana*. Vol. 2, n.º 3, p. 8-12.

Silva, I. A. (1997) – *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo: Robe.

Simopoulos, A. P.; Grave, G. D. (1984) – Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice: Report of the task force on the assessment of the scientific evidence relating to infant practices and infant health. *Pediatrics*. n.º 74, p. 603-614.

Sjólin, S.; Hofvander, Y.; Hillervik, C. (1977) – Factors related to early termination of breast feeding: a retrospective study in Sweden. *Acta Pediatrica Scandinavica*. n.º 66, p. 505-511.

Smulevich, V. B. [et al.] (1999) – Parental occupation and other factors and cancer risk in children. Study methodology and non-occupational factors. *International Journal of Cancer*. n.º 83, p. 712-717.

Souza, L. S. F. [et al.] (1991) – Determinantes do êxito do aleitamento natural. *Journal of Pediatric*. n.º 67, p. 42-50.

Sousa, P. L. R.; Sousa, M.G. R. (1986) – The natural history or breastfeeding, with special reference to "Critical Periods". *Journal of Tropical Pediatrics*. n.º 32, p. 212-213.

Stern, D. (1992) – O mundo interpessoal do bebé: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas.

Schwartz, S. H. (1994a) - *Studying Human Values. In* Bouvy, A.; Vijver, F.; Boski, P.; Schmitz, P. *Journeys Into Cross-Cultural Psychology*. (p. 239 – 254). Swets & Zeitlinger: Amsterdam

Spielberg F. [et al.] (2004) - Self-testing for HIV: a new option for HIV prevention? Lancet Infected Disease. Vol. 4, nº 10, p 640-646.

Temboury, M. C. [et al.] (1994) – Influence of breast-feeding on the infant's intellectual development. *Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition*. n.º 18, p. 32-36.

Thonpson, J. B. (1995) – *Critical hermeneutics: a study in the thought of Paul Ricoeur and Jürgen Habermas.* Cambridge: Cambridge University Press.

Vala, J. (1996a) – Sobre as representações sociais para uma epistemologia do senso comum. Caderno de Ciências Sociais, n.º 4, p. 5-30.

Vala J (1993) – Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In In Vala, J; Monteiro, B. – *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 53-384.

Valdéz, V. [et al.] (1993) – The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban enviroment. *Journal of Tropical Pediatrics*. Vol. 39, n.º 6, p. 142-151.

Valdéz, V.; Pérez-Sánchez, A.; Labbok, M. (1996) – *Manejo clínico da lactação*. Rio de Janeiro: Revinter.

Vandale-Toney, S. [et al.] (1997) – Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Publica de Mexico*. N.º 39 (1997), p. 412-419.

Vandersand, I. C. (1999) – O bem-estar da criança sempre em primeiro lugar: o processo de alimentação do lactente sob a óptica de mulheres-mães de Ijuí/RS. São Paulo:

Veiga, M. F. (2002) – *O aleitamento materno na creche*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de licenciatura em Educação de Infância. [Texto policopiado].

Verronen, P. (1982) – Breastfeeding: reasons for giving up and transient lactational crises. *Acta Paediatrica Scandinava*. n.º 71, p. 447-450.

Vestergaard, M. [et al.] (1999) – Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. *Acta Paediatrics*. n.º 88, p. 1327-1332.

Vestermark, V. [et al.] (1990) – Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Europen Journal Obsetricst Gynecology Reprodutive Biology*. n.º 38, p. 33-38.

Vicente, P.; Rei, E.; Ferrão, F. (1996) – *Sondagens: a amostragem como factor decisivo de qualidade.* Lisboa: Edições Sílabo.

Victora, C. G. [et al.] (1997) – Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. Vol. 99, n.º 3, p. 445-453.

Visness, C. M.; Kennedy, K. I., (1997) – Maternal employment and breast-feeding: findings from de 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*. Vol. 87, n.º 6, p. 945-950.

Vorherr, H. (1974) – *The breast. Morphology, physiology and lactation.* New York: Academic Press.

Warlraven, G.; Nicoll, A.(1996) – The impact of HIV-1 infection on child health in Sub-Saharan Africa: the burden on the health services. *Tropical-Medicine-International-Health*. Vol. 1, n.º 1, p. 3-14.

Weiderpass, E. [et al.] (1998) – Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 32, n.º 3, p. 225-231.

Wender, E. C. (1994) – Analysis of unsuccessful outcomes in a group of pregnancies with diabetes from the intencive care clinic of the Institute of Obstetries and Gynecology in Poznan during the years 1988-1993. *Ginekology-Policy*. Vol. 65, n.º 6, p. 290-296.

WHO/UNICEF (1990) – *Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: a global initiative.* Cosponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30th July – 1st August.

WHO/UNICEF (1989) – *Protecting, promoting and supporting breast feeding*. Geneva: WHO.

Winikoff, B. (1988) – Modification of hospital practices to remove obstacles to successful breastfeeding. In Jelliffe, D. B.; Jelliffe, E. F. P. – *Programmes to promote breastfeeding.* New York: Oxford University Press. p. 279-286.

Winikoff, B.; Baer, E. C. (1980) – The obstetrician's opportunity: translating "breast is best" from theory to practice. *Americam Journal of Obstetrice and Gynecology*. N.º 138, p. 105-117.

Winikoff, B. [et al.] (1987) – Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics*. Vol. 80, n.º 3, p. 423-433.

Wright, H. J.; Walker, P. C. (1983) – Prediction of duration of breast feeding in primiparas. *Journal of Epidemiology Community Health*. N.º 37, p. 89-94.

Xavier, C. C; Jorge, S. M.; Gonçalves, A. L. (1991) – Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 5 (1991), p. 381-387.

Yamauchi, Y.; Yamanouchi, I. (1990a) – Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full - term neonates. *Pediatrics*. Vol. 86, n.º 2, p. 171-175.

ANEXOS

Resultados dos questionários as mulheres da consulta de gravidez

(N=325) Variáveis	n	%
Serviços e equipamentos na habitação		
Água canalizada dentro de casa	113	34,8
Água canalizada do fontanário	154	47,4
Água do poço ou furo	35	10,8
Água do rio ou lago	1	0,3
Electricidade (Luz eléctrica)	130	40
Retrete com autoclismo	45	13,8
Retrete sem autoclismo	16	4,9
Latrina	252	77,5
Rádio	212	65,2
Televisão	138	42,5
Frigorifico	101	31,1

(N=325) Variáveis	n	%
Problemas na gravidez (Discrição)		
Ameaça de aborto	2	0,6
Dores*	11	3,3
DST's; HIV/SIDA	15	5,2
Hemorragias	8	3
Infecção Urinaria	6	2
Malária	6	2
Anemia	9	3
Tuberculose	2	0,6
Febre	1	0,3
Atraso no crescimento	2	0,6
Diarreia	2	0,6

Resultados do questionário as mulheres lactantes

(N=465) Variáveis	n	%
Serviços e equipamentos na habitação		
Água canalizada dentro de casa	213	45,8
Água canalizada do fontanário	222	47,7
Água do poço ou furo	29	6,2
Electricidade (Luz eléctrica)	199	42,8
Retrete com autoclismo	57	12,3
Retrete sem autoclismo	65	14
Latrina	340	73,1
Rádio	349	75,1
Televisão	266	57,2
Frigorifico	148	31,8

(N=465) Variáveis	n	%
Problemas do bebé ao nascer	9	28,2
Baixo peso	3	9,4
Conjuntivite	3	9,4
Desconhecido	1	3,1
Dificuldades respiratórias	1	3,1
Estomatite	2	6,3
Hipoglicemia	1	3,1
Icterícia	2	6,3
Malária	5	15,6
Prematuro	1	3,1
Problema físico	2	6,3
Rejeitava os alimentos	1	3,1
Sífilis congénita	1	3,1
Vómitos		
Problemas na gravidez		
Ameaça de aborto	6	7
Anemia	1	1,1
Corrimento vaginal	1	1,1
DST	1	1,1
Dores de barriga	1	1,1
Edema de mamilo	1	1,1
Estomatite	1	1,1
Hemorragias	1	1,1
HTA	12	14
Infecção vaginal	3	2,4
Lombalgia	4	4,5
Malária	54	61
Sarampo	1	1,1

Vómitos	1	1,1
Diarreia	1	1,1
Edema nos pés	1	1,1
Não perceptível	1	1,1

Proveniência das mulheres entrevistadas

Localização no Mapa*	Grávidas	Lactantes
Distrito Urbano 1		
Bairro		
Central		
Alto-Maé	1	0
Malhangalene	3	1
Malanga	3	8
Lhangue	0	2
Magude	1	
	7	2
Distrito Urbano 2		
Bairro		
Chamanculo	21	25
Unidade 7	6	14
Distrito Urbano 3		
Bairro		
Polana Caniço	1	1
Distrito Urbano 5		
Bairro		
Luís Cabral	145	243
Jardim	43	60
Inhagoie	22	24
25 de Junho	6	16
Bagamoyo	1	0
George Dimitrov	2	1
Benfica	2	
Malhazine	0	1
Província do Maputo		
Bairro		
Fomento	2	4
Infulene	7	11
Lberdade	2	5
Machava	4	8
Matola	4	6
Salene	11	1
T3	5	3
Zimpeto	6	4
Zona Verde	7	4
1 de Junho	1	
Chinhabanine	1	
Congolote	1	
Dlavela	3	
São Dâmaso	1	2
Patrice Lumunba	5	14

*Localização dos distritos urbanos no canto superior direito do mapa