

Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque D'Almeida

O SUCESSO NO ALEITAMENTO MATERNO

CONTRIBUTO DE UMA INTERVENÇÃO CLÍNICA



Faculdade de Medicina de Lisboa

1996

Ante
de
antena

TES
ALME/M.1

CAST.
Mall.
escurro

Parc e Biblioteca
de Ison e Dr. Carles

Carles

ISBD

 ISPA Institut Superior de Tecnologia Apl
Centre de Documentació

Registo: 13454
Data: 30/07/02

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.

afu

103
ALME1M.1

Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque
D'Almeida

O SUCESSO NO ALEITAMENTO MATERNO

Contributo de uma intervenção clínica

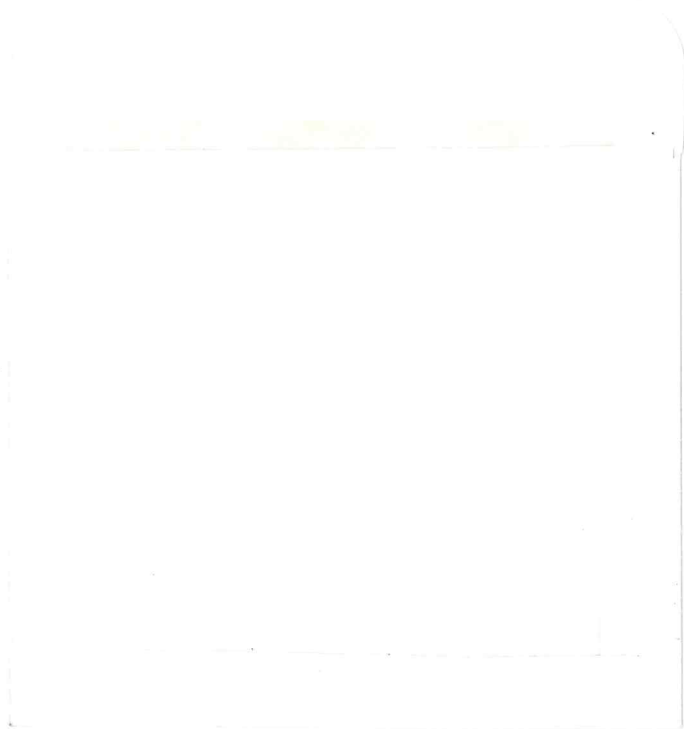
Ref. 13454
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA



Lisboa, 1996

À minha família
Ao José Luis
e aos nossos filhos
Miguel e Inês

Desenho da capa: Isabel Garcia



Dissertação de Doutoramento
apresentada à Faculdade
de Medicina de Lisboa

ÍNDICE:

PREFÁCIO	13
1.PORQUÊ AMAMENTAR ?	17
1.1.Vantagens nutricionais	18
1.2.Vantagens anti-infecciosas	19
1.3.Vantagens imuno-alergológicas	21
1.4.Vantagens psicológicas	23
1.5.Vantagens económicas e demográficas	24
1.6.Vantagens a longo prazo	26
2.O SUCESSO NO ALEITAMENTO MATERNO	27
2.1.Determinantes do sucesso	30
2.2.Factores sócio-demográficos	33
2.3.Factores maternos	36
2.3.1.Classes pré-natais.....	36
2.3.2.Ter sido amamentada	36
2.3.3. Êxito com outro filho.....	37
2.3.4. Atitudes maternas	37
2.4.Práticas hospitalares	39
2.4.1. Local e tipo do parto.....	41
2.4.2."Doula".....	42
2.4.3. Contacto e amamentação precoces.....	44
2.4.4.Alojamento conjunto.....	51
2.4.5.Suplementação	51
2.4.6. Ofertas e publicidade	52
2.4.7.Alimentos pré-lácteos.....	53
2.5.Comportamento alimentar do bebé	54
2.5.1.Sucção	54
2.5.2.Gosto.....	62
2.5.3.Interacção mãe-bebé	64
2.6.Papel dos profissionais de saúde	70
2.7.Papel das organizações nacionais e internacionais	73

3. RAZÕES DE UMA INVESTIGAÇÃO	77
4. OBJECTIVOS	81
5. MATERIAL E MÉTODOS	83
5.1. Desenho do estudo	83
5.2. Selecção da amostra	86
5.3. Critérios de inclusão	86
5.4. Intervenção	88
5.5. Observação das mães	89
5.5.1. Características sócio-demográficas	89
5.5.2. Atitudes durante a gestação	90
5.5.3. Atitudes maternas face à amamentação	90
5.5.4. Idade gestacional	92
5.5.5. Expectativas maternas face ao bebé	93
5.5.6. Causas de desmame	95
5.6. Observação dos bebés	95
5.6.1. Peso à nascença, índice de Apgar e sexo	96
5.6.2. Estado neuro-comportamental	96
5.6.3. Estado nutricional	99
5.6.4. Desenvolvimento psicomotor	100
5.7. Observação do ambiente em casa	101
5.8. Avaliação do sucesso no AM	104
5.8.1. Duração do aleitamento materno exclusivo	104
5.8.2. Duração do aleitamento materno não-exclusivo	104
5.8.3. Transferência de leite ao 3º dia	105
5.8.4. Interação mãe-bebé ao 3º dia	105
5.8.5. Interação mãe-bebé ao 30º dia	107
5.9. Determinantes do sucesso no aleitamento materno	107
5.10. Elaboração e execução	107
5.11. Informatização e tratamento estatístico	108
6. RESULTADOS	111
6.1. Características das mães	111
6.1.1. Características sócio-demográficas	111
6.1.2. Atitudes durante a gestação	112
6.1.3. Atitudes maternas face à amamentação	113
6.1.4. Idade gestacional	117
6.1.5. Expectativas maternas face ao bebé	117
6.1.6. Causas de desmame	118
6.2. Características dos bebés	121
6.2.1. Peso à nascença, índice de Apgar e sexo	122
6.2.2. Estado neuro-comportamental	123
6.2.4. Desenvolvimento psicomotor	127
6.3. Características do ambiente em casa	127

6.4.Avaliação do sucesso no aleitamento materno	128
6.4.1.Duração do aleitamento materno exclusivo	128
6.4.2.Duração do aleitamento materno não-exclusivo	130
6.4.3.Transferência de leite ao 3º dia	132
6.4.4.Interacção mãe-bebê durante a mamada ao 3º dia	132
6.4.5.Interacção mãe-bebê durante a situação alimentar ao 30º dia	134
6.5.Determinantes de sucesso	135
6.5.1. Influências na duração do aleitamento materno exclusivo.....	136
6.5.2.Influências na duração do aleitamento materno não-exclusivo	137
6.5.3.Influências na transferência de leite ao 3º dia.....	139
6.5.4.Influências na interacção mãe-bebê ao 3º dia	141
6.5.5.Influências na interacção mãe-bebê ao 30º dia	141
7.DISSCUSSÃO	145
7.1.Aspectos metodológicos	145
7.1.1.Desenho	146
7.1.2.Amostragem	147
7.1.3.Intervenção.....	148
7.1.4.Instrumentos de observação	150
7.1.5.Tratamento estatístico	162
7.2.Características das mães	162
7.3.Características dos bebês	169
7.4.Características do ambiente em casa	170
7.5.Sucesso da intervenção	171
7.5.1.Duração do aleitamento materno exclusivo	171
7.5.2.Duração do aleitamento materno não-exclusivo	173
7.5.3.Transferência de leite ao 3º dia.....	174
7.5.4.Interacção mãe-bebê ao 3º dia	175
7.5.5.Interacção mãe-bebê ao 30º dia	178
7.6.Determinantes do sucesso	180
7.7.Implicações práticas	189
8.CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	193
9.RESUMO	199
10.SUMMARY	205
11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	211
12.ANEXOS	251

Prefácio

Quando concorri ao lugar de Assistente Estagiária de Pediatria Médica, da Faculdade de Medicina de Lisboa, assumi o compromisso de apresentar uma Dissertação de Tese de Doutoramento.

Mesmo antes de iniciar funções nesta Faculdade, fui incumbida pelo Professor Doutor João Gomes-Pedro de idealizar as aulas práticas e teórico-práticas de Nutrição do Programa de Ensino-Aprendizagem da Cadeira de Pediatria I.

Confrontada com esta responsabilidade e lisongeadada pela confiança em mim depositada, atirei-me ao trabalho e ao estudo das metodologias propostas pela moderna Pedagogia.

Descobri um mundo pelo qual me apaixonei e pelo qual continuo apaixonada.

Aprendi a importância da investigação ligada à prática diária e a complementaridade entre a actividade docente e a actividade clínica.

O meu interesse pela Nutrição, pelo Aleitamento Materno, e de uma maneira geral pela Prevenção já tinha sido anteriormente despertado.

O meu primeiro mentor foi indiscutivelmente o meu pai, que através do seu exemplo humano e clínico me sensibilizou para a prática de uma Medicina humanizada, verdadeiro compromisso entre a ciência e a arte.

Também a minha mãe, através do seu empenhamento e entusiasmo pela vida académica e interesse pela Pediatria Social me influenciou nesta minha opção.

O Professor Jaime Salazar de Sousa foi uma das primeiras pessoas a sensibilizar-me para o estudo do aleitamento materno.

Também o Professor Norberto Teixeira dos Santos influenciou o meu interesse pelo aleitamento materno, através dos seus trabalhos e do seu exemplo.

Foi porém o Professor João Gomes-Pedro o principal responsável pela minha formação académica, ao acreditar em mim e ao incentivar-me nos vários cursos sobre ensino-aprendizagem que frequentei aqui e no estrangeiro.

Foi ainda o Professor João Gomes-Pedro que sugeriu o tema da minha Dissertação de tese de Doutoramento e fez os contactos necessários com a Professora Kathryn Barnard da Universidade de Washington em Seattle, a fim de sermos aceites no seu programa de treino do N.C.A.S.T. em Seattle.

Também devo ao Professor Gomes-Pedro a sua disponibilidade para me acompanhar a Seattle a fim de aprender e treinar alguns dos instrumentos aplicados neste estudo, nomeadamente a Nursing Child Assessment Feeding Scale e o Home Observation for the Measurement of Environment; devo-lhe ainda a disponibilidade demonstrada ao acompanhar-me a casa das crianças para treino e obtenção da fiabilidade nestas metodologias.

Tenho para com o Professor João Gomes-Pedro uma grande dívida de gratidão por ter acreditado em mim, por ter confiado nas minhas possibilidades, por me ter incentivado durante a realização deste projecto, pela sua disponibilidade quer para a idealização do protocolo, quer para a sua concretização.

Apesar das ajudas recebidas, foi um percurso muito duro, passando pela concepção do estudo, trabalho de campo, informatização e tratamento dos dados e escrita do trabalho.

Considero agora que uma tese de Doutoramento para além do trabalho científico que pressupõe, é uma prova de resistência, uma travessia do deserto, com sangue, suor e lágrimas, em que sentimos a nossa vida suspensa e a nossa resiliência posta rudemente à prova.

Durante esta verdadeira travessia do deserto, fiz minhas as palavras da minha mãe para quem “É fraqueza desistir de obra começada” e tentei fazer das fraquezas, forças.

Nesta travessia fui ajudada por muita gente; descobri os verdadeiros amigos e a generosidade de algumas pessoas até então desconhecidas.

A Professora Kathryn Barnard da Universidade de Washington em Seattle nos E.U.A., agradeço o facto de me ter aceite na frequência do seu curso em Seattle, na Universidade de Washington nos E.U.A., os ensinamentos ministrados e a bibliografia actualizada que me tem enviado todos os anos.

À Professora Benedita Monteiro do I.S.C.T.E. quero testemunhar a minha gratidão pela preciosa ajuda que me deu na construção de alguns questionários.

Tenho para com os Professores Joaquim Silva Carvalho e Luis Silva Carvalho uma grande dívida de gratidão, pois disponibilizaram no Instituto

de Fisiologia uma sala para a realização das consultas que fizeram parte deste projecto.

Ao Professor José Costa Trindade agradeço a sua disponibilidade e gentileza e a ajuda prestada na revisão do texto.

À Engenheira Dinora Margalho agradeço a ajuda prestada na elaboração de uma base de dados adequada aos objectivos deste trabalho.

Ao Professor António Gouveia de Oliveira do Instituto de Biomatemática da Faculdade de Medicina de Lisboa devo a extrema disponibilidade demonstrada para me ajudar a definir a amostra, na escolha dos métodos estatísticos a aplicar e sobre a análise estatística dos resultados.

Estou especialmente grata ao Professor Pereira Miguel da Cadeira de Medicina Preventiva, a quem agradeço não só a extrema disponibilidade mas também a participação activa na fase final do estudo; a sua grande experiência e o seu rigor tornaram os seus conselhos preciosos e indispensáveis para a apresentação final do estudo.

Aos meus alunos que colaboraram na fase preparatória do estudo agradeço o entusiasmo e generosidade demonstradas.

Ao Dr. Arnaldo de Carvalho, devo o treino nalguns dos testes de desenvolvimento psico-motor aplicados, as Bayley Scales of Infant Development.

Às internas do Serviço de Clínica Pediátrica do Hospital de Santa Maria / Faculdade de Medicina de Lisboa, Teresa Bandeira, Erica Mendonça, Anabela Ferrão, Ana Diniz, Joana Saldanha e Ana Luisa Teixeira que fizeram parte da equipa de investigação, agradeço a generosidade com que colaboraram neste estudo, a dedicação ao treino do trabalho de campo, os dias e noites em que esperaram pelo nascimento dos bebés, e o apoio que me manifestaram ao longo do estudo.

À Dra. Maria Regina Reis, mestra em linguística quero testemunhar a minha gratidão pela paciência, disponibilidade e amizade demonstradas na revisão ortográfica do texto.

Aos colegas do Serviço de Pediatria agradeço as inúmeras demonstrações de solidariedade e de confiança demonstradas ao longo destes anos.

Aos meus colegas do I Mestrado de Educação Médica agradeço o incentivo e as manifestações de confiança que em mim têm depositado.

Aos amigos que não me abandonaram, e às famílias das crianças que tenho acompanhado agradeço a amizade e a compreensão tantas vezes demonstradas.

A realização do projecto só foi possível graças ao apoio prestado pela J.N.I.C.T. e pelo I.N.I.C., instituições a que agradeço a confiança que depositaram em mim e no meu projecto.

Finalmente, à minha família que soube compreender, aceitar e incentivar

o meu projecto, não me culpabilizando pela demora na sua concretização.

Tenho consciência que o estudo não é perfeito, mas aprendi com o Professor Carlos Ribeiro que não existem projectos perfeitos.

Penso que este projecto pode contribuir para melhor compreender a complexidade do sucesso do aleitamento materno e ajudar a definir alguns pontos de viragem importantes para a sua concretização.

A minha maneira de estar na vida, a perspectiva holística com que encaro a Vida e a Medicina, estão patentes neste estudo em que Medicina, Educação e Ciências Sociais são indissociáveis para o atingimento do mesmo objectivo.

As opiniões expressas nesta publicação são da inteira responsabilidade do seu autor.

1. PORQUÊ AMAMENTAR ?

Valer ou não a pena amamentar é uma questão que assume especial importância no mundo moderno, em virtude das grandes mudanças sociais que ocorreram no século XX, particularmente nas últimas décadas, que se traduziram por maiores dificuldades na prática do aleitamento materno (AM).

Paralelamente, a investigação experimental tem dado origem a fórmulas para lactentes, cuja composição se aproxima cada vez mais da do leite materno, pelo menos em termos de macronutrientes, dado que a enorme riqueza do leite humano em micronutrientes, torna-o, no presente, inimitável (704).

Para os países em desenvolvimento, onde o aleitamento artificial maciço teve resultados desastrosos, a prática do AM é muitas vezes considerada como um seguro de vida e de desenvolvimento (74,133,317,397,577,614, 689).

O AM é hoje reconhecido como um “direito da criança”, constituindo a sua promoção, uma prioridade mundial, mesmo em países industrializados (42,131,314,317,552).

Segundo Jelliffe e Jelliffe (317), “em qualquer parte do mundo, não existe uma medida pediátrica com tão grande repercussão para a saúde da criança, como um retorno ao AM”.

Nos países industrializados da Europa e E.U.A., no início da década de 80, apontavam-se como principais benefícios do aleitamento a ausência de contaminação bacteriana e alguma protecção imunológica contra agentes microbianos no tracto intestinal.

Os benefícios seriam limitados à prevenção da diarreia, sobretudo em crianças de países em desenvolvimento e apenas durante a infância.

No entanto, muitos clínicos têm verificado que a prática do AM, está associada à redução significativa de infecções não-gastroenterológicas, tendo também efeitos noutras doenças, a curto e a longo prazo, nomeadamente na redução da morbilidade associada a algumas doenças crónicas (131,220,400, 442,489,551).

As vantagens do AM parecem em algumas situações seguir um padrão de “dose-resposta”, diminuindo o seu efeito protector, na proporção inversa da suplementação com fórmula para lactente ou leite de vaca (78,301,376,428, 476,661,706).

Ao considerarmos todas as desvantagens e por vezes as consequências fatais, de uma criança não receber leite humano, de preferência o leite da própria mãe, não se pode deixar de fazer referência ao que actualmente constitui talvez a maior contra-indicação, embora relativa, ao AM: a possibilidade de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) através do leite humano, materno ou não.

Os bancos de leite estão em vias de desaparecimento e um dos factores implicados, pode ser o receio da transmissão do HIV, através do leite humano (114,203,394,597,618,678,712).

A transmissão perinatal do HIV-1 através da amamentação foi reconhecida numa criança infectada por uma ama-de-leite infectada e em crianças cujas mães se seroconverteram ou receberam transfusões de sangue depois do parto (114,133,203,310,394,597,712).

1.1.Vantagens nutricionais

O leite humano é um alimento vivo, completo e natural, perfeitamente adaptado à insuficiência digestiva e à imaturidade do recém-nascido. O leite da própria mãe é o melhor para o seu filho, salvo em condições excepcionais, não havendo necessidade de qualquer suplementação, para além da vitamina K1 dada à nascença, vitamina D e flúor (21,50,131,209,243,317,405).

Existe por vezes a necessidade de uma intervenção nutricional, suplementando a dieta de mães de risco, sobretudo quando o feto é do sexo masculino (140,475,532,539,599,605).

A maior parte dos autores aconselha que mesmo os bebés pré-termo sejam alimentados com o leite das suas mães, apesar das dificuldades inerentes à sua obtenção (21,22,104,166,177,387,424,427,543,624).

Sob o ponto de vista nutricional, o período neonatal é a etapa mais crítica e vulnerável na vida dum mamífero. Uma das principais características da alimentação neste período, consiste no facto de que o recém-nascido, contar só com uma única fonte de nutrientes: o leite, o que torna difícil a possibilidade de compensar uma qualquer carência em nutrientes (261).

Apesar de existirem algumas controvérsias acerca da associação entre AM e estado nutricional, de uma maneira geral, não devemos esperar que existam grandes diferenças entre o crescimento estatura-ponderal de crianças alimentadas com leite materno ou com fórmulas para lactentes, pelo menos em países desenvolvidos (5,6,85,83,264,487,538,622,628,661,682).

A duração prolongada do AM exclusivo tem sido relacionada com a malnutrição e as razões apontadas relacionam-na com uma alimentação complementar inadequada, efeitos da pobreza, além de diferenças qualitati-

vas do padrão lipídico do leite materno (20,137,159,446,447,662,665,696).

Por outro lado, existe muita controvérsia sobre a questão da obesidade da criança de mais idade, estar ou não relacionada com o seu regime alimentar quando lactente (167,368,534).

Ultimamente, a investigação clínica tem-se ocupado do papel de alguns micronutrientes do leite humano, na fisiologia dos recém-nascidos, com realce para o azoto não-proteico, presente no leite humano em muito maior quantidade que no leite de vaca e nas fórmulas para lactentes e ainda o papel desempenhado por alguns dos seus compostos, como a carnitina (94,176, 261,481,500,584).

O papel dos nucleótidos na conversão dos ácidos linoleico e linolénico em ácidos gordos de cadeia longa, influenciando a composição em ácidos gordos da membrana eritrocitária, e a imunidade infantil, é paradigmático da importância de alguns dos muitos outros compostos existentes no leite humano, até há pouco tempo insuspeitados (94,116,142,159,166,213,280, 307,328,530, 663).

Têm sido identificados no leite humano, factores de crescimento biologicamente activos, como o factor de crescimento epidérmico (EGF), que estimula o crescimento do tracto intestinal, independentemente da idade gestacional ou do peso do bebé ao nascer. Este factor também pode ser encontrado no leite de vaca em natureza, mas não em fórmulas para lactentes (285,704).

Poder-se-á especular que o EGF poderia ter um papel muito importante no crescimento do intestino delgado de crianças pré-termo, estando actualmente em estudo o uso terapêutico do EGF em casos de doença ou cirurgia intestinal (547,704).

1.2. Vantagens anti-infecciosas

O AM tem um papel protector contra as gastroenterites e diarreias por rotavirus, *Escherichia coli* e *Vibrio cholerae*, que são a principal causa de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento (109,129,216).

Brown (79) calcula que a prática universal do A.M. reduziria os casos de diarreia para 1/3 e a sua prevalência para metade durante o primeiro ano de vida; dado o importante papel desempenhado pelo AM na luta contra as doenças infecciosas e contra a mortalidade infantil, a OMS reconhece o AM como um “direito humano”; o “Programa de Controlo das Doenças Diarreicas” da OMS recomenda que se use a promoção do AM como uma das mais importantes medidas na prevenção da diarreia (78,129,216, 661,715).

A diarreia aguda na infância perdeu muito do seu antigo significado na Europa Ocidental e na América do Norte; a sua incidência tem diminuído e a sua terapêutica melhorado.

No entanto, mesmo nos países industrializados, a diarreia aguda continua

a ser uma causa importante de internamento hospitalar e mesmo de morte, muitas das quais atribuídas ao rotavírus. O AM tem um papel protector que, segundo algumas investigações, se caracteriza por um efeito de “dose-resposta” (97,109,146,290,291,301,570).

Discute-se se o papel protector do AM se deve a factores veiculados no leite materno, que actuará assim como uma verdadeira terapêutica ou se a prática do AM evitaria a veiculação de germens enteropatogénicos (254,372, 440,489,576,603).

Tem sido sugerido que o prolongamento do AM pode reduzir a gravidade de uma diarreia intercorrente, apressar a cura e ter um efeito terapêutico na diarreia intratável (78,79,258,345,436).

Diferenças metodológicas têm estado na base de controvérsias acerca do papel protector do AM contra as infecções respiratórias baixas (42).

Alguns autores, manifestam-se a favor do papel protector do AM contra infecções respiratórias, sobretudo quando se trata de infecções graves (42,97,103,301,401,541).

A hospitalização por infecções respiratórias é mais frequente em crianças alimentadas com fórmulas para lactentes do que em crianças amamentadas (103,401,513,633).

Nos países em desenvolvimento, o risco de uma criança morrer por infecção do tracto respiratório inferior é 4 vezes maior nos lactentes que não são amamentados (131,661).

Os estudos relacionando a influência da dieta infantil sobre o aparecimento da otite média tem sido efectuados quase exclusivamente na América do Norte e na Europa.

As infecções respiratórias altas, nomeadamente as otites são em menor número em crianças amamentadas. Discute-se se o efeito protector do AM se deve aos factores por ele veiculados ou se o maior número de otites em crianças alimentadas com fórmula para lactente, se deve à posição em que o biberão é oferecido à criança, originando regurgitações do fluido e passagem de secreções através da trompa de Eustachio. Para Paradise (131), as crianças com fenda palatina são protegidas da otite média, sendo o leite materno neste caso, dado com um biberão (131,146,383,546,575,643).

O *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) constitui a maior causa de meningite bacteriana nos EUA e ocorre em cerca de 12.000 casos por ano, principalmente em crianças menores de 5 anos, sendo as formas não meningíticas de doença por Hib em número de 20.000 por ano; também em Portugal se tem assistido ao aumento de doença invasiva por Hib (97).

A doença por Hib invasiva secundária só constitui cerca de 1 a 2% dos casos de doença invasiva por Hib.

Parece importante definir factores de risco para o aparecimento de doença primária. Têm sido sugeridos vários factores de risco para a ocorrência da doença invasiva por Hib.

Embora alguns investigadores sugeriram que as diferenças observadas em termos de prevalência da doença em grupos raciais diferentes, possam ser explicadas por susceptibilidades diferentes, geneticamente determinadas, existem variáveis importantes que podem influenciar os resultados de algumas investigações. Tem sido verificada a associação entre uma maior incidência da doença nos grupos etários mais baixos, no sexo masculino, na raça negra e onde existem piores condições socioeconómicas (309,548,592,676).

Têm sido observados mais casos de doença por Hib em famílias mais numerosas, maior densidade populacional, menor nível educacional e menor rendimento per capita (110,191,196,197).

A ocorrência prévia de otite média ou hospitalização, e a frequência de infantilismo, constituem igualmente factores de risco para a contracção da doença por Hib, ao passo que o AM constitui um factor de protecção (32,110, 190,217,309,548,629).

Cochi e col. (110) e Istre e col. (309) demonstraram que o aleitamento artificial aumenta quatro vezes a probabilidade de uma bacteriémia e meningite nas crianças norte americanas.

Também nos países em desenvolvimento, o AM tem um papel muito importante a desempenhar, diminuindo para um terço, a probabilidade de mortalidade por septicémias (20,482-484,661).

Os estudos de Pabst e col. (505,506), sugerem que o AM aumenta a resposta imunológica no primeiro ano de vida, o que implica que em estudos de avaliação da eficácia das vacinas, o regime alimentar da criança deva ser tido em conta.

Alguns estudos recentes sugerem que o AM também tem um papel de protecção contra as infecções urinárias (131,527,528).

Segundo Marild e col.(451) a protecção conferida pelo AM, persiste após a sua descontinuação, sugerindo um efeito do AM na flora intestinal, tornando-a mais estável e com menor número de estirpes bacterianas potencialmente patogénicas.

Outros factores poderão explicar a associação entre AM e o menor risco de infecções urinárias, dependentes da circulação de factores protectores veiculados no leite materno, como a lactoferrina, a IgA secretora e oligossacáridos para o tracto urinário. Segundo Coppa (535) a presença de oligossacáridos na urina de crianças amamentadas inibe a adesividade da E.coli às células uroepiteliais (537).

1.3.Vantagens imuno-alergológicas

A influência do regime alimentar do bebé no desenvolvimento das doenças

alérgicas da infância, tem suscitado muita polémica. Está ainda em aberto a questão de se saber se o AM protege de facto a criança de alergias ou se protela o aparecimento das manifestações alérgicas (82,256,282-284,369,426, 556,621,655).

Um dos principais problemas na interpretação dos resultados de muitos estudos, é a impossibilidade de escolha aleatória das crianças em termos de AM ou fórmula para lactente, para além da existência de desvios metodológicos importantes na maioria das investigações (82,369,524,594).

Outros factores podem explicar os resultados contraditórios de muitos estudos, como a possibilidade de veiculação de alérgenos através do leite da mãe e a sensibilização in útero (25,90,262,410,524).

Alguns autores encontraram um efeito protector do AM relativamente à dermatite atópica, sobretudo quando praticado pelo menos durante 6 meses, ou em crianças com antecedentes familiares de atopia positivos. O subgrupo de crianças com história familiar de atopia, parece beneficiar mais do AM (97,281,347,367,426,471,574,710,).

Também os estudos tentando relacionar AM e asma brônquica, têm dado resultados controversos (50,281,535).

A frequência da alergia ou intolerância às proteínas do leite de vaca varia muito, consoante diferentes casuísticas, o que se deve ao valor limitado da contribuição laboratorial para o diagnóstico de alergia alimentar, à variedade de sintomas que esta pode assumir e à sua natureza transitória.

Em alguns estudos, é impossível encontrar um benefício do AM, mas noutros, os resultados obtidos são a favor do papel protector do AM (313,327,426,470,619).

As cólicas infantis, que muitas vezes precedem o estabelecimento dum diagnóstico de intolerância ou alergia às proteínas do leite de vaca, mesmo em crianças amamentadas, são eliminadas em cerca de um terço das crianças, quando as suas mães começam a fazer uma dieta com exclusão de leite e derivados (314,315).

Alguns autores propõem que as crianças com antecedentes familiares de atopia, sejam exclusivamente amamentadas durante 6 meses de vida (262, 281,317,346,621).

Na sua impossibilidade, aconselham uma fórmula para lactente com hidrolizado de proteínas, apesar da possibilidade remota de intolerância (98, 621,640,654,655).

A exclusão de leite e derivados da dieta materna, é advogada por alguns autores, mas esta opinião não é partilhada pela maioria, pelo risco de problemas psicogénicos ou nutricionais maternos (262,347,411,452,483,654, 710).

A associação paradoxal entre AM e alergia referida por alguns autores, pode ser explicada pela possibilidade de sensibilização da criança, através do leite, pela passagem de pequenas doses de proteínas heterólogas, que apresentam um maior poder alergizante (590).

1.4. Vantagens psicológicas

Existe uma grande controvérsia acerca da influência, a longo prazo, da nutrição nas primeiras fases da vida, no que diz respeito ao neurodesenvolvimento (56,429).

Segundo Lucas e col. (428,429,476) o AM promove um melhor desenvolvimento da criança, pelo menos em bebés pré-termo, sendo igualmente referido um efeito positivo de “dose-resposta” entre a duração do AM e o desenvolvimento psico-motor da criança (56,428,429,476).

As investigações de Lucas e col. (428,429,476) não fazem a discriminação entre o papel dos factores veiculados pelo leite materno e o estilo dos pais ao interagirem com a criança. O ambiente e as trocas interactivas entre a criança e o seu prestador de cuidados parecem estar mais correlacionados com o desenvolvimento infantil do que com o nível sócio-económico do agregado familiar (60).

O AM proporcionando um contacto físico íntimo entre mãe e bebé, cria, segundo Lozoff e col. (420), as condições de intimidade ideais para a espécie humana, proporcionando ainda isolamento e prazer. Estas condições permitem que a mãe seja especialmente sensível a sinais físicos emitidos pelo bebé na sucção do seu mamilo, sendo valorizadas como factores de bem-estar e prazer mútuo, que contribuem para uma melhor vinculação e mais segura ligação entre mãe e filho (75,86,377,420).

Nas últimas décadas tem sido dada particular atenção à existência de períodos sensíveis e críticos no desenvolvimento, humano ou não (99,292,642).

A permanência do bebé junto da sua mãe logo depois do parto, poria em marcha mecanismos complexos comportamentais, hormonais, fisiológicos e imunológicos, sendo esta cascata de interacções, a responsável pelo estabelecimento da ligação entre a mãe e o seu filho. A duração do AM poderia ser uma medida de avaliação da vinculação entre mãe e bebé, a que não seria alheio um início precoce da amamentação (100-102,351,580, 635,688).

Os trabalhos de Greenough e col. (241) ajudam a integrar princípios gerais de investigação neurobiológica na compreensão do desenvolvimento infantil, tendo importantes implicações na compreensão de períodos sensíveis ou críticos. Durante os períodos sensíveis ou críticos, a experiência não é necessária para o estabelecimento das conexões, mas para a sua permanência.

O recém-nascido, altricial em termos motores em comparação com outros mamíferos, é precocial em termos de competências, contribuindo para a interacção com outro parceiro logo após o nascimento, salientando-se a importância das diferenças individuais na definição de estilos de interacção, tão importantes no estabelecimento da ligação entre a mãe e o seu bebé (125,164,212,241,511,677).

A importância do contacto físico primeiramente demonstrada por Harlow (268) em macacos Rhesus, e recentemente confirmada por investigações efectuadas na Suécia, e a qualidade das transacções entre mãe e bebé durante a situação alimentar, parecem determinantes e representativas da ligação entre mãe e criança (35,37,38,44,75,134,193,273,274,604,648,687, 688)

Parece evidente a existência de períodos sensíveis e críticos no desenvolvimento humano, a importância do contacto físico, da qualidade e do “timing” das transacções entre os dois parceiros da díade durante a mamada. O AM parece ter implicações em termos do desenvolvimento futuro da criança. O sucesso do AM influencia a auto-estima materna e o bem estar do bebé, proporcionando experiências gratificantes à díade. A falta de sincronia entre mãe e bebé durante a mamada, poderia ser um factor responsável pela diminuição do volume da ingesta e da energia disponível para a estimulação cognitiva do bebé, podendo prejudicar a capacidade de interacção da mãe e bebé a longo prazo. Parece, pois, poder-se afirmar que as vantagens psicológicas do AM para a díade, estão em certa medida dependentes do seu sucesso.

1.5.Vantagens económicas e demográficas

Sob o ponto de vista económico, é menos dispendioso alimentar uma criança com o leite da sua mãe, mesmo não tendo em conta as infecções evitáveis, o absentismo das mães no trabalho, ou o sofrimento dos bebés e famílias, que não pode ser calculado em termos económicos (266).

Os custos de transformação do leite de vaca em fórmulas para lactentes e o seu preço de comercialização são elevados. Se todos os recém-nascidos que nascem anualmente em Portugal fossem alimentados com fórmulas para lactentes, seriam gastos cerca de 700.000 contos no primeiro mês de vida desses bebés e mais de um milhão de contos a partir do terceiro mês de vida, preços muito mais elevados que o dinheiro necessário para suplementar a dieta de uma mãe que amamenta.

Tais custos seriam incomportáveis para os orçamentos de muitos países em desenvolvimento e também para os de muitas famílias portuguesas que se confrontam com vencimentos baixos e desemprego, coincidentes com a vinda de um filho.

Dada a associação entre lactação e supressão da ovulação, o AM tem implicações importantes em termos demográficos (192,236).

O “método de amenorreia de lactação” ou LAM é um importante método contraceptivo não só nos países em desenvolvimento como nos países industrializados (88,163,302,337,375,522).

Segundo a UNICEF, o AM pode evitar maior quantidade de gestações

que todos os programas de planeamento familiar do mundo. A partir da experiência de diversos países, a diminuição da mortalidade infantil é um pré-requisito para o decréscimo da natalidade. O Sri Lanka, a China e a Costa Rica, conseguiram baixar a mortalidade infantil nos seus países, acontecimento a que se seguiu um declínio da natalidade para níveis dos mais baixos em países em desenvolvimento (266).

Segundo a UNICEF, ter-se-ia conseguido evitar a morte de 9 milhões de crianças em 1987, se todos os países em desenvolvimento tivessem conseguido um tal sucesso e teria havido menos 20 milhões de nascimentos por ano (266,267).

Os estudos de Cantrelle e Leridon (266) no Senegal, mostraram que quando não existem mortes de crianças numa família, o intervalo de tempo entre duas gestações aumenta de 9 meses, se o desmame é adiado para um ano depois do primeiro ano de vida. Pelo contrário, o intervalo entre dois nascimentos é encurtado de 3 para 2 anos, se uma criança tiver morrido durante o primeiro mês de vida, interrompendo-se assim o AM.

Pequenos intervalos entre as gestações aumentam o risco em termos de mortalidade infantil, não só pelo desmame ou pior estado nutricional das crianças, mas também pelo risco aumentado de prematuridade e de promiscuidade (266,435).

O maior risco em termos de morbilidade e mortalidade está bem expresso na palavra africana “kwashiorkor”, que significa a privação nutricional sofrida por uma criança, quando a sua mãe engravida de novo e interrompe o AM.

Para Hanson e Bergström (266), a prática maciça do AM, aumentaria a esperança de vida das crianças dos países em desenvolvimento. A maior sobrevivência, consequência de uma menor taxa de mortalidade infantil, determinaria uma menor taxa de natalidade. Em países do terceiro mundo, como a Índia, em que não existe um sistema de segurança social para salvarguardar os idosos, as famílias devem ter pelo menos 6 filhos, para terem uma probabilidade de sobrevivência de 95% de um filho, de forma a poder ser uma ajuda e amparo na velhice dos pais.

Mesmo nos países industrializados, talvez por influência dos movimentos ecologistas para estilos de vida saudáveis, tem surgido ultimamente o interesse em utilizar um método contraceptivo natural nos primeiros meses pós-parto.

Em 1988, a “Bellagio Consensus Conference” fez recomendações para utilização do LAM como técnica contraceptiva. Para que o LAM tenha uma eficácia de 98% durante os primeiros 6 meses pós-parto, seria necessário que as mães amamentassem plenamente os seus filhos, sem recorrerem a suplementos e sem intervalo nocturno, permanecendo amenorreicas. Foi encontrado um efeito de “dose-resposta” entre o padrão da lactação e uma

gestação não planeada. Para outros autores, o AM exclusivo não seria um pré-requisito para a eficácia do LAM (117,236,336,376,523,601).

1.6. Vantagens a longo prazo

Embora o AM não seja uma panaceia, para além dos seus efeitos protectores exercidos a curto prazo, existem hoje em dia elementos que sugerem acções e vantagens do AM a longo prazo (16,131,209,529).

Para alguns autores, o AM tem um efeito protector sobre a doença celíaca (238,544).

Também tem sido sugerido que o AM diminui o risco de algumas doenças inflamatórias crónicas do intestino, tal como a doença de Crohn e a colite ulcerosa (300,359,684,707).

Segundo o estudo efectuado por Udall e col.(646), a prática do AM exclusivo durante um mês, parece conferir alguma protecção contra a doença hepática grave e a mortalidade precoce em crianças com deficiência em alfa-1-antitripsina, o que é corroborado por Sveger (625). Para Keifer (333) e Udall (645), a possível associação entre a deficiência em alfa-1-antitripsina e a deficiência em vitamina K, reforça a necessidade da suplementação em vitamina K, em crianças com défice de alfa-1-antitripsina amamentadas, com o fim de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido.

Davis e col. (139), num estudo caso-controlo, demonstraram o efeito protector do AM, quando superior a 6 meses, em relação aos linfomas.

Em resumo, o leite materno está perfeitamente adaptado às características da espécie humana, tendo inúmeras vantagens a curto, médio e longo prazo.

O AM tem vantagens para mães e bebés de termo ou pré-termo, oriundos de nações desenvolvidas ou em desenvolvimento, sendo hoje considerado como um direito da criança.

Paralelamente ao aumento do conhecimento sobre os benefícios do AM, tem havido uma consciencialização das implicações da amamentação na saúde pública, tornando assim a sua promoção uma prioridade mundial.

Segundo o programa “Saúde para Todos no Ano 2000”, tornam-se necessárias novas iniciativas no sentido de alcançar os seus objectivos, ou seja, uma incidência de 75% à nascença e prolongamento do AM até aos 6 meses de vida (418).

2.0 SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

O AM não é uma prática meramente nutricional ou sequer psicológica. O AM envolve muito mais que a relação entre duas pessoas. As condições económicas e sociais da alimentação infantil têm um efeito fundamental no seu sucesso; entre estas condições estão as relações sociais e simbólicas que a alimentação infantil cria e serve em diferentes culturas. A noção de sucesso do AM varia transculturalmente e inclui o tempo do desmame.

A alimentação do bebé tem a ver não só com a sobrevivência física, mas também com formas complexas de socialização de mãe e filho. De facto, muitas formas diferentes de alimentar as crianças foram consideradas culturalmente apropriadas; algumas destas práticas revelaram-se de risco, como por exemplo o recurso às amas-de-leite, e a utilização de alimentos pré-lácteos, traduzindo esta prática tabús pós-parto existentes em algumas civilizações (446,447).

As diferentes vertentes do AM e as interações geradas, tornam impossível uma definição de sucesso aceite por todos.

A duração do AM, exclusivo ou não, é um dos itens mais importantes na definição de sucesso, aliado à avaliação do estado nutricional da criança, ao seu desenvolvimento e à interação entre mãe e bebé (75).

Os trabalhos de Houston e col. (298,299), sugerem a importância da transferência de leite entre mãe e bebé, como outro parâmetro de sucesso do AM.

A duração ideal do AM é tema de controvérsia entre os pediatras, mesmo nos países industrializados (356).

Grossman e col. (246,247) definiram os critérios de sucesso do aleitamento. Para estes autores, poder-se-ia considerar sucesso, quando o bebé era amamentado ao peito durante pelo menos um mês, e a ingestão de leite materno superior a 50% da ingesta total de leite.

Para While (681) e Jenner (319), o AM deve ser considerado como sucesso, se praticado em exclusivo durante pelo menos 3 meses.

Sempé e Sambuc (596), consideram que o AM prolongado para além dos 2-3 meses de vida do bebé não se justifica em termos auxológicos, mas tem

interesse na manutenção de relação privilegiada entre mãe e bebê.

Grummer-Strawn (250) define AM prolongado como aquele que é praticado além do primeiro aniversário da criança, independentemente de ser exclusivo ou não.

A grande maioria dos autores não se compromete com uma definição de duração ideal do AM, identificando o sucesso do AM com a sua maior duração (168,248,270,287,307,387,431,485,627).

Segundo Howie e col. (301), a duração do AM de pelo menos 13 semanas é necessária para que haja uma protecção contra as infecções gastrointestinais e, em menor grau, contra as infecções respiratórias, mantendo-se esta protecção após o desmame, traduzindo-se por uma menor taxa de hospitalizações. Howie e col. (301) sugerem a existência dum “limiar” ou “nível” de quantidade de leite materno que uma criança deve consumir a fim de ser protegida contra factores infecciosos.

Esta noção fora já anteriormente sugerida por Bauchner (42) e de certa maneira é corroborada pela observação de um efeito de “dose-resposta”, em algumas investigações (78,428,429,661).

Lucas e col. (428,429), demonstraram um efeito de “dose-resposta” relacionando a quantidade de leite materno consumido por crianças pré-termo, através de um tubo naso-gástrico, e o seu QI aos 7.5-8 anos.

Brown e col. (78), num estudo prospectivo de correlação entre o tipo de regime alimentar e morbidade por doenças infecciosas, incidindo sobre 153 recém-nascidos peruanos oriundos de uma comunidade pobre suburbana, durante o primeiro ano de vida, encontraram um efeito de “dose-resposta” entre a quantidade de leite materno consumido e a prevalência e incidência de infecções gastrointestinais e respiratórias.

Como no estudo anterior, Victora e col. (661), no sul do Brasil, observaram um efeito de “dose-resposta”, entre uma maior quantidade de leite materno veiculado e um menor risco de mortalidade (78).

Se 13 semanas de AM parecem ser suficientes para assegurar uma protecção contra algumas doenças infecto-contagiosas, são insuficientes quando se trata de outro tipo de patologia (136,139,574).

Tem sido muito discutido se o prolongamento do AM até aos 12 meses de vida ou mais, teria ou não benefícios para a criança, em termos nutricionais (540,622).

Nos países industrializados, nem a saúde nem o estado nutricional duma criança são negativamente influenciados pela continuação do AM depois dos 6 meses de idade, se houver o cuidado da adição de outros alimentos qualitativa e quantitativamente apropriados na dieta da criança. Nos países em desenvolvimento, existe o consenso sobre o benefício do AM prolongado até aos 2 anos de idade, sobretudo quando não existe disponibilidade para

alimentos alternativos apropriados (540).

Victora e col.(661), investigando a mortalidade de crianças dos 7 aos 364 dias de vida em duas cidades do sul do Brasil, verificaram que as crianças alimentadas com um regime misto, tinham um risco aumentado, quando comparadas com crianças exclusivamente amamentadas. Curiosamente, a suplementação do AM ou do biberão com alimentos sólidos, reduzia o risco de mortalidade, talvez por melhorar o estado nutricional da criança.

Victora e col. (661), demonstraram igualmente a associação de baixo peso para a estatura e uma amamentação prolongada, sugerindo várias explicações: a) as mulheres dos países em desenvolvimento produzem um leite com um teor mais baixo de lípidos ou o leite produzido no segundo ano de vida da criança apresenta alterações qualitativas e quantitativas em relação ao do primeiro ano, o que parece ser desmentido pela literatura ; b) as mães dão, para além do peito, alimentos inadequados; c) frequentes refeições de leite materno têm um efeito negativo no apetite, reduzindo a apetência para outros alimentos (20,159,250,662,696).

O sucesso do AM também tem que ser encarado sob a perspectiva materna. Alguns estudos encontraram uma correlação entre a duração do AM prevista pela mãe e a sua duração real; sob o ponto de vista materno a duração do aleitamento foi a adequada, correspondendo às suas expectativas, mesmo tendo sido de curta duração (387,559).

Existe o consenso entre os pediatras quanto à duração ideal da amamentação nos países industrializados, de 4 a 6 meses, desde que a criança tenha um estado nutricional dentro dos parâmetros normais (250,308,395).

Nos países em desenvolvimento o crescimento ponderal das crianças exclusivamente alimentadas ao peito pode ser insuficiente a partir dos 3 meses de idade e a duração prolongada do AM tem sido apontada como factor de malnutrição, ocasionada por uma alimentação complementar inadequada resultante da pobreza (159,596,661,662,696).

Outros parâmetros importantes na definição do sucesso do AM é a interacção entre mãe e bebé, nomeadamente durante a mamada, o estado nutricional do bebé e o seu desenvolvimento (75,644).

A avaliação do estado nutricional do bebé, além de ser um dos parâmetros óbvios de definição de sucesso do AM, é também um instrumento efectivo para aumentar o conhecimento e informação acerca do estado de saúde e desenvolvimento da criança.

A monitorização do crescimento da criança é um instrumento que pode dar à mãe confiança na sua competência para satisfazer as necessidades do seu bebé durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. Segundo Greaves e Hendrata (237), para que o pleno potencial desta estratégia possa ser uma reali-

dade em relação ao AM, a monitorização da avaliação nutricional dum a criança deverá ser iniciada preferencialmente desde o nascimento e sempre antes dos 3 meses de vida a fim de que as mães possam ter um reforço positivo relativamente à sua competência para amamentar o seu filho.

As necessidades energéticas das crianças amamentadas parecem ser menores que as recomendadas habitualmente e as tabelas de crescimento estatuto-ponderal de referência podem não ser as mais apropriadas para as crianças predominantemente alimentadas ao peito (83,113,143,145,147,208, 487,622).

A interacção entre mãe e bebé durante a mamada é um dos parâmetros mais importantes do sucesso do AM. O AM proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência de experiências de cooperação mútua, de contingência e de ritmo tão importantes para a ligação mãe-bebé (34-36,507,644).

Para Britton (75), parece haver uma relação entre os comportamentos interactivos entre mãe e bebé durante a mamada e o comportamento de ligação entre mãe e bebé ou o desenvolvimento social e cognitivo da criança.

A inexistência de bons padrões interactivos entre mãe e bebé durante a situação alimentar, tem sido responsabilizada por alguns autores, pela falência de crescimento de causa não-orgânica na criança (44,273,274).

Parece, portanto, razoável dizer-se que a duração ideal do AM em Portugal, tendo em conta as suas características e as leis sociais de protecção materno-infantil, será de 3 a 6 meses, sempre que possível, estando consciente das dificuldades da prática do AM exclusivo para além dos 3-4 meses de vida do bebé, nas mães que trabalham fora das suas casas.

Igualmente, o sucesso do AM terá implicações na sua maior duração, transferência de leite e numa boa interacção entre mãe e bebé, com repercussões no estado nutricional e desenvolvimento da criança. Não podemos também esquecer que um AM bem sucedido deverá corresponder às expectativas maternas expressas antes do parto.

2.1.Determinantes do sucesso

A decisão de amamentar o futuro filho, é fruto de uma longa socialização materna, sujeita a múltiplas influências, constituindo, afinal, o corolário lógico da experiência de vida de uma mulher (252,312,334,554,627).

Segundo Maher (446), o AM, tal como a sexualidade feminina e o parto, é objecto de considerável elaboração cultural em muitas sociedades. A “vantagem nutricional” do AM é culturalmente determinada e tem apenas uma relação indirecta com a eficácia biológica, servindo outros interesses para além do nutricional (446).

O declínio do AM no Ocidente faz parte do processo segundo o qual a partir do século XVI, as mulheres perderam o controlo dos seus próprios corpos como um recurso simbólico e institucional, por medicalização da reprodução e sua subordinação à ideologia industrial e correspondentes formas de relação (446).

As relações emocionais e físicas entre mulheres e crianças foram progressivamente desaparecendo, sendo substituídas por uma ordem simbólica e uma prática burocratizada, nas quais mulheres e crianças reaparecem como recursos susceptíveis de serem manipulados para fins productivos.

A investigação na área de produção de alimentos de substituição do leite materno seria assim um sintoma da misoginia intrínseca à investigação médica.

Ao participar na medicalização dos corpos e ao encarar o AM quase exclusivamente sob o ponto de vista nutricional, as mulheres perderam o contacto com o seu próprio desejo de amamentar, contribuindo para a representação medicalizada do corpo feminino como uma máquina que tem de ser manobrada a fim de cumprir as suas funções.

As mulheres nas sociedades industrializadas estão menos conscientes da criatividade e do valor simbólico da amamentação, do que do risco de serem manipuladas física e psicologicamente pela intervenção médica. Nestas condições, é difícil amamentar e o facto de não amamentar pode ser considerado como um sintoma de resistência inconsciente à invasão médica do próprio (446).

Nas sociedades tradicionais, não foi porém a ignorância das mulheres que as levou a adoptar a alimentação artificial.

Mulheres muito sobrecarregadas, características das populações dos países em desenvolvimento, sabem que perderam o acesso aos meios de produção e controlo do produto do seu próprio trabalho, em benefício dos seus maridos. As mulheres encontram no aleitamento artificial uma maneira de transferir para o homem alguns dos custos da reprodução, que elas próprias têm suportado sózinhas apesar dos seus magros orçamentos em comida, dinheiro e vitalidade. O recurso ao biberão pode ser por vezes encarado como um elemento de auto-preservação, tendo em conta os múltiplos papéis que as mulheres têm de desempenhar (446,447).

Também no mundo animal, pode existir um conflito potencial entre a sobrevivência materna e os recursos necessários à sobrevivência da cria, o que pode originar um “conflito do desmame” (272).

Mesmo na Europa, muitas mães que escolheram o biberão para os seus filhos, fizeram-no para partilhar a tarefa de alimentar o bebé com o pai da criança.

Um AM prolongado, que pode ser a única solução em países em desenvolvimento e a compensação, embora muitas vezes ineficaz, para uma es-

cashez de comida culturalmente criada em países em desenvolvimento, pode ser considerada em países industrializados como a tradução da desigualdade dos sexos em termos de poder (446,447).

O AM pode providenciar uma gratificação emocional e sensual para mãe e bebé, mas este facto não tem sido um imperativo cultural. Os imperativos culturais mencionam o dever da mulher para com o seu filho e o seu marido (446).

Para Balsamo e col. (31), a atitude de misoginia do médico nega à mulher ter prazer com o seu filho, privilegiando a relação conjugal. O mito do amor maternal em termos de sacrifício seria o único compatível com a visão religiosa cristã.

No norte da Tunísia existe um axioma cultural segundo o qual o fluxo de leite de uma mãe e o crescimento do bebé constituem sinais de benção e abundância, ou “baraka”, ou seja uma força que sustenta a vida. Para esta comunidade, quando uma mãe transmite a sua força através do seu leite, não é só o bebé que prospera, mas todas as pessoas, os animais e os campos pertencentes ao marido, e consequentemente a sua prosperidade (124).

Assim, o leite da mulher é um recurso feminino, cuja importância cultural e institucional é tal que, tanto homens como mulheres lutam pelo seu controlo.

Naquelas sociedades, existe uma obrigatoriedade de solidariedade e suporte mútuo entre as crianças amamentadas pela mesma mulher, por causa da vinculação estabelecida através do leite, o que cria um laço matrilinear e uma fonte de poder feminino, numa sociedade ostensivamente patrilinear e patriarcal (124).

Para alguns antropólogos, a prática do AM está ligada à existência dos privilégios masculinos, que determinam o incentivo ou impedimento da sua prática (446,447).

Nas sociedades tradicionais, o AM tem ainda sido usado para promover as pazes entre tribos inimigas, para consolidar a unidade do clan, para evitar casamentos, atingindo objectivos muito mais longínquos que o do interesse da mulher que amamenta (356).

Nas famílias abastadas inglesas dos séculos XVI e XVII, o controlo do homem sobre o AM, decidindo se a criança seria amamentada por uma ama-de-leite ou a data do desmame era uma maneira de acentuar que a criança era “propriedade” da linha paterna e servia igualmente para enfraquecer o papel da mulher como mãe dentro da família, acentuando o seu papel como esposa. Nesta sociedade, a sobrevivência de mãe e criança não era considerada um problema social; o que importava às famílias abastadas inglesas dos séculos XVI e XVII era a conservação do estatuto, propriedade e privilégio masculinos e o AM poderia interferir com o papel da mãe em cumprir

esses objectivos.

Assim, amamentar ou não-amamentar pode ser visto não só como um meio de promover ou prevenir o crescimento da relação entre mãe e filho, mas também como o meio de criar outros tipos de relações sociais, centradas não na criança ou na sua mãe, mas posicionada no sistema patriarcal dentro da família e da propriedade (446,447).

Segundo Fisher (189) e Fishbein (188), a decisão de amamentar, é o primeiro pré-requisito para o sucesso da amamentação.

A decisão de amamentar é uma escolha individual. Jeeson e Richard (316) sugerem que a escolha do regime alimentar de um bebé, é um padrão de comportamento aprendido ou apreendido através da observação, conselhos e suporte proporcionado pelos próximos e familiares, característico nas famílias alargadas, actualmente inexistentes nos países desenvolvidos e em extinção nos países em desenvolvimento (385).

Os factores envolvidos na decisão materna de amamentar o seu bebé e a sua manutenção, são ainda hoje só parcialmente compreendidos (316,386, 573).

O AM é influenciado por factores, uns imutáveis e outros modificáveis que podem ser sujeitos a uma intervenção. Os factores não modificáveis seriam a raça, a escolaridade, a idade, o lugar de residência, a paridade, o peso à nascença e o rendimento familiar. Os factores potencialmente modificáveis seriam a inclusão em programas de apoio a grupos desfavorecidos, o suporte através de amigos ou comunidade, o sistema de saúde e as práticas hospitalares, o ensino pré-natal e a educação da lactação (235,276,418,521,571,601,).

A maior parte das gestantes decidem acerca do regime alimentar do seu bebé antes do parto ou mesmo antes da gestação, relacionando-se a precocidade da escolha com o sucesso da amamentação, o que levanta a questão da oportunidade da Educação para a Saúde em termos de AM (247,252,373, 396,431,443,627).

2.2.Factores sócio-demográficos

Factores sócio-demográficos como a idade, a classe sócio-económico-cultural, a raça, o estado civil, a paridade, e o trabalho materno estão associados a um maior ou menor sucesso do AM.

A maior parte dos autores encontram uma associação entre a decisão de amamentar e/ou duração da amamentação e a idade materna, sendo as mães pertencentes a um grupo etário mais elevado, aquelas que decidem amamentar os seus filhos (54,162,246,247,252,297,425,554).

Estudos efectuados em Portugal não revelaram qualquer associação entre a idade materna e a incidência, decisão e duração do AM. Apenas o estudo de Torrado da Silva e col. (639) refere uma menor incidência e também uma

menor duração do AM até aos 3 meses de vida, à medida que a idade materna aumenta (93,182).

A relação entre a decisão de amamentar e a duração do AM e o nível sócio-económico e cultural das mães varia de cultura para cultura.

Nos países industrializados são as classes mais altas e com maior nível de escolaridade que amamentam mais e durante mais tempo, verificando-se o inverso nos países em desenvolvimento (19,173,316,173).

Quase todos os estudos apontam para uma maior incidência da amamentação nas classes mais altas, com algumas pequenas variações. Switzky e col. (627), Jones (325), Dusdieker e col. (162,168), Richards e Bernal (554), Kurinij e Shiono (373), Wharton (679), Holt e Wolkind (297), Birenbaum e col. (54), Grossman e col.(246,247), Guigue e col. (252), While (681), Lucas e col.(425), Houston e col.(299) e Delight e col.(141), observaram uma relação entre classe social e escolaridade e AM.

Para além de uma maior escolaridade materna ou uma classe social mais elevada, também foi observada, uma associação entre a soma dos anos de escolaridade do casal e uma maior incidência e duração do AM (299,308,312, 357,571,609,657).

Estudos efectuados em Portugal, encontraram uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do AM, não tendo sido encontrada qualquer influência exercida pelo rendimento da família ou nível sócio-económico na duração do AM (588,639).

Em sociedades multiraciais, a influência exercida pela raça ou etnia da mãe na amamentação é indissociável, por vezes, de outros factores, podendo existir uma interacção entre dois ou mais factores.

Alguns autores encontraram uma associação entre raça ou etnia e decisão de amamentar; Bee e col.(45) encontraram uma interacção entre escolaridade e etnicidade e Birenbaum e col. (54), uma interacção entre raça, prática religiosa e amamentação (188,312,571).

A influência exercida pelo estado civil na escolha da amamentação difere consoante os autores, encontrando alguns, uma associação entre a decisão de amamentar e o estado civil (45,246,247,252,425).

Whichelow (680) encontrou uma associação entre a paridade e o sucesso do AM. O desmame antes dos 6 meses de vida foi muito superior em primíparas que em múltíparas, podendo estes resultados estar relacionados com a maior taxa de partos distócicos nas primíparas; outros autores não encontraram qualquer relação entre o número de gestações e a decisão de amamentar ou a duração do AM (247,585).

A questão da paridade é, no entanto, indissociável da experiência prévia nas múltíparas, tendo a maior parte dos autores demonstrado a associação entre ter amamentado com êxito um filho e um novo sucesso da amamenta-

ção, o que torna ainda mais importante, um especial investimento no primeiro filho (54,182,215,247,431,660,679).

O sexo da criança tem sido referido por alguns autores como podendo influenciar a decisão de amamentar, tendo o sexo masculino influenciado positivamente a decisão materna de amamentar nos estudos de Lucas e col. (425) e Jacobson e col. (312), contrariando os resultados obtidos por Guigue e col. (252).

A vinculação de uma mãe a um determinado bebé leva tempo e as tentativas precoces no sentido de uma aceleração, podem ser rejeitadas. Nesse contexto, Soulé (613) sugere uma equivalência entre a ecografia e a “interrupção voluntária do fantasma”, o que põe em evidência o trabalho de adaptação a uma criança pré-termo, para a qual o trabalho preparatório de vinculação foi reduzido.

O efeito exercido pelo trabalho materno, na decisão de amamentar e na duração do AM, é controverso.

Algumas investigações não demonstraram qualquer relação entre a necessidade das mães trabalharem fora de casa e a decisão de amamentarem, contrariando os resultados de outros estudos (54,80,252,373,431,606).

O pleno emprego das mães, embora podendo não exercer uma influência na decisão de amamentar, tem sido relacionado com a duração da amamentação exclusiva, mas é raramente invocado entre nós como causa de desmame precoce, dada a existência de uma licença de parto de 3 meses, prática que não é comum a todos os países, nomeadamente nos E.U.A. (30,93,571,572,585).

O trabalho materno pode não ser o único factor que influencia a decisão de amamentar e a duração do AM. Uma mulher que vai voltar ao trabalho pode ter expectativas menores relativamente à duração do AM; segundo Auerbach e Guss (24), as mulheres trabalhadoras têm problemas que não estão relacionados com o trabalho e que são comuns a todas as outras mães, como a fadiga e o engurgitamento mamário (126).

Existem outros problemas relacionados com o trabalho, como a disponibilidade de tempo para fazer a expressão do leite e conseguir a manutenção da lactação. A dificuldade em lidar com as diferentes expectativas relacionadas com a amamentação e as exigências de uma vida activa podem revelar-se demasiado problemáticas para algumas mulheres.

É mais provável que as mulheres que trabalham por conta própria nas suas casas amamentem os seus filhos, do que as mulheres que trabalham na indústria o que significa que o que está em causa não é o trabalho em si, nem mesmo o trabalho fora de casa, mas as relações de cariz capitalista existentes na indústria (356,447).

2.3. Factores maternos

Alguns factores maternos parecem ser decisivos para o sucesso do AM; salientam-se a frequência de classes pré-natais, a mãe ter sido amamentada, o êxito com outro filho e as atitudes maternas face à amamentação.

2.3.1. Classes pré-natais

Seria lógico pensar que a frequência de classes pré-natais pudesse influenciar a opção pelo AM, pelo menos nas mães indecisas.

Lyon e col. (431), Entwisle e col. (174), Grossman e col. (246) e Guigue e col. (252), encontraram uma influência positiva entre a frequência de classes pré-natais e a decisão de amamentar, o que é negado por Birenbaum e col. (54).

Em Portugal, Fernandes e col. (206), observaram que a informação pré-natal não influenciava de modo significativo a decisão de amamentar, o que podia ser interpretado de diferentes maneiras: ou as grávidas já teriam decidido a forma de alimentar um futuro filho antes da gestação ou no seu início, ou as mensagens veiculadas não conseguiram alcançar o seu objectivo, o que levanta o problema da escolha da oportunidade, do conteúdo da informação e das populações alvo.

No estudo experimental efectuado por Gomes-Pedro e col. (234), a prevalência do AM aos quatro meses de vida, foi de 74% nas mães que tinham tido uma consulta pré-natal e de 18% nas mães do grupo controlo ou seja aquelas que não tinham tido acesso a consultas pré-natais.

No estudo de Giugliani e col. (215), efectuado no Brasil, a orientação dada em classes pré-natais, estava relacionada com um desmame mais tardio das crianças, demonstrando que a frequência de classes de preparação para o parto e pós-parto, podiam providenciar uma boa oportunidade para motivar as futuras mães para a prática da amamentação, salientando também a importância da presença do pai nesse tipo de consultas (141,397,671).

2.3.2. Ter sido amamentada

A decisão de amamentar um futuro filho e a duração do AM, podem ainda ser influenciadas pelo facto de a própria mãe ter sido amamentada.

Jones (325) e Lyon e col. (431), encontraram uma associação positiva entre a escolha do AM e o facto de as mães terem sido amamentadas, mas esta

associação para Entwisle e col. (174), só se verificou para as classes baixas, enquanto que Switzky e col.(627) negam estes resultados.

Estudos efectuados em adolescentes, encontraram uma associação entre decidir amamentar e ter sido amamentado (244,322).

Sloper e col. (609) são de opinião de que há uma associação entre a mãe ter sido ou julgar ter sido amamentada e uma maior duração do AM.

As razões que levam uma mulher que foi amamentada, a decidir amamentar o seu filho, não estão bem esclarecidas. A explicação de que atitudes positivas relativamente ao AM tenham sido construídas ao longo da socialização durante a infância e adolescência, sugere o facto das mulheres tomarem a decisão de amamentar antes da gestação, como fruto de uma longa socialização, o que tem implicações na promoção de educação para a saúde a toda a população, como acção moduladora das influências exercidas na mulher pela sua mãe, marido, amigos e médico assistente (174).

2.3.3. Êxito com outro filho

As mães que amamentaram com sucesso outro filho têm mais probabilidades de amamentar o seu filho e, tanto Giugliani e col. (215), como Victora e col. (660) relacionaram um desmame precoce, antes dos 3 meses e a duração do AM superior a 6 meses, com experiências prévias semelhantes (54,182, 215,247,431,679).

2.3.4. Atitudes maternas

A maior parte das investigações sugerem que a atitude materna face ao AM, é determinante do sucesso da amamentação (174,206,252,307,356).

Salientam-se duas hipóteses teóricas fundamentais na pesquisa sobre a formação das atitudes; a) a que se centra nos processos cognitivos e remete o problema da formação das atitudes para a questão da aquisição das crenças; b) a que analisa este processo como um processo afectivo, sem necessidade de um suporte racional (412).

A linha teórica cognitiva defende que é a informação que temos disponível sobre um objecto (isto é, as crenças) que definem as nossas atitudes; a segunda perspectiva teórica parte de pressupostos menos racionais e liga a formação das atitudes a experiências emocionais (412).

Como exemplo da linha teórica cognitiva temos a Teoria da Acção Reflectida (Theory of Reasoned Action) de Fishbein e Ajzen, que se baseia na

assunção de que as pessoas são habitualmente razoavelmente racionais e fazem uso sistemático da informação disponível (188,412,559,652).

Segundo esta teoria, a intenção é função de duas determinantes básicas, uma pessoal e outra que reflecte a influência social.

O factor pessoal é a avaliação pessoal, positiva ou negativa das consequências de um dado comportamento; este factor é chamado “atitude perante o comportamento”.

O segundo factor determinante de uma dada intenção é a percepção pessoal das pressões sociais sobre si exercidas a fim de ter ou não o comportamento em questão; dado este factor lidar com percepções, é chamado “norma subjectiva”.

Segundo esta teoria, um dado comportamento será determinado pela intenção e esta será resultante dos pesos relativos da “atitude perante o comportamento”, pelas “normas subjectivas” e em última análise pelas opiniões pessoais.

Existe uma certa unanimidade de opiniões acerca das atitudes maternas quanto ao AM, serem factores determinantes do seu sucesso; para Entwisle e col. (174), o factor mais fortemente predictivo da duração da amamentação, é a intenção manifestada pela mãe.

As principais controvérsias dizem respeito ao peso relativo das razões centradas na criança ou na mãe, na decisão ou na duração da amamentação, pelo que diferentes estratégias devem ser utilizadas em diferentes populações (162,200,206,252,307,325,357,431,447,449,450).

Os adolescentes são particularmente sensíveis aos benefícios do AM, salientando os aspectos psicoafectivos para a mãe e a existência de uma melhor informação, como determinantes na escolha da amamentação (244,322,406,407,586,587).

Para Reiff e Essock-Vitale (549), outro factor importante na determinação da escolha de amamentar, é o “modeling”.

Estudos recentes sugerem que praticar o AM para satisfação pessoal ou por causa de pressões sociais, conduzem a resultados diferentes em termos de sucesso (287,307,680).

A fim de potenciar a decisão de amamentar e aumentar o sucesso do AM, já que este poderá providenciar uma gratificação emocional e sensual para mãe e bebé, será importante mudar o conceito de amamentação enquanto “dever”, para amamentação como “direito” da mulher (356,446,447).

A influência na decisão e na duração do AM, exercida pelas opiniões de pessoas significativas, nomeadamente o pai do bebé, a avó materna, os amigos, a melhor amiga da mãe e o seu médico assistente, varia muito segundo os estudos (141,247,404).

A influência exercida pelo pai do bebe é positiva, na maioria dos estudos

(54,215,247,325,356,449,450,627).

Para existir relação entre a opinião do marido e a decisão de amamentar, é necessário que a mãe seja sensível à opinião do marido, não sendo indiferente para a decisão, a existência de conflitos conjugais (449,450,627).

Segundo Feldman e col. (181), a qualidade e a natureza das relações conjugais são predictivas de todos os componentes da paternidade.

A avó materna do bebê tem também um papel importante no aconselhamento e apoio ao AM, desde que pertença a uma geração que tenha amamentado os seus filhos (215).

A influência exercida pelas opiniões dos amigos é positiva na maioria dos estudos, influenciando a decisão de amamentar mesmo em adolescentes (244,297,322,325,431,449,450,627).

O médico assistente tem um peso variável, sendo de realçar a influência positiva também exercida por enfermeiras visitadoras na decisão ou na duração do AM (162,168,182,247,270,325,404,431,449,450,515).

Segundo a Teoria da Acção Reflectida de Fishbein e Ajzen (188,449,450), a intenção de amamentar será fruto da avaliação materna das consequências em amamentar o seu filho ou alimentá-lo com fórmula para lactente, e das pressões a que a mãe está sujeita por parte de pessoas significativas relativamente aos dois tipos de dieta (188,449,450,652).

2.4.Práticas hospitalares

A antropologia, a sociologia e a história têm procurado apreender o significado de acontecimentos tão importantes como o parto, para diferentes povos de diferentes culturas (33,321,445,689).

Em todos os povos é possível encontrar crenças e práticas ligadas à procriação, gestação, ao parto, constituindo este uma “entrada na vida” ou um ritual de passagem; também todos os povos se preocupam com os cuidados a fornecer ao recém-nascido: o primeiro banho, a amamentação, as aprendizagens, os berços e as embaladeiras (31,33,124,271,321,344,446,504, 510,516,636).

Jordan (349), define os acontecimentos ligados ao parto como específico de cada cultura e assim, nos EUA, o parto é visto como “um procedimento médico”; no Yucatan, um acontecimento “stressante” embora normal da vida de uma família, ou um processo natural como na Holanda, ou ainda, como na Suécia, um acontecimento altamente gratificante em termos de realização pessoal.

Segundo Kennell (338) e Kennell e Klaus (349), o paradigma das práticas actuais nos EUA baseia-se em vários pressupostos; a) as consultas pré-natais

têm como objectivo a detecção de problemas do feto ou da futura mãe; b) o nascimento de um bebé é potencialmente uma situação perigosa; c) todos os esforços devem ser feitos no sentido da detecção de partos de risco e prevenção das suas potenciais complicações.

O programa do Hospital Ramon Sarda Mother and Infant, na Argentina, é a concretização na prática dos resultados recolhidos na extensa literatura acerca das crianças pré-termo e seus pais. O seu programa de cuidados perinatais promove os factores que favorecem a vinculação precoce, removendo e reduzindo factores deletérios e a criação de um ambiente de suporte e acompanhamento contínuos à mãe, providenciando alojamento onde se odem estabelecer relações sólidas com os filhos, com o hospital, com outras mães na mesma situação e com grupos de suporte. Com esta metodologia foi aumentado o sucesso do AM (349).

Baseando-se no pressuposto que o corpo da mulher está adaptado fisiologicamente para dar à luz uma criança normal, resultado de uma evolução milenária, Odent (349) lançou um programa de cuidados perinatais que incluía a liberdade de parir na posição desejada, e um sistema de um suporte das parturientes, contínuo e calmo, proporcionando intimidade e privacidade e a presença de enfermeiras parteiras para o primeiro estágio do parto. Com este procedimento, Odent (349) conseguiu obter uma taxa muito baixa de prematuridade.

Poucas experiências humanas alcançam os níveis de stress, ansiedade, dor e tumulto emocional ocorridas durante um parto e no pós-parto imediato.

Sendo o parto uma ocasião de especial sensibilidade ao ambiente, não admira que acontecimentos, interacções e intervenções ocorridas durante o período do parto, possam ter consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais.

Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do AM (39,99,106,521).

Aqueles factores por si só, ou em interacção uns com os outros, podem contribuir para o sucesso ou, pelo contrário, pôr em perigo a amamentação.

Um comunicado conjunto da OMS/UNICEF contempla 10 passos importantes para o sucesso do AM que deveriam ser implementados nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias (480).

Nalguns hospitais existem consultores de amamentação que apoiam as unidades de pediatria e obstetrícia, tendo especial responsabilidade na vigilância do AM e da nutrição infantil (14,402).

Levi (402) considera que o prazer sentido pela mãe ao amamentar com sucesso o filho é, para muitas mulheres, uma das experiências mais gratificantes da sua vida, comparável à da sua própria experiência de ajudar uma mãe a ultrapassar os problemas na prática da amamentação.

2.4.1. Local e tipo do parto

Tem sido sugerido que o local do parto influencia o AM, a sua prevalência, exclusividade ou duração, devido à existência de diferentes práticas, verbais ou não, em diferentes hospitais (373,549,585,605,691).

A influência do tipo de parto no sucesso do aleitamento, tem sido alvo de algumas investigações (182,630,658,680).

É difícil separar o efeito relacionado com o tipo de parto, dos efeitos decorrentes do contacto precoce proporcionado pela oportunidade da primeira mamada (182,658,680).

No estudo de Grossman e col. (247), a variável mais importante associada ao AM às 8 semanas de vida foi o tipo de parto. As mães amamentaram mais quando os partos tinham ocorrido por via vaginal. Curiosamente noutro trabalho de Grossman e col. (246) dirigido a mulheres de risco, observou-se uma associação negativa entre o parto por via vaginal e o AM.

Guigue e col. (252), encontraram uma associação entre o tipo de alimentação do recém-nascido e a penosidade do parto. A escolha pelo aleitamento artificial foi mais frequente no grupo de mães em que houve uma separação de mais de seis horas entre mãe e bebé à nascença.

Whichelow (680), numa investigação efectuada em Cambridge, verificou que se a primeira mamada se verificava depois das 2 horas de vida do bebé, a duração do AM era menor que 6 meses. Este atraso de duas horas ou mais estava associado ao tipo de parto; o desmame precoce associou-se ao uso de forceps ou cesariana, mas não ao tipo de analgesia dada à mãe durante o parto (680).

Também Victora e col. (659) encontraram uma menor duração do AM em mulheres submetidas a cesariana de emergência. O facto de o AM ser idêntico em termos de incidência e duração nas crianças nascidas por via vaginal e por cesareana electiva, levou Victora e col.(659) a sugerirem que o contacto pós-parto entre mãe e bebé não é indispensável para o estabelecimento da lactação.

Para Kurinij e Shiono (373), os bebés exclusivamente amamentados, tinham nascido mais frequentemente por via vaginal e as mães que amamentaram exclusivamente ao peito, tinham dado a primeira mamada nas primei-

ras 6 horas pós-parto. Quanto maior o intervalo de tempo entre o nascimento e a primeira mamada, maior o risco de recurso à alimentação artificial ou mista.

2.4.2. "Doula"

O apoio durante o parto é uma prática centenária, mas as suas vantagens só ultimamente têm sido validadas em bases científicas, ainda sem grande expressão nos países industrializados.

A moderna obstetria tende a isolar as mulheres do contacto natural com a comunidade, característica do nascimento de uma criança em comunidades pré-industriais (560).

"Doula" é uma palavra derivada do grego cujo significado é "a criada de uma mulher". Este termo é utilizado para designar a mulher que depois do parto, para além de funções de conselheira, substitui a mãe nas suas tarefas caseiras, para que aquela possa dedicar-se exclusivamente à sua tarefa de mãe (124,353,518).

Alguns estudos recentes, sugerem que um suporte social durante o parto pode reduzir as suas complicações (353,491).

Estudos efectuados na Guatemala sobre os efeitos da presença de uma mulher junto da parturiente no desenrolar do parto, demonstraram uma diminuição do tempo do trabalho de parto e das complicações perinatais; verificou-se ainda que o grupo de mães que tinha tido a companhia de outra mulher durante o parto, permaneceu mais tempo acordado durante a primeira hora de vida do bebé e teve um comportamento mais afectuoso para com o recém-nascido (353).

Kennell e col. (340) em Houston, repetiram as investigações feitas na Guatemala. Foram considerados três grupos de mulheres separadas aleatoriamente em: a) grupo com suporte contínuo durante o parto; b) grupo de mulheres que apenas tinham a presença de um observador; c) grupo de controlo, sem presença de "doula".

Verificou-se um menor número de forceps e cesarianas no grupo com suporte contínuo durante o parto; a) 8% no grupo com suporte contínuo; b) 13% no grupo apenas com presença do observador; c) 18% no grupo controlo. O uso de anestesia epidural em partos por via vaginal foi de 7,8% no grupo com suporte contínuo, 22% no grupo com a presença de observador e de 55,3% no grupo controlo. O uso de ocitocina, a duração do trabalho de parto, o tempo de hospitalização e a ocorrência de febre na mãe, seguiram um padrão semelhante.

Existem outros estudos que põem em causa alguns dos efeitos do “doula” no desenrolar de um parto.

Na investigação efectuada por Hodnett e Osborn (294), numa população norte americana de baixo risco, com grande taxa de intervenção obstétrica, o suporte profissional durante o parto foi associado à menor utilização de analgésicos e episiotomia, mas não teve qualquer efeito na redução do trabalho de parto ou na taxa de cesareanas.

Hofmeyr (294) em Witwatersrand, África do Sul, estudou os efeitos da presença de “doula” no desenrolar do parto e nos acontecimentos do pós-parto, baseado nos seguintes pressupostos; a) durante o trabalho de parto as mulheres podem ser só sensíveis a influências do ambiente; b) os cuidados obstetricos modernos podem ter um efeito adverso no desenrolar do trabalho de parto e no desenvolvimento de sentimentos de competência e confiança prejudicando a adaptação à maternidade e ao estabelecimento do AM; c) que todo este processo pode ser revertido pelo fornecimento de um suporte positivo durante o parto.

Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo controlo e o experimental, em termos de uso de ocitocina e duração do parto. No grupo experimental, foram observados níveis mais baixos de pressão diastólica e menor uso de analgesia.

Comparados os efeitos nos processos fisiológicos do parto, as respostas e percepções nos dois grupos foram muito mais evidentes no sentimento de competência durante o parto, e atitudes perante a dor e ansiedade, com maior expressão positiva no grupo experimental. Também foi observado um efeito positivo sobre o AM. Às seis semanas de vida, as mulheres do grupo com suporte amamentavam mais que as mulheres do grupo controlo, com muito menos problemas alimentares, menor introdução de alimentação diversificada e maior flexibilidade no horário das refeições. As mães do grupo controlo tinham desistido de amamentar, sobretudo por percepção de insuficiência láctea.

Parecem existir diferenças entre o suporte oferecido por “doulas” e por um parceiro masculino, em termos de contacto físico e tempo de permanência durante o parto. Estas diferenças poderão ter como causa a maior in experiência em partos e o envolvimento pessoal dos pais dos bebés, resultando num menor impacto no trabalho de parto e acontecimentos perinatais do que os resultados obtidos por “doula”.

O efeito da presença do “doula”, sobre o AM, pode dever-se a menor stress e ansiedade da mãe, condição importante no estabelecimento do reflexo de ejeção. Também pode ter influência o maior sentimento de competência nas suas possibilidades de amamentar (124).

Os mecanismos pelos quais o “doula” pode influenciar o trabalho de parto, o parto e os acontecimentos perinatais, ainda não são conhecidos. Kennell (340) sugere que os efeitos da presença de um doula, quer interaja ou não com a parturiente, pode resultar da sua acção sobre o pessoal hospitalar. A presença do “doula” levaria médicos e enfermeiros a aplicarem-se nos protocolos hospitalares relativos ao uso de sedativos ou de ocitocina. Também a sua presença, resultaria numa diminuição da ansiedade materna, com efeito sobre os níveis circulantes de catecolaminas, a contractilidade uterina e o trabalho de parto que necessitariam de uma menor intervenção obstétrica.

2.4.3. Contacto e amamentação precoces

O contacto precoce, pode ser um factor importante para o sucesso do AM, através da melhor interacção e comportamentos mais afectuosos da díade (100,102,169,348,349,352,532,221,223).

A duração do AM tem sido proposto como critério de avaliação da vinculação (100,221).

Muitos autores encontraram influências do contacto precoce no comportamento materno e/ou duração do AM (17,100-102,219,279,304,350, 377,634,688,702).

Alguns destes estudos, incluíram dois componentes, o contacto precoce e a oportunidade de sucção do mamilo.

Apenas uma das investigações teve como objectivo separar os efeitos da precocidade da primeira mamada, dos exercidos pelo contacto precoce (100-102,580,635,688).

Alguns trabalhos sugerem que é a precocidade da primeira mamada que influencia o sucesso e a duração do AM (182,580,635,658,680).

A distinção entre efeitos benéficos do contacto precoce e da precocidade da primeira mamada, exige mais estudos que utilizem metodologia adequada e rigorosa (688).

Segundo Righard e Alade (555), os dois elementos determinantes no início bem sucedido do AM, é o contacto ininterrupto entre mãe e bebé, até ao final da primeira mamada e a não sedação do bebé através de analgésicos administrados à mãe durante o trabalho de parto.

As investigações até agora efectuadas, empregaram diferentes metodologias, o que dificulta a interpretação dos resultados.

Apenas é referido um estudo que teve como objectivo avaliar a influência da precocidade da primeira mamada no sucesso do AM. Nos restantes não foi feita a distinção entre o contacto precoce e a precocidade da primeira mamada (100-102,580,635,688).

Também o “timing” da primeira mamada foi diferente nas diversas in-

investigações. Com de Chateau e col. (100-102), as crianças tiveram oportunidade de mamar durante a primeira hora de vida, com Salariya e col.(580) as crianças do grupo experimental eras postos ao peito da mãe aos 10 minutos de vida, com Widstrom e col.(688) aos 30 minutos e com Taylor e col (635) as crianças tiveram oportunidade de mamar cerca de 30 minutos depois do nascimento.

Os objectivos também foram diferentes, à excepção da avaliação da duração do AM que constituiu um objectivo comum a todas as investigações. Chateau e col. (100-102) estudaram o comportamento materno e infantil e Widstrom e col.(688) para além do comportamento materno, estudaram os níveis de prolactina e gastrina maternos e a ingesta de leite materno.

A metodologia empregada em cada estudo também diferiu de estudo para estudo, desde a observação directa a questionário por carta, entrevista directa ou por telefone.

Quadro I

Influência do contacto precoce e da precocidade da 1ª mamada, no sucesso do AM

Autor	Grupos	Data/ Local	Caso s	Hora	Objectivos	Método
Chateau	2	1977 Suécia	42	30/ 12H	Comportamento materno/infantil Duração AM	Obs.D.
Salariya	4	1978 Dundee	111	10/ 4-6H	Duração AM Regime alimentar	Obs.D. Carta
Taylor	2	1985 EUA	78	livre	Duração AM	Questionário Entrevista Telefone
Widstrom	2	1990 Suécia	57	30/ 8H	Duração AM Interacção Hormonas Trans.leite	Obs.D Análise Questionário Peso

Obs. D. – Observação directa

Trans. Leite – Transferência de leite entre mãe e bebé

Peter DeChateau e col. (100-102) estudaram os efeitos do contacto precoce e sucção na duração do AM e comportamento materno, tendo havido um aumento da duração do AM, nos grupos experimentais ou grupos com contacto precoce.

Globalmente, todos estes estudos sugerem que as mães em que se promoveu o contacto precoce com os seus filhos recém-nascidos, tiveram mais tendência para os amamentar durante mais tempo assim como mais comportamentos afectuosos, como carícias e olhar mais “en face”.

No estudo de Taylor e col. (635), só nos bebés que tiveram sucção durante o contacto precoce, foi observada uma maior incidência do AM aos 2, 3, 4 e 5 meses de vida dos bebés, independentemente dos sexos.

Salaryia e col. (580), encontraram uma relação entre a precocidade da primeira mamada e a duração do AM, existindo uma interacção positiva entre a precocidade da primeira mamada e um horário de mamadas de duas em duas horas.

Também Winters (350) encontrou maior prevalência do AM (pelo menos aos 6 meses de vida), nos bebés que tiveram a oportunidade de mamar logo a seguir ao parto.

O único estudo que empregou uma metodologia capaz de fazer a distinção entre o efeito exercido pelo contacto precoce e a precocidade da primeira mamada, foi efectuado na Suécia por Widstrom e col. (688).

Estes autores fizeram um estudo prospectivo, utilizando a observação directa e questionário em dois grupos (controlo e experimental) com o objectivo de avaliar o efeito do início precoce da amamentação (primeira mamada) na interacção mãe-bebé durante a mamada e ainda outros aspectos da amamentação. As crianças do grupo experimental foram postas ao peito aos 30 minutos de vida e as do grupo controlo seguiram a rotina instituída na enfermaria. Só 6 das 32 crianças do grupo experimental mamaram bem aos 30 minutos de vida (688).

Foram encontradas algumas diferenças entre o grupo experimental em que os bebés tocaram o mamilo ou a aréola mamária aos 30 minutos de vida e o grupo controlo. As mães do grupo experimental deixaram os bebés permanecer no berçário por períodos de tempo inferiores e falaram mais com os bebés durante o 4º dia de vida comparadas com as mães do grupo do grupo controlo. O contacto ou sucção do mamilo ou aréola mamária pelo bebé, pareceu levar a uma maior e mais íntima interacção entre mãe e bebé durante a estadia na maternidade.

Este trabalho também revelou níveis médios de gastrina significativamente mais baixos nas mães do grupo experimental quando comparadas com as do grupo controlo, ao 4º dia de vida, antes e depois do bebé mamar.

Estes valores correlacionavam-se com o espaço de tempo que o bebé era deixado no berçário. A libertação de gastrina é inibida pelo ácido gástrico. A presença de um nível alto de gastrina indica uma menor quantidade de ácido gástrico, pelo que o AM e talvez outros tipos de interacção, resultem na estimulação de secreção materna de ácido gástrico. Este estudo não conseguiu relacionar a sucção ou contacto precoce do mamilo ou aréola mamária e a duração total do AM, as mamadas nocturnas, o ganho de peso pela criança e as cólicas do bebé.

Segundo a teoria do impulso secundário de Freud, a ligação entre criança e adulto era baseada na satisfação da necessidade de alimentação da criança, pelo adulto.

Harlow (268) em estudos efectuados em macacos Rhesus, demonstrou que os comportamentos de ligação do bebé macaco, que se traduziam sobretudo pelo “agarrar”, levam-no em situação de percepção de perigo a procurar proximidade e contacto com um modelo de mãe feito de tecido. Os bebés macacos utilizam esse modelo de mãe como base de segurança a partir do qual, conseguem explorar situações previamente consideradas como alarmantes. O contacto físico era tão importante como a satisfação da necessidade de alimentação.

Bowlby (379) tentou fazer uma ponte entre a psicanálise e a etologia. A premissa principal de Bowlby é a de que o comportamento de ligação possui raízes biológicas que só são compreensíveis em relação à evolução filogenética.

A ênfase posta na função biológica do comportamento de ligação foi importante na chamada de atenção para o facto de que a ligação entre o bebé e o prestador de cuidados, não pode ser só explicada em termos cognitivos ou sócioemocionais.

Por outro lado, as capacidades afectivas, cognitivo-representativas e comunicativas específicas da espécie humana, têm um maior impacto no desenvolvimento de comportamentos de ligação.

Os recém-nascidos são capazes de comportamentos que suscitam cuidados e outras respostas sociais, por parte dos adultos, proporcionando um retrocontrolo tendente ao sucesso das intervenções (72,409).

Dadas as diferenças individuais dos bebés desde o nascimento e a grande influência que a mãe pode exercer na qualidade da ligação mãe/bebé, deve ser cuidadosamente investigada a maneira mais adequada de resposta a cada bebé, em termos interactivos e de prestação de cuidados (47,363,409,641).

O comportamento de ligação entre uma mãe/filho pode ser influenciado ainda pelo suporte social ou pela percepção materna do suporte oferecido pelo pai e isto em comunidades tão diferentes como as existentes no Japão

ou nos E.U.A.(161,311,433).

Os bebés de semanas são capazes de comportamentos sociais mais complexos e coordenados. Ao mesmo tempo o bebé tem tendência para interagir preferencialmente com uma pessoa específica. No entanto, é na segunda metade do primeiro ano de vida, que os comportamentos de proximidade e procura se integram num sistema coerente, comportamental e motivado, organizado à volta de uma pessoa que personifica uma base de segurança, coincidindo com o início da locomoção (72).

Um sistema destes que impede que a criança se afaste para muito longe do seu “porto seguro”, personificado pelo prestador de cuidados, geralmente a mãe, durante expedições exploratórias, num mundo físico ou social estranho e que vai activar o comportamento de procura quando a figura protectora está ausente, tem óbvio valor para a sobrevivência (71).

Bowlby (123), sublinhou que o comportamento de ligação não se baseia na necessidade de gratificação, mas corresponde a necessidades primárias, fisiológicas, como a fome ou a emoção, o contacto físico e que são mediadas por comportamentos inatos como a sucção, o choro, o sorriso, o imitar, o acompanhar, o acariciar, o contacto visual e físico.

Quando na sequência de comportamentos da parte da criança, não existem comportamentos de resposta apropriados, podem advir consequências sociais e nutricionais nefastas.

Para Bowlby (72) o sistema de ligação era activado pela percepção do perigo e desactivado pela percepção da segurança; para Bretherton (72), o sistema está sempre activo e aquilo que é activado e desactivado, são os comportamentos regulados pelo sistema, permitindo a utilização da pessoa de ligação como uma base segura para a exploração e como um paraíso de segurança, sempre que existe perigo.

Os trabalhos de Uvnas-Moberg e col. (604,650,651,687) sugerem que a ocitocina desempenha um papel muito importante durante o período pós-parto.

Em animais, a ocitocina promove um melhor comportamento materno. Os factores biológicos que influenciam o AM, têm realçado o controlo hormonal e neurológico dos cuidados maternos e da lactação, parecendo existir uma estabilidade entre as espécies, enquanto que os comportamentos inatos se adaptam às necessidades de cada uma das diferentes espécies (385,561).

Estudos efectuados em mamíferos demonstraram que a prestação de cuidados ao recém-nascido, incluindo a lactação, é influenciada pelo cérebro. A interacção inicial entre mãe e cria, incluindo a sucção, depende da activação de mecanismos complexos de regulação com sede no hipotálamo, estruturas límbicas e sistema nervoso. As alterações hormonais características do período post-parto influenciam o início e função daqueles mecanismos. Estes

acontecimentos conduzem a comportamentos predictíveis em pais e crias, adaptados às necessidades das diferentes espécies. A predictibilidade do ambiente, a competência materna para diminuir os efeitos exercidos pelo stress, e a resiliência da cria, estão na base de uma maior vulnerabilidade de algumas crias (7,69,73,293,343,472,562,611).

Podemos especular que, através da evolução, parte destes princípios organizativos tenham sido preservados nos humanos, influenciando a lactação assim como outros aspectos da interacção precoce, ou seja, no cérebro humano, poderemos esperar encontrar também circuitos neuronais comandando comportamentos inatos na mãe e no bebé, cuja violação poderia perturbar não só o AM, mas também outras interacções (690,691).

A espécie humana tem uma grande capacidade de adaptação a situações inesperadas, mas os seus limites de adaptabilidade poderiam ser ultrapassados e, como conclui Alberts (7), “a exposição a contextos ou contingências, inesperadas em termos evolutivos, pode criar patologia”.

Embora o comportamento materno nos humanos não seja certamente, apenas regulado por factores hormonais, alguns dados experimentais permitem concluir que a ocitocina desempenha um papel na preparação da mulher para a maternidade (604).

A melhor interacção entre mãe e bebé durante a mamada, nas díades cujos bebés mamaram mais precocemente, o aumento da ocitocina materna durante aquele período, o achado de que a concentração de ocitocina materna se correlaciona negativamente com o seu grau de ansiedade e ainda que a maior concentração de ocitocina durante a gestação se relaciona com uma maior prevalência do AM exclusivo aos 3 meses de idade do bebé, sugerem que a ocitocina promove pelo menos um aspecto importante da maternidade ou seja, o AM, embora o mecanismo ainda não seja conhecido. Apesar das concentrações de ocitocina não estarem relacionadas com o volume de leite produzido, pode especular-se que mães com altas concentrações de ocitocina amamentam mais os seus filhos, através da promoção de uma melhor vinculação, constituindo assim a ocitocina uma determinante da expressão de instintos maternos também nos humanos (349,604,648,687,688).

O trabalho desenvolvido na Suécia, por Uvnas-Moberg (648) e a sua equipa de investigação, sugere que o contacto pele-a-pele, através da libertação de ocitocina, induz um efeito sedativo que pode ir até à indução do sono, descida da temperatura arterial, diminuição do ritmo dos batimentos cardíacos, diminuição da ansiedade, aumento da resistência à dor e aumento de peso sem aumento do consumo dos alimentos.

A ocitocina terá assim um efeito calmante, anti-stress, proporcionando à mãe que amamenta e ao seu bebé, um clima anti-stress ideal para as trocas

diádicas durante a mamada, para a optimização do reflexo de ejeção e fornecendo uma explicação para o êxito do método do “canguru” na prestação de cuidados a bebés pré-termo (1,75,106,608).

Medidas comparativas do conteúdo em lípidos e proteínas no leite de diferentes espécies animais, parecem revelar que o padrão normal de prestação de cuidados e alimentação das crianças no passado era contínuo. Nas espécies animais adaptadas a longas separações, o leite tem alta concentração de proteínas e lípidos em pequena quantidade de água. Nos mamíferos que eram continuamente transportados ou que seguiam as suas mães, alimentados assim de uma maneira contínua, o leite tem uma baixa concentração proteica e lipídica. O leite humano tem uma baixa concentração em lípidos e muito baixa concentração em proteínas. Sob o ponto de vista antropológico, Lozoff e col. (420) sugerem que provavelmente os bebés eram transportados e alimentados frequentemente, durante mais de 99% do tempo da existência da espécie humana na Terra.

Segundo Klaus (351), a permanência do bebé junto da sua mãe logo após o parto, poria em marcha mecanismos complexos comportamentais, hormonais, fisiológicos e imunológicos e esta cascata de interações seria a responsável pelo estabelecimento de um comportamento de ligação entre a mãe e o seu filho.

Peter de Chateau (295) e Tronick e Cohn (642) salientam a enorme importância do período neonatal para o desenvolvimento da sincronia na díade mãe-bebé. O facto de contacto e de amamentação precoces influenciarem a duração do AM, a duração da amamentação nocturna e as atitudes da mãe em relação ao seu bebé, fazem supor que o contacto e a amamentação precoces aumentam a adaptação intuitiva da mãe às necessidades do bebé. O contacto precoce logo após o parto permitiria que ambos os parceiros da díade tivessem a oportunidade de transaccionar sinais ou indícios podendo ser importantes para o estabelecimento duma sincronia entre mãe e bebé (99,102).

Outros autores, pelo contrário consideram que existe uma expectativa demasiadamente grande, sobre os benefícios do contacto precoce à nascença (219,279,292,595).

A sistematização das influências hormonais na amamentação parece estar incompleta. Além da prolactina e ocitocina, estudos recentes apontam no sentido da importância de um novo factor, o “factor de inibição local”, exercendo uma acção local e directa sobre a síntese de leite (156,422,462, 604,649,704,709,714).

2.4.4. Alojamento conjunto

A excessiva medicalização do parto, período pós-parto e o receio de infecções nos recém-nascidos transformou por completo práticas ancestrais de coabitação de mãe e filho, por vezes mesmo na mesma cama. Assistiu-se à separação de mãe e bebê, em nome de uma maior higiene, tornando-se a criança como que “propriedade” do pessoal de saúde, durante a sua permanência no hospital (460,702).

Tal atitude, além das implicações em termos de vinculação, pode pôr em risco a lactação, atrasando a primeira mamada, dificultando o regime de amamentação a pedido do bebê, essencial para o sucesso do AM (92,448, 460,580).

Nas duas últimas décadas, assistiu-se em todos os países industrializados à mudança das rotinas hospitalares. A regra hoje em dia, é o alojamento conjunto de mãe e bebê - o “rooming-in”.

Numa investigação conduzida por Kurinij e Shiono (373), as mães que praticavam o “rooming-in”, tinham mais tendência para amamentar exclusivamente, que as mães sem “rooming-in” e Yamauchi e Yamanouchi (708) verificaram que a maior frequência de mamadas observadas no grupo de bebês com “rooming-in” podia contribuir para um decréscio no consumo energético, aumento da absorção de nutrientes e conseqüentemente aumento ponderal, apesar da ingesta total de leite e de suplementos, terem sido inferiores neste grupo experimental. No estudo efectuado por Perez-Escamilla e col.(520), observou-se uma interacção positiva entre o “rooming-in”, o apoio dos profissionais de saúde e o aumento da duração do AM, mas apenas nas primíparas.

2.4.5. Suplementação

Alguns investigadores encontraram uma relação entre a suplementação precoce e o desmame precoce, tendo sido desaconselhado o uso de biberões e chupetas durante o período post-parto (40,180,247,335,373,419,486,497, 666).

Evitar o recurso a biberões, ajuda a manter a lactação, mas para algumas mães, amamentar o seu bebê sem suplementação pode ser encarado como uma impossibilidade (325).

Cronenwett e col. (126), num estudo prospectivo de 121 mães muito motivadas para a prática do AM, demonstraram que um único biberão diário durante as primeiras semanas post-parto, é compatível com uma amamentação prolongada; a suplementação precoce seria assim um sintoma e não a causa de dificuldades na amamentação, o que é corroborado por Skibsted e Lange (607).

Para Nylander e col. (497), recém-nascidos saudáveis e de termo não necessitam de suplementos de leite, desde que haja um começo satisfatório do AM, com início precoce e mamadas frequentes.

Evitar a suplementação, constitui uma parte importante da “Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés”, introduzida recentemente pela OMS e UNICEF (467,664,666).

O acesso precoce ao biberão, antes da lactação estar bem estabelecida, pode dificultar uma técnica correcta de sucção do mamilo da mãe, em recém-nascidos mais vulneráveis, originando o que os autores anglo-saxónicos chamam “ nipple confusion type A” ou “confusão entre tetina e mamilo de tipo A”, neste caso, reservando o tipo “B”, para as crianças de maior idade, amamentadas desde a nascença, que recusam o biberão quando este lhe é oferecido (40,456,486).

2.4.6. Ofertas e publicidade

O desinteresse dos profissionais de saúde na promoção do AM, aliado a campanhas de publicidade do aleitamento artificial, a ofertas de conteúdo contrário às normas estabelecidas quanto aos substitutos do leite materno, biberões e tetinas, e as mensagens equívocas ou claramente promocionais do aleitamento artificial, são factores que podem pôr em causa a prática do AM, pelo menos nos grupos de risco (242,382,490,661,667).

Os estudos disponíveis mostram resultados equívocos.

A maioria dos trabalhos tem relacionado a prática de ofertas em meio hospitalar com o desmame total ou parcial e a introdução mais precoce de alimentos complementares na dieta da criança (48,195,572,585).

Outros autores discordam da influência exercida pelas ofertas em meio hospitalar, alegando que o seu único efeito, é a facilitação da escolha duma determinada fórmula para lactente, pelas mães que desmamam precocemente os seus filhos por motivos provavelmente ligados com a actividade laboral (180,519).

Em populações de risco, a oferta em meio hospitalar de diferentes materiais por laboratórios, encurta a duração do AM, particularmente quando este é praticado em exclusividade e leva ao início precoce da alimentação complementar. O mecanismo pelo qual este efeito negativo é exercido, não se limita a assegurar um substituto rápido para o AM, mas providencia biberões e panfletos que contêm mensagens subtis contra o valor e exequibilidade do AM.

As dádivas de fórmula para lactente em meio hospitalar, podem exercer

um poderoso efeito dissuasor relativamente ao AM, pela associação entre hipotéticos benefícios do aleitamento artificial e meio hospitalar que, como detentor da ciência, aparentemente sancionou essa prática, e permitiu essa oferta. Embora a literatura geralmente incluída nas ofertas seja a favor do AM, esses panfletos são geralmente ignorados pelos pais e a oferta de amostras de leite pode comunicar uma mensagem equívoca “Faz o que eu faço e não o que eu digo” (272).

Se o corpo clínico de um hospital decide distribuir amostras grátis a todos os recém-nascidos, deve rever e aprovar o conteúdo dos pacotes, incluindo uma explicação de que as ofertas não constituem responsabilidade do corpo clínico do hospital em causa.

2.4.7. Alimentos pré-lácteos

Em muitas culturas, é hábito oferecer “alimentos pré-lácteos” ao recém-nascido. Nas culturas tradicionais, não-industrializadas, é comum a existência de tabus pós-parto, relacionados com o colostro ou o mecónio e durante os primeiros dias de vida, o recém-nascido só ingere líquidos mais ou menos viscosos e de sabor doce, geralmente fornecido por açúcar ou mel. Na América do Sul e América Central, é hábito dar ao recém-nascido, açúcar, mel e azeite; na Polinésia, para além do leite da mãe, suco de cana de açúcar e papaia durante a primeira semana de vida; na ilha de Grenada, um líquido viscoso constituído por mel, azeite e especiarias, chamado “sorte” por ser considerado como trazendo “boa sorte” para o futuro (19,320,356).

Actualmente, uma das primeiras experiências de um recém-nascido de um país desenvolvido, é o gosto da solução de glucose a 5%, que vem de práticas utilizadas pelos gregos e romanos e continuadas por franceses e ingleses no século XVII (320).

Estas práticas são prejudiciais ao estabelecimento de uma boa lactação, pois atrasam o início do AM e vão favorecer a preferência inata por alimentos com sabor “doce”, presente mesmo em bebés pré-termo (320,413, 589,632).

Nos países industrializados, o leite materno permanece um dos poucos alimentos que resistiu à adição de açúcar, sendo comum o oferecimento de solutos doces para apaziguar ou recompensar as crianças, utilizando a privação de doces como um castigo.

O consumo de alimentos açucarados aumenta com o rendimento per capita, segundo demonstrou Yudkin. Até à data, não há qualquer referência de que algum grupo com uma tradição alimentar sem açúcar, tenha rejeitado o açúcar ou alimentos doces, quando confrontados com modelos alimentares

de países industrializados, o que sugere que a preferência pelo gosto “doce” é inata e relativamente independente da experiência.

2.5.Comportamento alimentar do bebê

A lactação é um processo fisiológico que completa o ciclo reprodutivo, sendo encarada como uma interação entre mãe e bebê, dependendo do comportamento de ambos (381,589).

O comportamento alimentar faz parte de um sistema psicobiológico, envolvendo processos de resposta adaptativa às diferenças individuais do estilo materno e dos alimentos ingeridos e factores hedónicos que proporcionam a adequação entre os desejos da criança e os nutrientes disponíveis (415).

Já em 1937, Gesell e Ilg (75) consideravam o comportamento alimentar como o indicador mais informativo acerca da personalidade de uma criança.

2.5.1.Sucção

A sucção é essencial para o sucesso do aleitamento, tendo como objectivos a obtenção de alimento e a mediação da ligação entre a mãe e o bebê (358).

Ianniruberto (456) documentou sucção no feto desde as 15 semanas de gestação.

No entanto, nota-se um padrão imaturo de sucção-deglutição em crianças nascidas de 32 a 34 semanas de gestação (456).

A organização rítmica da sucção não-nutritiva foi observada às 33-36 semanas por Wolff (693). Recentemente Hack e col. (257) relataram movimentos da boca às 28 semanas e um padrão claro de salvas de sucção e pausas às 32 semanas de gestação.

Têm sido efectuados estudos sobre a dinâmica oral da sucção e da deglutição, utilizando a ultrasonografia em tempo real, que permitem descrever a dinâmica da boca da criança durante uma mamada, a contribuição da pressão positiva exercida pela língua na transferência de leite, a pressão negativa intraoral por depressão da parte posterior da língua e o desenvolvimento da coordenação da sucção, deglutição e respiração na criança pré-termo (80,58,495,610).

Outros estudos sugerem que a análise dos parâmetros de sucção podem ter valor diagnóstico e predictivo, o que torna a sua quantificação dos padrões normais, um pré-requisito no diagnóstico do comportamento de sucção anormal (119,120,128,136,253,459,693).

O estudo de Hack e col. (257) sobre a organização temporal da sucção

desde as 30 semanas de gestação, é uma das indicações mais precoces de um ritmo intrínseco num comportamento humano.

O número de salvas por minuto aumenta com a idade. A duração de cada salva é estável (4.1 segundos), as pausas intersalvas diminuem. O ritmo de sucção intrasalvas aumenta com a idade, o que resulta num aumento total de ritmo de sucção. O coeficiente de variação é baixo e constante para o tempo entre sucções, mas para o tempo intersalvas é relativamente grande através da idade (257).

Parece assim haver uma estabilidade no ritmo de sucção intrasalvas desde as 30 semanas de gestação ao passo que o ritmo intersalvas é menos regular.

Wolff (693) estudou a sucção nutritiva e não-nutritiva em crianças alimentadas com biberão. Para Wolff (693), o ritmo de sucção, desencadeado pelo reflexo de sucção, é similar em todos os recém-nascidos humanos de termo e tem características da espécie que o distinguem do comportamento de sucção de outros mamíferos (1.1/segundo na sucção nutritiva e 2.1/segundo na sucção não-nutritiva).

A organização temporal da sucção nutritiva difere dos ritmos não-nutritivos em dois aspectos importantes; a sucção nutritiva é organizada como um fluxo contínuo, sem alternância de salvas e períodos de repouso e o ritmo médio por segundo é mais lento, habitualmente metade do ritmo da sucção não-nutritiva.

Para Lepecq e col. (395), a falta de experiência em sucção nutritiva não contribui para a manutenção a longo prazo da actividade de sucção não-nutritiva, mas outros autores sugerem que a sucção não nutritiva pode ter influência na sucção nutritiva ou no desenvolvimento de um comportamento alimentar normal (49,85,186,485).

Se Wolff (693) e Lepecq e col. (395), têm uma concepção rígida da organização da sucção humana, outros autores advogam o conceito de plasticidade na sucção humana, sobretudo na sucção nutritiva que é típica e exclusiva da espécie humana, tendo a sucção não-nutritiva uma organização temporal bastante estável e mais resistente a factores de modificação que a sucção nutritiva (59,128,170,531,554,582).

Parece haver uma correlação entre o tamanho e forma dos mamilos ou das tetinas e o ritmo da sucção nutritiva e não-nutritiva (105,128,255,495,499, 558,699).

Quanto maiores forem as tetinas, menores as respostas de sucção em termos de número e ritmo, sendo claro que o tamanho das tetinas influencia a sucção nutritiva e consequentemente, a ingesta de leite (105).

A concepção duma tetina apropriada pode ter efeitos terapêuticos efectivos. Estes resultados estão de acordo com os de Rochat (558), em que dife-

rentes formas parecem ser estímulos importantes, sobretudo para as crianças com mais idade, enquanto que o material das chupetas é mais importante para as crianças com menos idade.

A sucção pode aumentar ou inibir certos reflexos e este facto tem que ser encarado cuidadosamente se uma chupeta fôr colocada na boca da criança com intuíto calmantes, durante a sua observação (112,214,392,694).

Discute-se ainda se a sucção e a ingesta de leite são sensíveis à variação do conteúdo lipídico do leite materno ou ao fluxo de leite.

O conteúdo lipídico do leite materno varia ao longo da mamada, aumentando a sua concentração, à medida que a refeição decorre (696,697).

Segundo Hall (260), variações na composição e no fluxo do leite, regulam a ingesta, podendo as criança terminar a sucção do peito materno em resposta a “sinais” associados ao aumento do conteúdo lipídico do leite no fim da mamada; a hipótese de Hall foi principalmente baseada na observação “que um bebé alimentado ad libitum num peito, a certa altura recusa mamar mais nesse peito, mas mamará vigorosamente outra vez, se fôr posto noutro peito”.

A fim de testar a hipótese de Hall (260), Drewett (157) estudou bebés de 3 meses alimentados exclusivamente ao peito; cada díade era estudada duas vezes, em dias consecutivos; os bebés eram pesados antes e depois de marmarem em cada mama e pequenas amostras de leite extraídas por expressão manual, antes e depois da mamada; num dos dois dias, a mamada era conduzida como habitualmente e no dia seguinte, a mãe punha o bebé a mamar na mamada préviamente sugada, quando o normal seria pô-lo na segunda mama. Foram estudados o tempo que o bebé levou a pegar em cada mama e o conteúdo em lípidos das amostras de leite. Não foram encontradas diferenças quanto ao tempo que os bebés levaram a pegar nas mamas, quer se tratasse da segunda mama ou da mama préviamente sugada. Este estudo sugere que os bebés não respondem a alterações do conteúdo lipídico do leite, terminando a mamada ou reduzindo a ingesta, o que contraria a hipótese de Hall (260).

Estudos recentes sugerem que o fluxo do leite e não a sua composição, influencia os ritmos de sucção nutritiva (59,127,154,421,498,698).

Crook e Lipsitt (127) compararam os ritmos de sucção de recém-nascidos a quem eram oferecidos diferentes quantidades de uma solução de sacarose a 5%, de maneira contingente relativamente a cada sucção. As quantidades mais pequenas de líquido suscitaram um padrão de resposta comparável à sucção não-nutritiva, enquanto que as maiores suscitaram um padrão mais parecido com o modo nutritivo.

Bowen-Jones e col. (59) demonstraram que as crianças amamentadas não

têm um padrão bimodal de sucção, correspondendo à sucção nutritiva e não-nutritiva, encontradas nos bebês alimentados a biberão. Para estes autores, o que existe, é uma graduação completa de ritmos de sucção entre uma sucção por segundo e duas sucções por segundo.

Os bebês quando alimentados por biberão, ajustam o seu ritmo de sucção às velocidades maior e menor, observadas nos bebês alimentados a peito; quando alimentados a peito, os bebês graduam o seu ritmo de sucção entre os dois extremos. Fluxos grandes de leite estão associados com um menor ritmo de sucção e fluxos mais pequenos com ritmos mais rápidos. Uma alteração do fluxo do leite está relacionada com alterações na composição do leite, nos bebês a peito.

Assim não seria correcto falar em sucção nutritiva e não-nutritiva, pois estas seriam meramente os 2 extremos de uma distribuição contínua (59).

Drewett e Woolridge (154) e Lucas e col. (421), ao estudarem os padrões de sucção de recém-nascidos amamentados, verificaram que o ritmo de sucção aumentava ao longo da mamada, sendo a segunda metade duma refeição de dez minutos quase sempre de sucção não-nutritiva; noutro estudo, Lucas e col. (423) encontraram padrões de ingesta diferentes em bebês alimentados por biberão ou amamentados, havendo um padrão de ingesta linear quando o bebê era alimentado por biberão e um padrão bifásico nos bebês amamentados.

Os estudos de Woolridge e col. (698) e Nysenbaum e Smart (498), em que foram oferecidas aos recém-nascidos amostras de leite humano de diferentes conteúdos lipídicos semelhantes aos encontrados no decurso de uma mamada normal, ou seja a passagem de um leite de baixo para alto teor lipídico, não alterou nem a ingesta de leite, nem os padrões de sucção, sendo mais um argumento a favor da influência do fluxo de leite na sucção; no estudo de Nysenbaum e Smart (498), os bebês responderam com salvas de sucção mais prolongadas, com menor tempo de repouso entre elas e maior pressão negativa, aos solutos com maior concentração de lípidos, sugerindo uma preferência por este tipo de leite de maior gordura.

A influência da sucção na ventilação, não está muito documentada; os estudos existentes apontam para a diminuição da ventilação durante a sucção de um biberão, com oxigenação deficiente e aumento na tensão do anidrido carbónico. O mecanismo subjacente a estas mudanças nos padrões ventilatórios não está bem esclarecido. A comparação entre recém-nascidos de termo amamentados ou alimentados por biberão, mostrou que as alterações nos padrões ventilatórios ocorreram nos primeiros dias de amamentação, o que poderia ser devido ao aumento de fluxo de leite ou à sua composição (253,323,453,454,600).

Por sua vez o fluxo de leite varia com os orifícios das tetinas, podendo

um fluxo grande ocasionar apneias e bradicárdias durante a refeição, particularmente nas crianças pré-termo que têm uma habilidade limitada para regular o fluxo de leite (455,457).

A sucção exerce ainda influência sobre o ritmo cardíaco, não sendo indiferente o regime alimentar da criança (85,581).

Nijhuis e col.(492), demonstraram que movimentos de sucção em fetos, semelhantes às salvas de sucção nutritiva em recém-nascidos, podem desencadear um padrão oscilatório sinusoidal da frequência cardíaca fetal, que não tem forçosamente mau prognóstico.

A sucção pode ser afectada, por factores perinatais (11,63,95,128,370, 554,555,683).

Kron e col. (370) demonstraram que depressores do sistema nervoso central administrados à mãe durante o trabalho de parto têm um efeito poderoso e persistente sobre o ritmo de sucção, que permanece deprimido durante os primeiros 4 dias de vida, sendo a quantidade de leite ingerida também menor nestas crianças, visto estar relacionada com o ritmo de sucção (370).

Os bebés cujas mães tinham sido anestesiadas, têm uma duração menor do tempo de sucção para um soluto de dextrose e uma ingesta menor em termos quantitativos e calóricos (160).

Além dos anestésicos, outros factores influenciam a ingesta, (avaliada em termos quantitativos e também caloricamente), tais como, a duração do trabalho de parto, a idade gestacional, o índice de Apgar e a paridade. A sucção de soluto de dextrose só foi influenciada pela duração do trabalho de parto, pelo tipo de parto e pela utilização de anestésicos durante o trabalho de parto. A sucção não-nutritiva não foi influenciada por qualquer factor perinatal. Põe-se ainda o problema das diferenças individuais e da sua influência no comportamento de sucção.

Por si só, os factores perinatais são fonte importante de diferenças individuais dos recém-nascidos (160).

Para Kron e col. (371), outros factores devem ser levados em consideração quando se pretende estudar a sucção como a idade cronológica, a prática da sucção, o tipo de nutriente providenciado, a duração do intervalo de tempo desde a última refeição, reforços contingentes anteriores, analgésicos e o estado de alerta da criança. A pressão e o ritmo de sucção, são relativamente independentes, mas o consumo é muito dependente de ambas estas medidas - ritmo e pressão (371).

A pressão da sucção é a medida mais consistente, ou seja, se uma criança chupa, tem tendência a fazê-lo na sua pressão característica. O ritmo de sucção é menos consistente, porque a criança utiliza a mudança no ritmo, como o principal mecanismo para regular a ingesta de nutrientes durante os testes de sucção. Também o ambiente e influências como a fome e medicamentos

tendem a alterar a quantidade da ingesta, através da influência exercida sobre o ritmo de sucção e não tanto sobre a pressão. A pressão da sucção é o parâmetro mais discriminador das diferenças individuais entre as crianças (371).

Brazelton (63), Richards e Bernal (554), Whitelaw e col. (683) e Stock e col. (620) também encontraram uma associação entre pior desempenho e dificuldades durante a amamentação em crianças cujas mães tinham recebido sedativos durante o parto, ou consumido álcool e nicotina durante a gestação.

As relações existentes entre o estado de alerta e a fome são controversas.

Kleitman (204) propôs o conceito de “alerta de necessidade”, como estímulo de fome ocasionando o acordar do bebê. O conceito de “alerta de escolha”, teria um desenvolvimento mais tardio, não dependente de mecanismos de fome, e exigindo maior maturação do cortex cerebral.

Segundo Wolff (204), a ausência de fome, mais do que a estimulação visceral, era a condição necessária para a manutenção do alerta calmo, durante o qual, a atenção visual pode ser demonstrada.

Estas contradições reflectem a influência da prática do regime alimentar (horário livre ou rígido) na distribuição do alerta calmo relativamente às refeições.

Gaensbauer e Emde (204) estudaram os estádios de 30 recém-nascidos alimentados no regime livre e de 30 em regime rígido. As crianças em regime livre tinham estádios de alerta curtos durante as refeições e durante os primeiros $\frac{3}{4}$ do período inter-refeições; a maior quantidade de estágio 4 ocorria no último quarto, imediatamente antes da refeição seguinte.

As crianças que seguiam o regime rígido, tinham os estádios de alerta distribuídos de maneira menos rígida, com grande quantidade no primeiro quarto pós-refeição e no último quarto antes da refeição seguinte. Quanto à sonolência, em bebês alimentados em regime livre, foi prevalente no primeiro quarto a seguir à refeição; nos bebês em regime rígido, a sonolência tinha um padrão bimodal, sendo predominante no primeiro e 4º quartos entre refeições. A ocorrência do estágio de alerta antes da refeição parece ser função do tipo de regime utilizado (204).

O comportamento de sucção mais vigoroso e sustentado, é característico de um bebê alerta e com fome, enquanto que a sonolência dificulta esse mesmo comportamento (211).

Uma das queixas mais frequentes das mães, durante os primeiros dias de vida é a dificuldade que sentem em acordar os seus filhos para os alimentar. As condições ideais de um bom comportamento de sucção, deveriam resultar do aproveitamento do estágio de alerta calmo, num bebê que acorda espontaneamente com fome e a prática de um horário livre (211).

Algumas das medidas do comportamento oral dum recém-nascido, como

a sucção, movimentos da língua e boca parecem estar relacionadas com a fome, mas a sucção dos dedos e o contacto da mão com a face ou com a boca podem não estar (278,362).

Outros comportamentos, como os movimentos rítmicos da boca e o sorriso existem mais nas raparigas que nos rapazes, assim como a sensibilidade ao sabor doce. Os comportamentos orais relacionados com a fome e o alerta, como movimentos de sucção nutritiva e não-nutritiva, não foram diferentes em ambos os sexos (278).

Daniels e col. (136) estudaram bebés com e sem imaturidade do controlo cardíaco-respiratório, verificando que os bebés com imaturidade do controlo cardíaco-respiratório passavam mais tempo no estágio de sono-REM, menos tempo no estágio de alerta calmo e tinham mais probabilidades de terem dificuldades alimentares. A maioria das crianças com imaturidade no controlo cardíaco-respiratório eram descritas pelos seus pais como crianças que dormiam muito e comiam pouco.

Os estudos de Brazelton sobre a relação entre os estádios da criança e a sua capacidade para a interação, proporcionaram uma base científica para a explosão de estudos sobre a sincronia nas relações entre crianças e os seus prestadores de cuidados.

A criança, através de sinais, comunica que quer continuar a interação ou, pelo contrário, terminá-la.

Uma deficiente regulação dos estádios durante o período neonatal, pode diminuir a ingestão de leite durante a mamada e aumentar a utilização de energia. Estas crianças têm também dificuldades acrescidas, para atingir e manter o estágio de alerta calmo, situação ideal em termos de ingestão e de interação. O nível de alerta durante a refeição pode afectar a recepção de sinais visuais, auditivos, tácteis ou quinestésicos. Uma regulação deficiente dos estádios pode afectar a sincronia da interação mãe-bebé, podendo ter efeitos a longo prazo. Estes factos podem ter especial importância em crianças pré-termo, nos quais um comportamento alimentar óptimo pode depender da habilidade do prestador de cuidados, para ajudar a criança na regulação dos seus estádios, melhorar o nível de alerta durante a mamada e modificar os padrões das respostas contingentes (13,75,399).

Estudos recentes sugerem que bebés saudáveis, cujas mães não tinham sido sedadas durante o parto, desenvolvem um padrão comportamental predictível, durante o qual conseguem alcançar o mamilo da mãe e começar a sucção, aproximadamente à uma hora de vida (555,648,687).

Page (507) encontrou uma associação entre a dinâmica da eficiência da sucção e o estado de alerta do bebé, sugerindo que a um melhor alerta, corresponde uma melhor sucção e uma menor necessidade de modulação dos

estádios durante a refeição (507,623).

A quantidade de leite ingerida pelo bebé pode ser avaliada de diversas maneiras: a) através da administração de pequenas doses orais de água pesada, método que não permite avaliar a ingesta em cada uma das mamadas, b) através de pesagens sucessivas, antes e depois das mamadas permitindo a avaliação de cada mamada, sendo também possível a utilização deste método em visitas domiciliárias, usando balanças electrónicas portáteis (121,158).

O padrão da ingesta durante a mamada só pode ser determinado removendo o bebé do peito da mãe, o que pode interferir com o padrão normal de transferência de leite ou através da utilização de um transdutor miniatura de ultrasons Doppler, colocado no topo de um mamilo artificial, interposto entre mãe e bebé durante a mamada (300,370,421,701).

Segundo Houston e col. (298), pode ser obtida uma estimativa da quantidade de leite ingerido em 24 horas, na primeira semana de vida, pesando-se um bebé antes e depois de uma ou duas refeições e multiplicando depois este valor para o número total de refeições em 24 horas, a partir do terceiro dia de vida. Este método pode ser utilizado como instrumento de investigação, mas não na clínica pois pode inibir o reflexo de ejeção, intimidando as mães que se sentem atingidas no seu desempenho (100).

Para Houston e col. (299), a duração da amamentação está relacionada com a quantidade de leite no terceiro dia de vida do bebé; estes autores sugerem que uma avaliação da quantidade de leite numa só refeição ao terceiro dia de vida, é capaz de discriminar o grupo de mães que vai amamentar com mais sucesso; este método parece ser bom para discriminar um grupo e não para discriminar indivíduos, pelo que tem um valor limitado na investigação clínica (299).

A aparente variação diurna na concentração em energia do leite materno é a consequência do padrão de expressão do leite ou das mamadas e não o resultado de uma regulação biológica independente daquelas duas variáveis (207).

Amostras de leite em menor número do que 3 por dia, não dão uma estimativa adequada da concentração em energia do leite, não se aconselhando tais análises, assim como amostras sucessivas de leite durante a mamada, dado o crescimento não linear da concentração de energia do leite e as mudanças de volume de leite consumido por unidade de tempo (207).

Apesar da existência de padrões alimentares muito diferentes, na maior parte dos estudos, a ingesta total de leite não teve qualquer correlação com a frequência ou com a duração das mamadas, podendo o volume de leite ingerido numa refeição estar relacionado com o intervalo de tempo decorrido desde a última refeição (84,92,525).

A quantidade de leite que passa da mãe para o filho é característica da di-

ade e o resultado de dois mecanismos, sendo o primeiro o leite que a mãe liberta e o segundo, o leite que o bebê suga, sendo este último, em larga medida, determinado pelo apetite do bebê e também pelo seu peso (143,145, 700,701).

Estudos recentes parecem evidenciar a existência de um controlo exercido pelo recém-nascido na regulação da ingesta de leite e duração da mamada e um controlo fisiológico de produção do leite(143-145,155,189,260,328,525,531, 644,701,703,704).

Dewey (144), conseguiu que 14 das 18 mães aumentassem a sua produção de leite, por expressão de leite extra durante duas semanas e todos os bebês aumentaram a sua ingesta de leite imediatamente a seguir à fase de expressão, tendo metade dos bebês regressado à linha de base após 1-2 semanas. A mudança na ingesta de leite, correlacionou-se positivamente com o peso do bebê e não com a linha basal de ingesta.

Este estudo sugere que as grandes variações do volume de leite em populações bem nutridas são sobretudo devidas a variações de solicitações da criança e não à produção inadequada de leite. Quando uma mãe está fortemente motivada, é a criança que determina em grande parte o desempenho da lactação (144).

Tyson e col. (644), demonstraram que o bebê tem a capacidade de se adaptar a leites de diferentes conteúdos lipídicos e esta adaptação, permite o crescimento do bebê, a interacção mãe-bebê e a satisfação materna. Esta capacidade de adaptação é reconhecida por diferentes autores. O controlo eficaz do bebê sobre a ingesta de leite, não recomenda a imposição ao bebê de regimes rígidos, mas uma maior flexibilidade materna na adopção de padrões de amamentação (189,211,300,439,644,703,704).

2.5.2.Gosto

A formação das preferências alimentares é uma questão ainda não resolvida, dada as múltiplas influências históricas, económicas, simbólicas, sociais e religiosas que estarão provavelmente na sua génese (51-53,205,178,320).

Se a influência da forma da tetina na sucção, bem como da quantidade e frequência com que o líquido é fornecido e ainda a manipulação destas variáveis pode, de certa maneira, ser entendida em termos de interferência com os mecanismos e estrutura do aparelho alimentar da criança, pelo contrário, o efeito exercido por diferentes qualidades do gosto é de especial interesse, pois pode reflectir uma motivação para a plasticidade da resposta de sucção.

As primeiras investigações sobre o gosto, utilizaram soluções de diferentes sabores oferecidas a bebês e a observação das expressões faciais do recém-nascido; com base naquelas observações, Kussmaul (306) concluiu que

o gosto está bem desenvolvido nos recém-nascido, e que os estímulos gustativos, na sua maioria, produzem expressões faciais correspondentes às dos adultos, o que está de acordo com investigações mais recentes (563).

Preyer (413) observou diferenças individuais nas reacções dos recém-nascidos a vários estímulos gustativos, sugerindo que a sensibilidade neonatal pode não só ser avaliada em termos de resposta a intensidades diferentes de estímulos gustativos, mas que essa sensibilidade aumenta nos primeiros dias de vida.

Canestrini (413) foi o primeiro investigador a utilizar medidas directas para estudar as respostas cardiovasculares e respiratórias a soluções de gostos diferentes e demonstrou um efeito calmante associado a soluções de sabor doce e alterações do ritmo respiratório e aumento das pulsações associado ao sabor salgado, efeitos que eram ainda maiores em resposta ao sabor amargo. O alto grau de sensibilidade gustativa teria assim um grande valor em termos de sobrevivência pois impediria a criança de ingerir soluções perigosas.

Se Maller e Desor (128) não encontraram diferenças na ingestão de solutos como água, líquido salgado e amargo de intensidade moderada, Crook (128) forneceu provas de que soluções salgadas tinham qualidades hedónicas negativas para a criança. Kobre e Lipsitt (128) mostraram que a sucção para água destilada era suprimida se seguida a ingestão de uma solução de sacarose.

Também Maekawa e Yokoi (444), demonstraram diferenças individuais nas respostas de recém-nascidos a solutos de gostos diferentes, não tendo encontrado qualquer correlação entre a resposta a gostos diferentes e o temperamento da criança de 1-2 meses de idade, avaliado por questionário.

Todas as investigações sugerem que a criança tem uma reacção positiva ao sabor doce e que soluções salinas e amargas provocam reacções negativas.

Lipsitt (413), utilizou um aparelho especial de sucção, construído no seu laboratório, que introduzia fluidos na boca do bebé de maneira contingente ao seu comportamento de sucção. Cada gota de fluido era ejectada na boca do bebé em cada sucção do bebé, sendo a quantidade do fluido constante. Esse aparelho estava ligado a um polígrafo e este por sua vez a um computador, o que permitiu estudar medidas como número de sucções por salva, número de intervalos entre salvas, número de sucções por minuto e intervalo médio entre sucções. Durante a sucção não-nutritiva, os bebés tinham um padrão típico de salvas de sucção separadas por pausas de vários segundos de duração.

Ao fornecer fluidos doces, o padrão de sucção era diferente, pois quanto mais doce o fluido, mais curtos os intervalos entre as salvas e mais lento o

ritmo de sucção dentro de cada salva, aumentando a duração das salvas, o número de sucções e o ritmo cardíaco, enquanto que, se a seguir a um fluido de sabor doce era oferecido água, o ritmo de sucção diminuía.

Os estudos de Lipsitt (413) e de Crook e Lipsitt (127) sugerem que o bebé controla hedónicamente os estímulos orais. Esse prazer manifesta-se também através do aumento da frequência cardíaca.

Também os bebés pré-termo parecem discriminar o gosto “doce”. Tatzer e col. (632), utilizaram um método que permitia a avaliação da sucção não-nutritiva, com e sem estimulação gustativa em bebés pré-termo, sem qualquer experiência gustativa extra-uterina. Em sete dos oito bebés estudados, a resposta da sucção a um fluido de glucose a 33%, foi maior que para a água, a partir da primeira experiência, tendo sucessivamente aumentado com estimulações repetidas, sugerindo que bebés pré-termos com uma idade pós-concepcional de 35 semanas, não só discriminam entre o gosto “doce” e “não-doce” mas também têm uma preferência inata pelo sabor “doce”.

O leite humano proporciona igualmente experiências de sabor, além de experiências olfactivas mais ricas, podendo variar os padrões de sucção com as diferentes experiências proporcionadas (414,463,464,672).

Para Carmona da Mota (478), alguns recém-nascidos e lactentes precisam de diferentes estímulos gustativos.

A monotonia que nós, médicos, impomos a $\frac{3}{4}$ das crianças seria contrária às mais básicas regras de hábitos dietéticos e insuportável para cerca de $\frac{1}{4}$ das crianças.

Sendo a composição do leite materno sujeita a variações determinadas em parte pela dieta da mãe, será que o gosto do leite da mãe varia de acordo com a sua dieta? Tal facto tornaria as refeições dos bebés amamentados muito mais aliciantes, pois proporcionar-lhes-ia sabores diversificados.

Carmona da Mota (478) sugere ainda que tais experiências no gosto, facilitariam o desmame e o apetite natural por alimentos diferentes em crianças de grupos etários mais elevados.

A alimentação por biberão poderia ser um factor associado a um “leque” mais restrito do paladar em crianças com mais idade, explicando assim a difícil aceitação da alimentação complementar em alguns destes casos. Assim sendo, talvez seja recomendável para os bebés alimentados a biberão, que se mude de marca de leite, de acordo com a vontade do bebé e das suas mães (478).

2.5.3. Interacção mãe-bebé .

A interacção mãe-bebé durante as primeiras semanas de vida, representa

um período de adaptação, sugerindo-se que o acompanhamento da díade durante o primeiro mês de vida é o espaço de tempo ideal para monitorizar e ajudar a adaptação mútua das díades mães-bebés (473).

A refeição é talvez o melhor exemplo de uma situação que abrange os processos interactivos entre mãe e bebé num contexto estandardizado e permite o estudo de uma interacção contínua. Embora não se possa dizer que a situação alimentar é representativa de todos os tipos de interacção possíveis, existe uma evidência de que a situação alimentar é representativa da qualidade da interacção duma mãe com o seu filho, tanto mais que o tempo que a criança gasta nas suas refeições durante 24 horas é cerca de metade do tempo em que ela está acordada (34).

A interacção durante a situação alimentar, nomeadamente quando o bebé é amamentado, é, segundo alguns autores, paradigmática da interacção entre mãe e bebé e a sua qualidade decisiva, quanto ao sucesso do AM (34,36,37, 75).

Se a interacção durante a mamada se define como o processo através do qual as crianças adquirem uma socialização e comportamento nutricional óptimos, uma das suas determinantes mais importantes é a responsividade da mãe e do bebé, parecendo haver uma relação entre os comportamentos interactivos durante a mamada, o comportamento de ligação entre mãe e bebé e o desenvolvimento social e cognitivo da criança

Sendo o prestador de cuidados uma fonte de estimulação para um bom padrão de sucção nutritiva, uma refeição deve ser considerada um fórum possível para o desenvolvimento social e sentido de competência, tanto para a mãe, como para o bebé (128).

Cada parceiro traz para a interacção durante uma refeição, experiência, hábitos, emoções, fornecendo sinais e comportamentos, que a podem transformar.

O “timing”, o ritmo, a contingência e a duração são factores poderosos para avaliar a qualidade de uma interacção (69,75,479).

Mesmo em outros mamíferos como os ratinhos, parece ser muito importante, para a interacção entre mãe e filhos durante uma mamada, a existência de “timing”. O “timing” é composto de contingência, sincronia e reciprocidade, sendo o termo “attunement”, o resultante dos elementos de sincronia e reciprocidade (292).

Osofsky (503) estudou 134 díades com o objectivo de avaliar a relação entre as características individuais dos recém-nascidos e a interacção mãe-bebé. Os resultados mostraram uma correlação entre os comportamentos infantis e maternos em que os recém-nascidos mais alerta e com mais responsividade, tinham mães com maior sensibilidade e responsividade.

Estes resultados eram comuns a mães e bebés através das diferentes situ-

ações estudadas. Este estudo fornece informações acerca dos comportamentos interactivos precoces entre mães e bebês, parecendo que os diferentes estilos interactivos se estabelecem muito precocemente e ambos os parceiros da díade contribuem para o seu estabelecimento.

Barnard e Douglas (34,36) referem-se à interacção durante a mamada como uma “valsa” entre dois parceiros em que cada interlocutor emite sinais que são descodificados pelo outro, o que permite, através de comportamentos contingentes adequados, a adaptação mútua da mãe e do bebé. Com a experiência, estes comportamentos adaptativos vão-se aperfeiçoando e ajustando a novas situações e níveis mais complexos, tornando a refeição num prazer, numa festa para a díade.

Cuzier-Mémeury e col. (130) sublinham o carácter de aprendizagem de que se revestem as tentativas de mães primíparas para amamentarem os seus filhos. Mais de metade das primíparas adquiriam livros sobre o desenvolvimento do bebé e a interacção mãe-bebé, mas as suas capacidades como prestadoras de cuidados ao bebé, nomeadamente em relação à amamentação, ficavam muito aquém dos conhecimentos adquiridos.

As mães primíparas dedicam mais tempo a amamentar os seus filhos com menos “sucesso” que as múltíparas. Para Thoman e col. (128) as primíparas são mais passivas, providenciando menor estimulação táctil. Estes resultados foram só parcialmente replicados noutros estudos, especulando-se se as diferenças encontradas não seriam de atribuir aos bebês, tanto mais que o estudo de Thoman e col. (637) põe em evidência diferenças existentes no comportamento dos filhos das primíparas e das múltíparas, quando lhes é oferecida uma primeira refeição por biberão, dada por uma enfermeira (637).

Num segundo estudo de Thoman e col. (128) foi referido que as primíparas interferiam mais nas mamadas, o que torna difícil a sua interpretação.

A experiência materna pode envolver uma estimulação mais sensível aos indícios fornecidos pela criança durante a mamada. Alguns autores sugerem que tal sensibilidade ajuda a formação de comportamento de ligação de boa qualidade (75,128).

Ainsworth e Bell (128) desencorajam uma demasiada interferência materna durante a mamada, dizendo ser preferível deixar a criança escolher o seu próprio ritmo e salientando que a experiência pode ser importante para o desenvolvimento de sentimentos de “competência”.

Kaye (391) estudou os padrões interactivos de trinta crianças de termo durante a situação de alimentação, entre as primeiras trinta e seis e sessenta horas após o nascimento e entre 12 e 18 meses de idade.

Os principais resultados desta investigação são: 1º-nas primeiras semanas de vida, a criança estrutura ciclos “salvas” de sucção, separados entre si por

pausas, de duração relativamente constante; 2º-a duração dos períodos de sucção dependem basicamente do fluxo de leite, enquanto que a duração das pausas parece ser fundamentalmente influenciada pela interacção com a mãe e pelos comportamentos que ela assume durante as pausas; 3º-as mães estimulam as crianças, abanando-as ligeiramente e/ou imprimindo ligeiros movimentos ao mamilo ou à tetina (jiggle), comportamento que ocorre com maior frequência durante as pausas. Esta observação mostra claramente como desde muito cedo mãe e bebé regulam mutuamente os seus comportamentos; 4º-os “jiggles”, em vez de aumentarem a probabilidade de ocorrência de períodos de sucção subsequentes, parecem antes reduzi-la; o que parece desencadear na criança novos períodos de sucção é a interrupção pela mãe dos comportamentos de estimulação; 5º-os resultados mostram uma evolução entre os primeiros dois dias a seguir ao parto e as duas semanas após o nascimento da criança, no sentido de uma redução progressiva da duração dos comportamentos de estimulação por parte da mãe.

As salvas e pausas rítmicas da sucção estão envolvidas numa forma muito precoce de diálogo social. As pausas de sucção teriam uma função social específica, servindo para facilitar o desenvolvimento do “role-taking” entre mãe e bebé, sendo para esse fim especialmente importante, as experiências precoces contingentes (8,391).

A interacção depende também do sexo do bebé. O estudo de Lézine e col. (408) sugere que as mães de raparigas são mais intervencionistas, sobretudo as primíparas, parecendo que as mães de rapazes se adaptam melhor ao ritmo dos seus filhos, sobretudo se não se trara do primeiro filho.

Nos estudos de DeChateau e DeChayeau e Wiberg (101,102) Hwang (305), Brown e col.(77) e Millot e col.(468), foram encontradas diferenças entre a interacção mãe-bebé, dependendo do sexo do bebé. As mães de raparigas mostraram maior quantidade de comportamentos à distância tais como “falar”, “sorrir” e “en face” e mais comportamentos afectuosos tais como “tocar” e “beijar” que as mães de crianças do sexo masculino. As mães das crianças do sexo masculino tiveram mais comportamentos ligados à roupa do bebé. O estudo de Millot e col. (468) também relacionou o comportamento táctil da mãe com outras variáveis, tais como o peso de bebé ao nascer, o estatuto profissional da mãe e o intervalo de tempo entre a data estimada do parto e a data real.

Em Israel, Rosenthal (564) estudou as relações dos estádios do recém-nascido e aspectos da interacção mãe-bebé durante a mamada no terceiro dia de vida. O comportamento dos bebés foi diferente conforme os estádios do bebé e os comportamentos interactivos entre as díades consoante o sexo da criança, quando no mesmo estádio. Os padrões observados sugerem poder

existir dois tipos de influência nesta interacção: o comportamento dos recém-nascidos varia de acordo com os estádios e a interpretação materna de tais variações.

Parece existir uma imputação precoce de intencionalidade e conteúdo relacionado com os comportamentos protocomunicativos infantis, tais como gestos, choro e movimentos dos olhos. A interpretação materna pode envolver a sua percepção das necessidades da criança e a compreensão do seu próprio comportamento em resposta a tais necessidades. Talvez as diferenças entre os sexos derivem daquelas influências (564).

O comportamento das crianças consoante o seu sexo pode influenciar a percepção e interpretação materna e ao mesmo tempo as atitudes culturais da mãe podem conduzir a interpretações e imputações em termos de conteúdo relativamente aos mesmos comportamentos em rapazes e raparigas, originando respostas diferentes.

Korner (364) também encontrou diferenças na maneira das mães interagirem com os filhos, de acordo com o sexo, sugerindo que os rapazes recebem mais contacto proximal e as raparigas mais distal e isto quando não havia diferenças entre os comportamentos das crianças nos dois sexos. Também foi encontrada uma correlação entre o comportamento materno e o infantil; as mães que vocalizavam e sorriam mais tinham crianças que também vocalizavam e sorriam mais.

Noutro estudo de Korner e col. (366), em que as respostas de bebés pré-termo ao exame neurológico eram avaliadas durante semanas, foram também encontradas diferenças quanto ao sexo, compatíveis com a teoria de que as raparigas têm uma maturação mais precoce e os rapazes mais tendência para dormir e estar menos tempo acordados.

Uma má interacção, nomeadamente durante as refeições tem sido responsabilizada por alguns autores, como podendo estar na génese da falência do crescimento de causa não-orgânica.

Por sua vez, a falência da vinculação e da ligação, resultaria de factores maternos obstando à emissão de sinais para o bebé, por depressão ou má auto-estima ou por factores ligados a doença da criança. A existência de problemas alimentares de causa neurofisiológica, podem estar na base da falência de crescimento de causa aparentemente não-orgânica (44,135,193, 273,274,380,479,545).

Além dos factores habitualmente encontrados como responsáveis pela falência de crescimento de causa não-orgânica como a depressão e a má auto-estima materna, foram identificados outros factores ligados à mãe como agressividade, mãe maltratada em criança ou com problemas de deficiente interacção da família, presentes também durante a refeição. O diagnóstico das causas permite adequar a intervenção terapêutica a cada caso específico (193).

O efeito das complicações neonatais nas crianças pré-termo, na interação precoce e os seus efeitos a longo prazo, está patente em numerosos estudos. Nalguns trabalhos, encontra-se uma associação entre prematuridade, maus tratos e negligência a longo prazo (172,303,354,469).

Alguns autores, encontraram uma associação entre prematuridade e menor responsividade a estímulos sociais durante o primeiro ano de vida, ou na estrutura rítmica ou estilos de interação mãe-bebé (12,29,138,384,399,469).

Uma menor interação entre mãe e bebé pré-termo, pode ser fruto da sensibilidade materna quanto à quantidade de estimulação que os seus bebés são capazes de aguentar (288).

No estudo de Greenberg e Crnic (240), os efeitos da prematuridade na interação mãe-filho ou no desenvolvimento da criança, não se fizeram sentir aos 2 anos de idade da criança, sugerindo que, mesmo em crianças de risco, o seu desenvolvimento futuro dependerá menos do risco biológico, que da qualidade da prestação de cuidados ao longo do tempo, tal como afirma a teoria do modelo transaccional e do impacto de factores ecológicos vários (138).

Alfasi e col. (12) estudaram a interação mãe-bebé durante uma refeição, em 24 crianças pré-termo e 39 crianças de termo, utilizando a Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS) e verificaram que tanto as mães de crianças pré-termo, como as crianças pré-termo, tinham desempenhos piores que as mães de crianças de termo e as próprias crianças de termo. As mães dos pré-termo revelaram uma menor sensibilidade em relação aos sinais dados pelas crianças e as crianças pré-termo tiveram piores resultados em ambas as subescalas (12,34,623).

Outros estudos sugerem que um comportamento interactivo alimentar de má qualidade, de causas diversas, nomeadamente por prematuridade, pode contribuir para um crescimento postnatal deficiente (75,479).

A classe social e as raízes culturais das mães também podem exercer alguns efeitos na interação precoce, sobretudo no “timing” e responsividade dos comportamentos interactivos (184,565).

O AM é um processo complexo de cooperação entre mãe e bebé, envolvendo não só a aquisição de nutrientes pelo bebé, mas também a interação entre mãe e bebé. Esta interação pode ser ela mesma influenciada por múltiplos factores, como o estado nutricional passado ou presente, por factores ligados à saúde e desenvolvimento do bebé, por padrões de emissão de sinais e respostas características de cada díade e ainda do seu ajustamento.

Não só estes factores influenciam a interação alimentar inicial, mas os resultados desta interação têm um efeito na ligação entre mãe e bebé, quer negativo quer positivo.

A interacção entre mãe e bebé durante a situação alimentar, pode ajudar no estabelecimento de resultados positivos não só do ponto de vista nutricional da criança, mas também no seu desenvolvimento. O não-reconhecimento desta importante interacção pode ocasionar repercussões negativas a longo prazo (75).

Uma boa experiência durante as mamadas terá como consequência a longo prazo, um melhor estado nutricional e a continuação de experiências alimentares positivas.

Uma má experiência alimentar poderá ter efeitos negativos tanto a curto prazo no estado nutricional e no desenvolvimento da criança, como a longo prazo na ligação entre mãe e bebé (75).

A problemática do sucesso do aleitamento é extremamente complexa e depende de múltiplos factores sócio-demográficos, psicológicos, circunstanciais, não esquecendo o papel activo da criança, cujo desempenho se traduzirá num comportamento alimentar de melhor ou pior qualidade, qualidade dessa aparentemente decisiva para o sucesso do AM.

2.6. Papel dos profissionais de saúde

As iniciativas das organizações internacionais como a UNICEF, OMS, AID, CIE e outras não governamentais como a LLL, recomendando legislação que visa proporcionar condições às mães que amamentam, e das campanhas de promoção do AM, são imprescindíveis quando o objectivo é aumentar o seu sucesso (16,62,152,286,295,296,356,480,515,653,715).

A outro nível, o papel dos profissionais de saúde no exercício das suas funções, é insubstituível (26,68,277,319,559,589,667).

As mudanças sociais que ocorreram nas últimas décadas, a concentração das populações no litoral ou nas grandes cidades, a perda do apoio característico das famílias alargadas e das referências culturais, o apelo ao consumo, a competição, o espectro do desemprego, a rápida evolução das modas e a perda dos valores tradicionais, deram origem a novos tipos de famílias, com vivências diferentes, muitas vezes em stress (233).

A atitude clínica dos pediatras foi sensibilizada pelo reconhecimento do stress e disfunções da vinculação e da interacção familiar. Esta nova patologia é responsável por síndromas tão diversos como o insucesso escolar, a criança negligenciada ou maltratada, ou a falência de crescimento de causa não-orgânica.

A prevenção das doenças, nomeadamente aquelas que se incluem hoje na chamada Pediatria do Comportamento e a promoção de uma melhor qualidade de vida das crianças e suas famílias, fazem hoje parte das preocupações dos pediatras. Neste contexto de prevenção e de intervenção, o AM como

contributo essencial para a saúde da criança e para a vinculação, tem sido alvo de muitas atenções por parte dos profissionais ligados à Saúde Infantil, um pouco por todo o mundo.

Para Manciaux (233), a intervenção é uma implicação de todo o acto médico dirigido à criança e à família, intimamente associado à Prevenção.

A designação complementar de *precoce* que hoje atribuímos à intervenção em pediatria, corresponde a intervir nos períodos críticos ou melhores períodos da vida humana, numa perspectiva já referida por Platão (233) e conceptualizada por Brazelton nos “pontos de viragem”, são entendidos como oportunidades preferenciais para a intervenção em saúde (68).

O AM é influenciado por factores não modificáveis e modificáveis, ou seja, factores sujeitos a intervenção. Os factores modificáveis seriam a inclusão em programas de apoio a grupos desfavorecidos, o suporte através de amigos ou comunidade, as práticas hospitalares, o ensino pré-natal e a educação da lactação (235,521,571,601).

Tem sido demonstrado em vários países, o efeito positivo dos programas de apoio com diferentes tipos de intervenção, no sucesso do AM (324,441,616).

O apoio da comunidade à prática do AM não pode ser subestimado. Esse apoio pode exercer-se através da influência das opiniões de pessoas significativas ou de conselhos sobre a prática do AM ou ainda pela ajuda efectiva nas tarefas domésticas, para que a mãe se possa dedicar à tarefa de amamentar. Neste sentido, torna-se essencial fazer educação para a saúde adaptada às populações a que se destina, a fim de fazer passar a mensagem tendo como alvos preferenciais as futuras mães e os seus companheiros, mas contemplando igualmente os adolescentes e o resto da comunidade (244,406, 449,450,586,667).

O ensino pré-natal às futuras mães é essencial. Para que esta prática seja útil, é necessário que os profissionais de saúde sejam competentes na promoção do AM.

A falta de formação dos técnicos de saúde em Maternidades, é responsável muitas vezes pelas informações contraditórias fornecidas e responsável pelo pouco sucesso que o AM tem tido em certas comunidades (201,206, 220,252,402,430,589,666).

Freed e col. (199,201) e Gomes-Pedro (233,234) aconselham o terceiro trimestre de gestação como ideal para o primeiro encontro entre a futura mãe e o pediatra do bebé, se se pretende garantir o sucesso do AM. A preparação física e psicológica para amamentar, a veiculação de conselhos sobre a prática da amamentação e de como ultrapassar os pequenos problemas que vão surgir, conjuntamente com a observância de condições ideais durante o parto e trabalho de parto, proporcionarão à díade mãe-bebé as melhores condições para a obtenção do sucesso da amamentação (187,647).

A consulta pré-natal corresponde segundo Brazelton ao primeiro ponto de viragem, dada a contribuição única que pode fornecer (233,667).

As práticas hospitalares são decisivas na manutenção da decisão de amamentar, contribuindo fortemente para o sucesso do AM (521,589).

O período do parto, corresponde segundo Brazelton (253) ao segundo ponto de viragem, com particular realce para o parto natural em função de cada cultura e para o contacto precoce mãe-bebé (253).

Os profissionais de saúde poderão ter um papel decisivo no sucesso da amamentação, proporcionando a cada parturiente, as condições ideais para o início da lactação.

O suporte durante a amamentação será também indispensável para o sucesso do AM. Neste contexto, são muito importantes a veiculação de conhecimentos sobre a prática de uma boa lactação, a prevenção de possíveis acidentes e a maneira de ultrapassar pequenos problemas (87,201,252,480, 518,589,647).

Será também da maior importância o papel do médico na descoberta de cada bebé, na sua individualidade e a partilha dessa descoberta com os pais do bebé, numa perspectiva de intervenção, constituindo esta descoberta o factor dominante do terceiro ponto de viragem conceptualizado por Brazelton (233).

A intervenção em AM, pode ser entendida em termos clínicos ou em investigação. A intervenção em investigação, é muito diferente, por vezes mesmo oposta, à intervenção clínica. A intervenção clínica faz parte da atitude mental e da prática diária dos profissionais de saúde, não pressupondo uma adesão a um protocolo rígido, mas apenas a obtenção de um melhor resultado, adaptado às necessidades de uma criança particular. Pelo contrário, em investigação, não é permitido mudar as regras, sendo essencial a observância do protocolo e o controlo das variáveis importantes, a fim de se poderem tirar conclusões.

A intervenção precoce em Pediatria utiliza dois modelos, de acordo com os interesses dos investigadores, uns sobretudo interessados em enriquecer o ambiente, a fim de otimizar o desenvolvimento e socialização da criança; outros utilizam a intervenção, para compensar crianças carenciadas, num modelo de privação. Estes estudos contemplam situações que contêm em si factores de risco para a criança como a prematuridade, o baixo nível sócio-económico-cultural e a maternidade durante a adolescência (185,221,365,466, 555,603,713).

Tem sido dada grande ênfase à influência exercida pelas práticas hospitalares no sucesso do AM. Através de estudos prospectivos, vários tipos de intervenção têm sido utilizados para testar a influência de cada variável no sucesso do AM.

Os programas de educação e suporte pós-parto, têm sido testados em investigações prospectivas, tendo como suporte as visitas domiciliárias, o fornecimento de material didáctico sobre AM ou apoio telefónico (248,319).

O apoio pós-parto é especialmente importante entre nós, pois cerca de metade das mulheres portuguesas, deixa de amamentar os seus filhos após o primeiro mês de vida (182,585,588).

A intervenção é assim um elemento indispensável, nas consultas de saúde de crianças e adolescentes, nas consultas pré-natais com o clínico geral, o obstetra e o pediatra, nas práticas hospitalares e no apoio à mãe e ao bebé pós-parto ou seja, em todo o acto clínico.

2.7. Papel das organizações nacionais e internacionais

A promoção do AM é uma prioridade mundial, permitindo às crianças iniciarem o seu percurso de vida de uma maneira natural, e deve ser alvo de múltiplos esforços internacionais, nacionais, comunitários, sociais e individuais (152,210,356).

Organizações internacionais como a OMS, a UNICEF, o CIE e a AID têm desenvolvido múltiplos esforços a fim de fazerem a promoção do AM por todo o mundo (62,295,480,653,715).

Também outras organizações não governamentais têm dado um grande contributo ao AM; a Liga do Leite, ou LLL (Liga de la Leche) deve ser provavelmente a mais conhecida, tendo iniciado nos anos 50 a sua actividade através da promoção de encontros e reuniões entre mulheres com experiência em AM e outras mulheres necessitando de apoio e conselhos acerca da amamentação (286,653).

A Organização para o Desenvolvimento Internacional ou “Agency for International Development” (AID), nos anos 80, concentrou os seus esforços em 4 tipos de intervenção dirigidos a crianças de países em desenvolvimento, a fim de melhorar as condições de saúde dos lactentes e das crianças.

As 4 áreas escolhidas foram, as imunizações, a rehidratação oral, o espaçamento dos nascimentos e a nutrição. Esta organização tem fornecido fundos e tecnologia para aplicar em modelos experimentais de promoção do AM, tendo actualmente em vigor 72 projectos de longa duração (62).

Na Jamaica, Honduras e Brasil, campanhas de promoção do AM, tiveram como resultado o aumento da sua incidência e/ou duração. Nessas campanhas foram utilizados meios tão variados como a rádio, a televisão e ainda publicidade ao AM difundida por jornais, bilhetes de lotaria, contas de telefone, água e energia eléctrica, para além de intervenções especiais, sobretudo dirigidos a famílias de fracos recursos económicos (16,515,546).

A avaliação da campanha efectuada no Brasil mostrou resultados muito positivos, tendo nalgumas cidades duplicado a duração do AM exclusivo (546).

A descoberta de que a tendência decrescente do AM podia ser revertida,

mesmo em áreas metropolitanas no fim do vigésimo século, foi extraordinariamente importante e conjugou os esforços de políticos, de profissionais ligados aos meios de comunicação, os profissionais de saúde, de voluntários, das agências internacionais e de cientistas (546).

O reconhecimento de que são necessários esforços conjuntos para que a promoção do AM tenha êxito, está patente no Código Internacional de Ética sobre substitutos do leite materno, que além de aspectos comerciais, foca as responsabilidades dos técnicos de saúde e das autoridades de saúde. Uma das responsabilidades dos governos que aderiram ao Código de Ética é relatar regularmente à OMS os progressos obtidos em cinco áreas da nutrição infantil: a) promoção e suporte do AM; b) promoção e suporte do desmame; c) fortalecimento da educação, treino e informação, d) promoção da saúde e estatuto social materno; e) marketing e distribuição dos substitutos do leite materno apropriados (111,277,356).

A estratégia europeia para a promoção do AM, sublinha sete áreas prioritárias; a) a atitude básica dos técnicos de saúde; b) as rotinas das maternidades; c) a formação de grupos de suporte às mães que amamentam; d) condições para as mães que amamentam e trabalham; e) investigação em AM; f) a pressão exercida nos técnicos de saúde por casas produtoras de alimentos alternativos ao leite materno; g) a necessidade de defender o AM.

Os problemas mais vulgarmente encontrados em campanhas de promoção da amamentação foram: a falta de verbas, a falência no uso sistemático das “mass media”, a falta de avaliação dos programas e o conteúdo das mensagens ser por vezes demasiado vago (515).

Para Greaves e Hendrata (237), mensagens como “BREAST IS BEST” podem ter um efeito perverso, resultando numa culpabilização materna por não querer ou não conseguir amamentar o seu bebé. Parlato (515) refere que as mensagens são maioritariamente variações de “BREAST IS BEST” e não têm em conta as razões que estão na base da tomada e da manutenção da decisão de amamentar. Sugere assim que tais campanhas devem ser planeadas e aplicadas a diferentes populações, utilizando diferentes estratégias, de acordo com a comunidade em causa, como se tratasse de uma verdadeira campanha de promoção comercial com “marketing” agressivo e aplicado com rigor a uma dada comunidade, atitude que pressupõe o conhecimento do consumidor.

A introdução do componente de promoção ao AM noutros programas de educação e promoção de saúde com infraestruturas já existentes, como por exemplo, a técnica de rehidratação oral, a avaliação nutricional, o planeamento familiar, imunizações ou classes de preparação para o parto, seria, segundo alguns autores, uma estratégia possível na promoção da amamenta-

ção, além de permitir a promoção da saúde e obviar parcialmente a falta de verbas.

Alguns autores também advogam a introdução da promoção do AM em todos os níveis da escolaridade, desde o Jardim de Infância até à Universidade, adaptando-se o conteúdo das mensagens ao grupo etário em causa. A Comunidade com as suas organizações específicas também deveria ter um papel importante na promoção do AM, assim como o sector privado, que deveria ser sensibilizado para a necessidade e benefícios da amamentação a fim de poderem providenciar condições às mães que amamentam. Os autores são unânimes em sugerir que o AM deveria ser alvo de um plano publicitário semelhante ao utilizado para a promoção do aleitamento artificial (150,515,615).

O suporte governamental para a promoção do AM pode ser obtido extrapolando o sucesso da campanha de rehidratação oral e usando os mesmos componentes que foram identificados como factores de sucesso da campanha, ou seja um “lobby” de indivíduos dinâmicos, “pacotes” simples de “vender”, argumentos de que a rehidratação oral era necessária, tecnicamente compreensível, argumentação na mesma linguagem utilizada por políticos e/ou cientistas e planos de acção detalhados (16,296).

Muitos autores advogam a necessidade de um empenhamento a nível superior, seja de associações de mecenato, ministérios da Saúde ou administrações hospitalares. Para McGuire (151), a promoção do AM deverá enquadrar-se numa organização já existente que deveria ter responsabilidades na sua implementação e dispôr de fundos suficientes. Essa organização deveria também ter estratégias pragmáticas para dez anos de duração, estratégias regionais, listas de prioridades e listas de intervenções.

Para Jelliffe (151), as associações de mecenato deveriam trabalhar mais intimamente, as mensagens de marketing deveriam ser mais bem elaboradas e os profissionais de Saúde deveriam aperfeiçoar melhor as suas competências em comunicação.

As campanhas de promoção do AM não substituem os esforços conjuntos de grupos de suporte materno, um consultor em aleitamento e profissionais de saúde mais competentes nesta matéria (132,149,438).

A estratégia proposta para a promoção e suporte do AM em hospitais e maternidades tem vários componentes: um grande empenhamento por parte de uma pessoa com poder, uma retaguarda administrativa, a existência de pessoal treinado e o suporte dos consumidores. Se para um administrador os argumentos mais importantes são os económicos, já para um médico os argumentos científicos serão os mais relevantes.

As associações de consumidores também podem ter uma acção decisiva

nesta matéria através do boicote económico, que pode inclusivamente influenciar o Ministério da Saúde (148,245).

Em suma, o sucesso do AM depende de múltiplos factores que exercem a sua acção ao longo da socialização da futura mãe, com especial realce para a gestação, trabalho de parto e parto e ainda durante os primeiros meses de vida do bebé, sendo necessários para a sua concretização, os esforços concertados de todos aqueles que se preocupam com a saúde materno-infantil.

3. RAZÕES DE UMA INVESTIGAÇÃO

Este estudo surge na sequência da experiência adquirida pela autora do projecto, na área da alimentação infantil, quer no âmbito da clínica, quer no da actividade académica.

Com efeito, ao longo do seu trajecto profissional composto por actividades diferentes, embora complementares, a autora do projecto verificou a enorme importância da nutrição e do comportamento alimentar, com especial realce do AM.

Existem alguns estudos portugueses que parecem apontar para uma grande incidência do AM à nascença, embora variável consoante os autores (93,182,369,404,477,585,588).

Fernandes e col. (182) verificaram que 92.9% das mães amamentaram durante a permanência na maternidade do Hospital de S. João.

Num estudo retrospectivo efectuado em 1986 por Norberto Teixeira Santos e col. (588) em crianças dos 0 aos 59 meses de idade que frequentaram a consulta de Saúde Infantil do Serviço de Pediatria do Hospital de S. João, verificou-se uma incidência do AM de 84%.

Em Coimbra, num estudo efectuado em populações urbanas, Carmona da Mota (477) encontrou uma incidência do AM de 80% e 88.5%, dependendo do nível sócio-económico das famílias.

Noutro estudo efectuado no Concelho de Coimbra em 1982 por Torrado da Silva e col. (639), foi encontrada uma incidência do AM de 93%.

Noutras comunidades portuguesas suburbanas e rurais, Teixeira Santos e col. (585) encontraram uma incidência de AM variando entre 59.7 e 87.7%.

Em 1977, na área urbana de Lisboa apenas 60% das mães iniciavam a amamentação (512).

Num estudo efectuado em 1988 em seis distritos do Continente, verificou-se que 95% das mães tinham iniciado a amamentação (93).

Foi também encontrada uma incidência 95% do AM, num inquérito efectuado no Distrito de Setúbal por Levy Aires e col. (404), tendo aumentado a percentagem de mães que praticaram o AM exclusivo desde a permanência na maternidade.

Verifica-se assim que os resultados dos autores portugueses apontam unanimemente para uma alta incidência do AM.

Os estudos portugueses apontam ainda para uma baixa prevalência do AM ao mês de vida, variável de estudo para estudo.

Assim, num estudo efectuado por Norberto Teixeira Santos e col. (588), verificou-se que a prevalência do AM ao mês foi inferior a 50%, inferior à prevalência do AM exclusivo e não-exclusivo encontradas no estudo efectuado por Torrado da Silva e col. (639), que foram respectivamente de 57.5 e 77.4%.

Em 1977, na área urbana de Lisboa, a prevalência do AM aos 3 meses foi de 15% (512).

Num estudo efectuado em 1988 em seis distritos do Continente, a prevalência do AM exclusivo e não-exclusivo foi variável de distrito para distrito; ao mês de vida, a prevalência do AM não-exclusivo variou entre 70.2 e 79.4% e a do AM exclusivo entre 53 e 67.6% (93).

Num inquérito efectuado em 1993 no Distrito de Setúbal por Levy Aires e col. (404), verificaram-se maiores prevalências do AM exclusivo e não-exclusivo que as verificadas no estudo de 1988.

Num estudo prospectivo efectuado em 1994 na maternidade do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria, por Albuquerque e col. (9), verificou-se que 38.5% das mães desistiram de amamentar durante o primeiro mês de vida, sendo a prevalência do AM no fim do primeiro e do segundo mês de vida respectivamente de 61.5% e 46.2%.

Num estudo experimental e prospectivo efectuado por Gomes-Pedro e col. (234), efectuado num modelo de enriquecimento do ambiente, a prevalência do AM aos quatro meses de vida, foi de 74% nas mães que tinham tido uma consulta pré-natal e de 18% nas mães do grupo controlo.

Apesar das diferentes metodologias empregues pelos vários autores portugueses, os estudos apontam unanimemente para uma alta incidência e para uma baixa prevalência do AM já ao mês de vida.

Estes estudos sugerem que a maioria das mães decide amamentar, mas grande parte não consegue cumprir o seu projecto, desistindo da amamentação durante o primeiro mês de vida.

Assim, o que está em causa é sobretudo a necessidade de identificar as variáveis associadas a um maior sucesso do AM.

O sucesso do AM está associado a múltiplos factores, alguns dos quais modificáveis e portanto sujeitos a intervenção.

A influência exercida no sucesso do AM, por algumas variáveis independentes, nomeadamente aquelas ligadas à modificação de rotinas durante os

períodos do parto e do pós-parto constitui um desafio, numa perspectiva nova de Pediatria, ligada a um modelo de intervenção adequado a esta área.

A intervenção preventiva em função dos riscos e das vulnerabilidades, integra um conceito de salutógenese situando-se cada vez mais no contexto da qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, norteador por uma filosofia centrada no valor das forças e sistemas individuais, no significado das diferenças e nas relações interpessoais.

4. OBJECTIVOS

O nosso estudo teve como finalidade a avaliação de diversas intervenções clínicas no sucesso do AM.

Considerámos como critérios de “sucesso do AM”, uma maior duração do AM exclusivo e não-exclusivo, uma maior transferência de leite ao 3º dia de vida, uma melhor interacção mãe-bebé ao 3º e 30º dias de vida, assegurando ao bebé um bom estado nutricional e um desenvolvimento psicomotor normal.

Neste contexto, procurou-se atingir os seguintes objectivos:

Objectivo nº 1

Avaliar a eficácia exercida no sucesso do AM, através da duração do AM exclusivo e não-exclusivo, da transferência de leite ao 3º dia e da interacção mãe-bebé ao 3º e 30º dia de vida, pelas seguintes intervenções.

- a) Precocidade da primeira mamada
- b) Precocidade da primeira mamada e conhecimento materno acerca da importância do estágio de alerta do bebé na eficácia da mamada.

Objectivo nº 2

Avaliar os principais factores determinantes do sucesso do AM, em termos dos períodos pré-gestacional, durante a gestação, parto e pós-parto e depois da alta do bebé até ao primeiro ano de vida.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Desenho do estudo

A nossa investigação foi prospectiva e experimental, com aleatorização e dupla ocultação.

A inclusão das mães num dos três grupos foi determinada previamente, segundo método de escolha numa tabela de aleatorização.

A equipa de investigação foi constituída por uma pediatra, autora e responsável do projecto, e seis investigadores.

A selecção da amostra, o acompanhamento da mãe durante o parto e a intervenção, foram efectuados por um dos investigadores.

Dois dos investigadores fizeram ainda a visita domiciliária, a fim de observarem o ambiente em casa da criança, com o "Home Observation for the Measurement of the Environment" (HOME) (87).

Todo o restante protocolo foi efectuado pela autora do projecto.

O projecto foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria e Faculdade de Medicina de Lisboa. Em Julho de 1996 a Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa autorizou a impressão da Dissertação de Doutoramento (Anexo I).

O estudo iniciou-se antes do parto, continuou durante a permanência da puérpera na maternidade e depois da alta até aos 12 meses de vida do bebé, segundo um protocolo que pode ser consultado em anexo (Anexo II)

O estudo incidiu sobre 60 primíparas e os seus recém-nascidos, assistidos na Maternidade do Hospital de Santa Maria, entre Maio de 1990 e Outubro de 1994.

A selecção foi feita à medida que as gestantes que se apresentavam no Hospital de Santa Maria ficavam internadas na enfermaria da Maternidade.

À entrada para a enfermaria da Maternidade e após consulta do processo, as mães que preenchiam os critérios de inclusão, foram convidadas a integrarem a nossa investigação.

Foi dito a cada uma das mães que o bebé seria seguido até ao ano de vida, e que o protocolo incluiria a avaliação do comportamento, crescimento e desenvolvimento do bebé, a sua avaliação nutricional e aplicação das va-

cinas que integravam o calendário de vacinações em vigor, para além de uma visita domiciliária.

A equipa de investigação assegurou ainda qualquer outro apoio necessário; a autora do projecto esteve permanentemente disponível, através do contacto telefónico ou presencial.

Todas as mães assinaram uma declaração na qual aceitaram integrar o estudo (Anexo III).

A entrevista feita à mãe antes do parto, foi efectuada durante a permanência da mãe na Maternidade do Hospital de Santa Maria, a segunda entrevista teve lugar no segundo dia de vida do bebé, no Piso 5 do Serviço de Obstetrícia; o restante protocolo, aplicado desde o terceiro dia de vida do bebé, teve lugar sempre na mesma sala de consultas.

O Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) foi efectuado no domicilio da criança e sua família.

A partir do terceiro dia de vida e até aos 12 meses de idade das crianças, mães e bebés passaram a ser seguidos na nossa sala de consultas.

As consultas foram efectuadas aos 3 e 30 dias e ainda aos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 12 meses de vida do bebé.

Em cada uma das consultas foi feita a história, observação, inquérito alimentar e avaliação nutricional das crianças e cuidados antecipatórios adequados a cada grupo etário.

Para além deste protocolo comum a todas as consultas, houve outros procedimentos só efectuados em determinadas idades, e conseqüentemente, só nas consultas correspondentes (Figura 1).

Os questionários sobre causas do desmame parcial e completo não estão representados na Figura 1.

a) A metodologia aplicada às mães constou do seguinte:

.Questionário geral sobre identificação, dados sócio-demográficos e as atitudes maternas durante a gestação (QG) - durante o período de dilatação (PD) (Anexos V e VI).

.Questionário sobre atitudes maternas face ao AM (QAM) - durante o período de dilatação (PD) (Anexo VII).

.Expectativas maternas face ao bebé - Neonatal Perception Inventory (NPI), no 2º e 30º dia de vida do bebé (76)(Anexo VIII).

.Questionários sobre causas do desmame parcial e completo - no fim da amamentação exclusiva e não-exclusiva (Anexo IX e X).

b) A metodologia aplicada aos bebés, constou do seguinte:

.Estado neuro-comportamental - Neonatal Behavior Assessment Scale

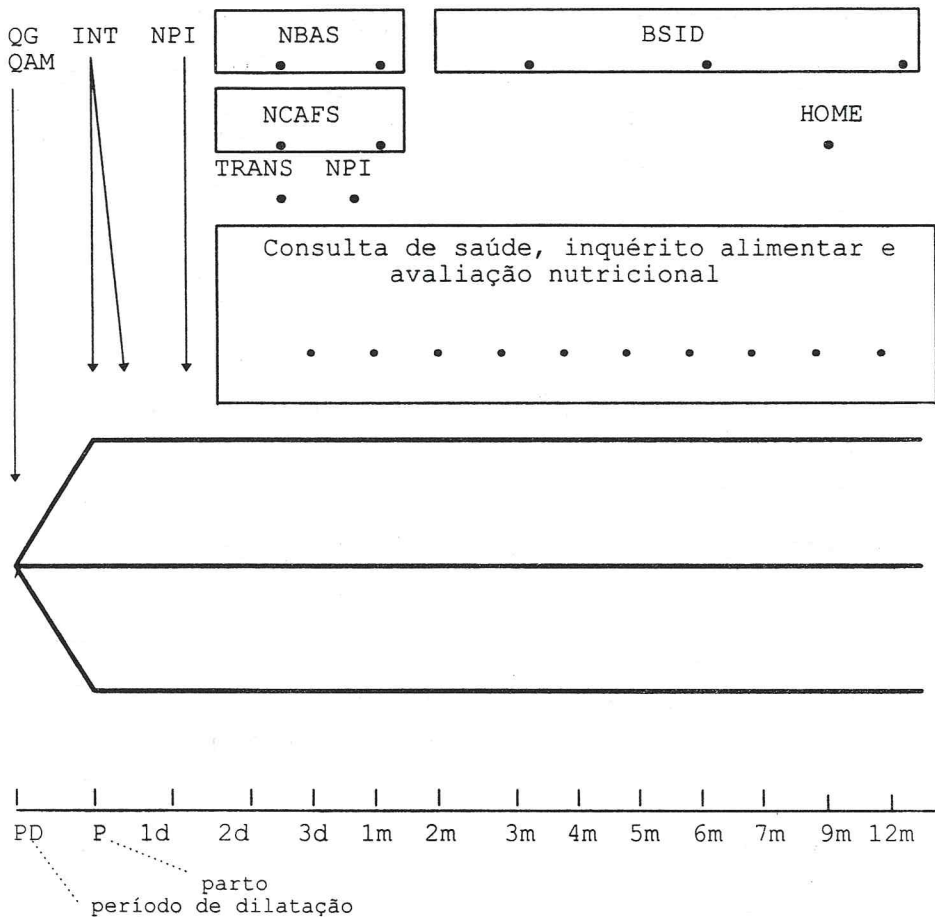


Figura 1

Desenho do estudo

- QG - Questionário geral.
- QAM - Questionário sobre atitudes maternas
- INT - Intervenção.
- NPI - Neonatal Perception Inventory.
- NBAS - Neonatal Behavior Assessment Scale.
- NCAFS - Nursing Child Assessment Feeding Scale.
- TRANS - Transferência de leite no 3º dia de vida.
- BSID - Bayley Scales of Infant Development.
- HOME - Home Observation for Measurement of the Environment.

(NBAS) - no 3º e 30º dias de vida do bebé (65,66)(Anexo XI a XIII).

.Avaliação nutricional - Peso, estatura, perímetro cefálico, prega tricipital e circunferência do braço e índices de Kanawati e McLaren (329,557) e de McLaren e Read (461) no 3º e no 30º dia de vida do bebé e em cada uma das consultas até ao fim do primeiro ano de vida do bebé (81,263,265,318,458, 631,711).

.Inquérito alimentar - Número e tipo de refeições diárias em cada uma das consultas efectuadas até aos 12 meses de vida.

.Desenvolvimento psicomotor - Bayley Scales of Infant Development (BSID) - no fim do 3º, 6º e 12º mês de vida do bebé (43) (Anexo XIV e XV).

A metodologia aplicada para a observação do ambiente em casa do bebé, constou de uma entrevista efectuada em casa do bebé, com o Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) aos 9 meses de vida do bebé (87) (Anexo XVI).

c) A metodologia aplicada às díades, constou do seguinte:

.Transferência de leite ao 3º dia de vida do bebé (TRANS)

.Avaliação da duração do AM exclusivo e não-exclusivo - nas consultas que tiveram lugar depois do desmame parcial e completo.

.Interacção mãe-bebé durante a mamada - Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS) - ao 3º e 30º dias de vida do bebé (34,623) (Anexo XVII).

5.2. Selecção da amostra

A selecção da amostra iniciou-se à entrada das gestantes na Maternidade do Hospital de Santa Maria.

A amostra foi seleccionada tendo em conta os critérios de inclusão das mães, do trabalho de parto, do parto, pós-parto e ainda os dos recém-nascidos.

5.3. Critérios de inclusão

Foram estudadas 60 díades mãe-bebé, que preencheram os critérios de inclusão das mães, bebés, trabalho de parto, parto e pós-parto.

a) Os critérios de inclusão das mães, foram os seguintes:

.Intenção de amamentar.

.Grávidas primíparas de raça branca e nacionalidade portuguesa.

- .Idades das mães entre 19 e 35 anos.
- .Coabitação com o pai da criança há pelo menos 1 ano.
- .Estrato social - graus III e IV da Classificação Social Internacional de Graffard, integrando as classificações cuja soma de pontos vai de 14 a 21 (Anexo IV).
- .Grávidas sem doenças crónicas e sem tratamento neuropsiquiátrico anterior.
- .Gestação vigiada medicamente e sem complicações (diabetes, hipertensão, anemia, hemorragias, desproporção feto-pélvica, e ingestão de medicamentos, excepto vitaminas, ferro, cálcio ou fluor).
- .Gestação entre 38 e 42 semanas (consulta do processo e critério de Parkin (514), fazendo-se a média).

b) Os critérios do trabalho de parto e do parto foram os seguintes :

- .Duração total do trabalho de parto não superior a 24 horas, podendo ser induzido por prostaglandinas e/ou ocitócicos; 2º período não superior a 3 horas.
- .Sem anestesia; analgesia até à meia dilatação.
- .Apresentação cefálica, nascimento único e parto por via vaginal, admitindo-se forceps baixo.

c) Os critérios de inclusão do recém-nascido foram os seguintes:

- .Recém-nascido saudável, com índice de Apgar ao 1º minuto igual ou superior a 8, e aos 5 minutos de 10.
- .Percentil de peso entre 10 e 90 (curvas de Lubchenco).

d) Os critérios de inclusão do pós-parto imediato, foram os seguintes:

.Todos os pares mãe-bebé tiveram contacto precoce (bebés nus tapados com um lençol, colocados sobre o peito da mãe durante 30 minutos, logo após o corte do cordão umbilical e aspiração de secreções).

Após o contacto precoce entre mãe e bebé com a duração de 30 minutos, os bebés foram levados para outra sala onde recebiam os cuidados necessários (administração de vitamina K, terramicina oftálmica, pesagem, limpeza e vestir).

Todos os bebés foram para o berçário até às 3 horas de vida, passando então para o quarto da mãe.

Alojamento conjunto de mães e bebés ao fim de 3 horas.

Os pares mães-filhos foram divididos em três grupos de 20 pares cada,

ou seja um grupo experimental I, um grupo experimental II e um grupo controlo.

5.4. Intervenção

As intervenções I e II, foram efectuadas num modelo de enriquecimento do ambiente.

A intervenção I foi efectuada no sentido de avaliar a influência da precocidade da primeira mamada, no sucesso do AM.

A intervenção II, foi efectuada para avaliar a influência de duas variáveis independentes no sucesso do AM; a primeira variável consistiu na precocidade da primeira mamada e a segunda no conhecimento materno acerca da importância do estágio de alerta calmo do bebé antes de mamar.

O grupo experimental I, foi sujeito à intervenção I e o grupo experimental II, à intervenção II, tendo o grupo controlo seguido a rotina da enfermaria.

1 – Grupo experimental I (N=20)

À uma hora de vida o bebé foi posto ao peito da mãe, com estas palavras “Parece que o seu bebé quer mamar em si”.

2 – Grupo experimental II (N=20)

À uma hora de vida o bebé foi posto ao peito da mãe, com estas palavras “Parece que o seu bebé quer mamar em si”.

Entre as 6 e as 12 horas de vida do bebé, o mesmo investigador voltou a falar com a mãe, dizendo-lhe que o bebé mamará melhor estando no estágio de alerta calmo, com estas palavras “Para o seu bebé mamar melhor, é importante que ele, antes de começar a mamada esteja bem acordado, de olhos bem abertos, mesmo que durante a mamada, adormeça ou pareça adormecer”.

3 – Grupo controlo (N=20)

Segundo a rotina da enfermaria, o bebé foi posto ao peito da mãe, a partir das 3 horas de vida.

No primeiro dia de vida do bebé, todas as mães e bebés foram visitadas pelo mesmo investigador a fim de saber notícias do bebé e controlar a hora em que o bebé tinha mamado pela primeira vez, nos bebés do grupo controlo.

5.5. Observação das mães

A observação das mães foi efectuada através de entrevistas a fim de averiguar as características sócio-demográficas, as atitudes maternas durante a gestação, as atitudes face à amamentação, as expectativas maternas face ao bebé, duração do AM exclusivo e não-exclusivo e as causas de desmame.

Os questionários foram treinados em reuniões entre o investigador responsável e os outros investigadores.

As entrevistas foram efectuadas em várias fases da investigação; a primeira entrevista foi efectuada antes do parto, e constou de três questionários, um sobre a identificação e as características sócio-demográficas da família que permitiu a selecção inicial da amostra, o segundo sobre as atitudes maternas durante a gestação e o terceiro sobre as atitudes maternas face à amamentação (Anexos V a VII).

A segunda entrevista foi efectuada no segundo dia de vida do bebé e constou de um questionário sobre as expectativas maternas face ao bebé (Anexo VIII).

A terceira entrevista foi efectuada aos 30 dias de vida do bebé, constando de um questionário sobre as expectativas maternas face ao bebé e sobre o grau de preocupação materna face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida (Anexo VIII).

A quarta entrevista foi efectuada na consulta que teve lugar após a ocorrência do desmame parcial, a fim de determinar a duração do AM exclusivo e averiguar as causas de desmame parcial (Anexo IX).

A quinta entrevista foi efectuada na consulta que teve lugar após a ocorrência do desmame completo, a fim de determinar a duração do AM não-exclusivo e averiguar as causas de desmame completo (Anexo X).

5.5.1. Características sócio-demográficas

As características sócio-demográficas consideradas, foram a idade, a classe sócio-económico cultural e o tipo de trabalho materno e ainda o grau de escolaridade materna e paterna.

Todas as características acima mencionadas foram observadas através do questionário efectuada à gestante durante o período de dilatação, sendo algumas delas critérios de inclusão das mães (Anexo V).

5.5.2. Atitudes durante a gestação

Elaborou-se um questionário geral, baseado em estudos efectuados no nosso país e no estrangeiro, para ser utilizado antes do parto (221).

O questionário, semi-estruturado, teve como objectivos obter informações quanto às vivências da mãe durante a gravidez, atitudes relativas à gestação e ao bebé e ainda quanto à decisão de amamentar, duração prevista da amamentação e ainda sobre a eventualidade de experiência prévia em AM.

Aquele questionário conteve vinte e uma perguntas relativas à gestação e preparação da mãe para o parto e pós-parto e sobre a amamentação (Anexo VI).

O pré-teste do questionário geral, foi efectuado em trabalhos de campo efectuados por alunos do Curso de Medicina, da Cadeira de Pediatria I.

O questionário foi aplicado durante a permanência da mãe na maternidade, durante o período de dilatação e teve a duração média de 15 minutos.

5.5.3. Atitudes maternas face à amamentação

Baseada na Teoria da Acção Reflectida de Fishbein e Ajzen, no questionário enviado por Anthony Manstead, tendo em conta os resultados de investigações portuguesas e estrangeiras sobre a decisão de amamentar e de acordo com a experiência pessoal da autora do projecto, foi elaborado um questionário que teve como objectivo averiguar as atitudes maternas face à amamentação (188,449,450,652) (Anexo VII).

A elaboração do questionário contou com a ajuda de um psicólogo.

O questionário constou de sete partes.

A primeira parte pretendeu avaliar a opinião das mães quanto às vantagens do AM e do aleitamento artificial.

Conteve 16 perguntas classificadas segundo uma escala de Likert com uma pontuação de 7 a 1.

A pontuação de 7 correspondeu à resposta “Muito certo” e a pontuação de 1, à resposta “Muito errado” quando a pergunta era a favor de benefícios relacionados com o AM. Quando a pergunta se revelava a favor de benefícios do aleitamento artificial, a pontuação de 1 correspondeu à resposta “Muito certo” e a pontuação de 7 correspondeu à resposta “Muito errado”, tendo correspondido as restantes pontuações a respostas intermédias.

A segunda parte permitiu avaliar a importância atribuída pelas mães, à prática do regime alimentar escolhido para o seu bebé.

Conteve 16 perguntas, classificadas segundo uma escala de Likert ,ou seja , +3, +2, +1, 0, -1, -2 e -3.

A pontuação de +3 correspondeu à resposta de “Muito importante” e a pontuação de -3 correspondeu à resposta de “Nada importante”, tendo correspondido as restantes pontuações a respostas intermédias.

A terceira parte do questionário permitiu avaliar a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas, acerca da prática pela mãe, do aleitamento ao peito. Como pessoas significativas consideraram-se o pai do bebé, a avó materna do bebé, a melhor amiga da mãe e o seu médico assistente.

Esta parte conteve quatro perguntas relacionadas com o AM, classificadas também de acordo com uma escala de Likert,ou seja de 1 a 7. A pontuação de 7 correspondeu à resposta “O pai do bebé pensa que eu devo absolutamente amamentar o meu bebé” e a pontuação de 1 correspondeu à resposta “O pai do bebé pensa que eu não devo amamentar o meu bebé”, correspondendo as outras pontuações a respostas intermédias.

A quarta parte do questionário pretendeu avaliar a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas acerca de o seu bebé ser alimentado com leite artificial. Como pessoas significativas consideraram-se o pai do bebé,a avó materna, a melhor amiga da mãe e o médico assistente da mãe.

Esta parte do questionário também conteve quatro perguntas, classificadas também segundo uma escala de Likert, de 1 a 7.

A pontuação de 7 correspondeu à resposta “O pai do bebé pensa que eu devo absolutamente alimentar o meu bebé com leite artificial” e a pontuação de 1 correspondeu à resposta “O pai do bebé pensa que eu não devo alimentar o meu bebé com leite artificial”, correspondendo as outras pontuações a respostas intermédias.

A quinta parte pretendeu fazer a avaliação da sensibilidade materna quanto às opiniões das pessoas significativas consideradas. Conteve 4 perguntas classificadas de +3 a -3, segundo uma escala de Likert.

A pontuação de +3 correspondeu à resposta “Habitualmente, importo-me muito com a opinião de” para cada uma das pessoas significativas consideradas, ou seja, o pai do bebé, a avó materna, a melhor amiga da mãe e o médico assistente da mãe.

A pontuação de -3 correspondeu à resposta “Habitualmente não me importo com a opinião de” para cada uma das quatro pessoas significativas consideradas. As pontuações intermédias corresponderam a respostas intermédias.

A sexta parte foi constituída por uma só pergunta sobre a intenção de amamentar ou alimentar o bebé com outro leite e a classificação foi de +3 a -3, também de acordo com uma escala de Likert. A pontuação de +3 corres-

pondeu à resposta de “Tenciono amamentar o meu bebé” e a pontuação de -3 à resposta de “Tenciono alimentar o meu bebé com biberão”, correspondendo o zero à resposta “Não sei ainda como vou alimentar o meu bebé” e as outras pontuações para respostas intermédias.

A sétima parte também foi constituída por uma só pergunta que pretendeu avaliar a manutenção da decisão no caso de surgirem problemas. Esta parte, também foi classificada de +3 a -3, correspondendo a pontuação de +3 à resposta “Tenciono continuar a amamentar o meu bebé, mesmo se surgirem problemas” e a pontuação de -3 à resposta de “Desistirei de amamentar se surgirem problemas”, correspondendo as outras pontuações a respostas intermédias.

A atitude perante o comportamento foi encontrada, multiplicando a avaliação de cada consequência comportamental, pelo valor atribuído à opinião e somando os resultados.

A norma subjectiva encontrou-se, multiplicando as opiniões normativas, pela motivação para agir de acordo com as pessoas significativas em causa e somando os resultados; seguidamente, fez-se a subtração do valor encontrado para o método do aleitamento artificial, do valor encontrado para o AM.

A decisão de amamentar foi avaliada de duas maneiras; a primeira consistiu na resposta à pergunta contida na sexta parte do questionário, com a classificação de +3 a -3; a segunda consistiu na soma dos valores encontrados para a atitude perante o comportamento e para a norma subjectiva.

A manutenção da decisão correspondeu ao número expresso na sétima parte do questionário, classificada de +3 a -3.

O pré-teste do questionário das atitudes maternas face à amamentação foi efectuado em consultas de Saúde Infantil, no Instituto de Obras Sociais dos C.T.T e também em trabalhos de campo da Cadeira de Pediatria I.

Este questionário foi aplicado antes do parto, durante a permanência da mãe na enfermaria da maternidade; o questionário foi mostrado à mãe, pedindo-lhe que indicasse qual o valor que atribuía a cada frase. O questionário foi preenchido por um dos investigadores e a sua duração foi aproximadamente de vinte minutos.

Os resultados de cada questionário foram registados em impressos próprios, de acordo com as indicações de Fishbein e Ajzen (188) (Anexo VII).

5.5.4. Idade gestacional

A idade gestacional constituiu um dos critérios de selecção da amostra.

O cálculo da duração da gestação foi obtido a partir de dois dados; o pri-

meiro resultante da consulta do processo da mãe à entrada para a maternidade e o segundo, resultante da avaliação do recém-nascido pelo método proposto por Parkin (514). Utilizou-se a média dos valores obtidos.

5.5.5.Expectativas maternas face ao bebé

As expectativas maternas foram avaliadas através do “Neonatal Perception Inventory” (NPI) criado por Broussard (76) (Anexo VIII).

O NPI consiste em dois questionários que permitem fazer uma comparação entre as expectativas da mãe quanto ao seu bebé e aos bebés em geral (76).

O 1º questionário contém duas partes e o 2º contém três partes, sendo as duas primeiras, idênticas às do 1º questionário.

A primeira parte de cada um dos questionários, pretende avaliar as opiniões da mãe em relação ao comportamento do bebé médio (Average Baby Perception Inventory) e a segunda, pretende saber quais as expectativas da mãe em relação ao comportamento do seu próprio bebé (Your Baby Perception Inventory). Os aspectos focados são o choro, a alimentação, problemas de regurgitação ou vômito, o sono, dificuldades em adormecer, cólicas e obstipação e dificuldade de adaptação a horários de sono e alimentação.

A terceira parte do segundo questionário, contém ainda seis perguntas sobre o grau de preocupação das mães sobre os itens de comportamento mencionados nas perguntas anteriores, havendo ainda a possibilidade de a mãe exprimir a sua preocupação sobre comportamentos não mencionados (Degree of Bother Inventory).

Os questionários são preenchidos pela própria mãe, que deve marcar com um X os espaços que correspondem às suas respostas.

A classificação do “Average Baby Perception Inventory” e do “Your Baby Perception Inventory” vai de 1 a 5 para cada item considerado, começando com a atribuição do “1” para a resposta “nada” ou “nenhum” até “5” para “muito”. Seguidamente somam-se os valores obtidos afim de encontrar os resultados do “Average Baby Perception Inventory” e o “Your Baby Perception Inventory” ; subtraindo-se o resultado do “Your Baby Perception Inventory” do “Average Baby Perception Inventory”, obtêm-se o resultado do NPI.

Um resultado positivo significa uma expectativa materna favorável do seu próprio bebé, e um resultado negativo traduz uma expectativa materna desfavorável do seu próprio bebé.

A classificação do “Degree of Bother Inventory” vai de 1 a 4, atribuindo-se o “4” à resposta “muito” e o “1” à resposta “nada”.

A soma dos valores obtidos corresponde ao grau de preocupação materna sobre os comportamentos do seu bebé.

Resultados mais elevados correspondem assim a um maior grau de preocupação materna.

O pré-teste do questionário sobre as expectativas maternas sobre o seu bebé foi efectuado em consultas de Saúde Infantil, no Instituto de Obras Sociais dos C.T.T. e em trabalhos de campo no âmbito da Cadeira de Pediatria I.

Condições de aplicação do NPI

O 1º questionário foi efectuado no segundo dia de vida e o 2º questionário, no 30º dia de vida do bebé.

O procedimento no 2º e 30º dia, foi semelhante em relação ao preenchimento do NPI pela mãe, no que se refere às expectativas maternas sobre o bebé médio; contudo, relativamente às expectativas maternas sobre o seu próprio bebé, as instruções dadas à mãe variaram ligeiramente, tendo em conta o factor tempo.

Expectativas maternas sobre o bebé médio, avaliadas ao 2º e 30º dia de vida.

Deu-se à mãe o questionário com as seguintes palavras: “Apesar de este ser o seu primeiro bebé, já tem com certeza alguma ideia como se comporta a maioria dos bebés. Gostaria que me desse agora a sua opinião sobre o comportamento dos bebés em geral.”

Após o preenchimento da primeira parte do questionário pela mãe, deu-se-lhe a segunda parte do questionário, sobre as expectativas maternas face ao seu próprio bebé.

A metodologia do NPI sobre as expectativas maternas face ao seu bebé, aplicado no segundo dia de vida e ao mês foi ligeiramente diferente, de acordo com as sugestões de Broussard (76).

Expectativas maternas sobre o seu bebé, avaliadas ao segundo dia de vida.

Ao segundo dia de vida foi dito à mãe: “Há já cerca de um dia que tem felizmente, a possibilidade de viver com o seu bebé. Gostaria que me dissesse agora como vai ser o seu bebé”.

Expectativas maternas sobre o bebé médio, avaliadas ao 30º dia de vida. Grau de preocupação materna quanto ao comportamento do seu bebé durante o primeiro mês de vida.

Ao 30º dia de vida deram-se à mãe as seguintes instruções: “Há já cerca de um mês que tem, felizmente, a possibilidade de viver com o seu bebé. Gostaria que me dissesse agora como tem sido o seu bebé”.

Depois da mãe ter preenchido o questionário relacionado com o seu próprio bebé, deu-se-lhe outro questionário relacionado com a preocupação

materna sobre o comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida, o "Degree of Bother Inventory", com as seguintes instruções: "Vai encontrar, em baixo, uma lista de coisas que às vezes trazem preocupações às mães ao cuidarem dos seus bebés. Gostaríamos de saber se tem tido problemas com algumas dessas coisas".

Os resultados de cada avaliação foram registados em impressos uniformizados, de acordo com as indicações de Broussard (76) (Anexo VIII).

5.5.6. Causas de desmame

Foi definido desmame parcial, quando o regime alimentar do bebé passou a conter qualquer outro tipo de alimento, para além do leite materno.

Foi definido desmame total ou completo, quando o regime alimentar do bebé deixou de conter leite materno.

A avaliação das causas de desmame parcial e total foi efectuada a partir de um questionário semi-estruturado, baseado nas causas de desmame parcial e total, habitualmente invocadas pelas mães em estudos portugueses e estrangeiros e contou com a ajuda de um sociólogo, e um psicólogo.

O questionário constou de duas partes; a primeira parte consistiu em catorze perguntas estruturadas e duas não estruturadas sobre a razão ou razões que conduziram ao desmame parcial ou total (Anexo IX e X).

A classificação de cada pergunta foi efectuada segundo uma escala de Likert, de 1 a 7 segundo o grau de importância atribuído pela mãe ao motivo invocado.

O pré-teste do questionário sobre causas do desmame parcial ou completo foi efectuada em consultas de Saúde Infantil do Instituto de Obras Sociais dos C.T.T..

A avaliação das causas de desmame parcial e do desmame total ou completo, foi efectuada nas consultas seguintes ao tipo de desmame em causa.

A segunda parte do questionário, só foi preenchida pelas mães que invocaram mais de um motivo como causa de desmame e consistiu em ordenar os motivos invocados por ordem decrescente de importância.

5.6. Observação dos bebés

A observação dos bebés incidiu no peso à nascença, Índice de Apgar e sexo, no estado neuro-comportamental, no estado nutricional e no desenvolvimento.

5.6.1. Peso à nascença, índice de Apgar e sexo

O peso do bebé à nascença foi observado através da pesagem do bebé na sala de partos da maternidade, logo após o contacto entre mãe e bebé e anotado em impresso próprio.

O índice de Apgar foi observado ao primeiro e ao quinto minuto de vida e anotado em impresso próprio (18).

O sexo do bebé foi observado à nascença e anotado em impresso próprio.

5.6.2. Estado neuro-comportamental

O estado neuro-comportamental dos bebés foi observado com a NBAS (65,66).

Descrição da NBAS

A NBAS está dividida em três partes complementares para a avaliação neuro-comportamental do recém-nascido.

A primeira parte é constituída por vinte itens-reflexos que pretende essencialmente avaliar o recém-nascido neurológicamente (Anexo XI).

A classificação de cada reflexo vai de 0 a 3, segundo critérios descritos por Prechtl e Beintema (536).

As classificações de 0, 1 ou 3 são anormais para todos os reflexos, a não ser para o “clono do tornozelo”, “nistagmo”, ou “reflexo tónico do pescoço” onde 0, 1 e 2 são normais e o “3” é anormal.

Quando são encontrados três resultados anormais, Prechtl e Beintema (536) sugerem que seja efectuada uma avaliação neurológica mais detalhada.

A pesquisa destes reflexos serve também para solicitar outras respostas comportamentais, cuja observação faz parte da NBAS, como o controlo dos estádios pelo recém-nascido e a sua capacidade de adaptação aos estímulos desagradáveis necessários para a pesquisa dos reflexos.

A segunda parte da NBAS consiste em descrever a atractividade do bebé, as variáveis interferentes e a necessidade de estimulação do bebé a fim de desencadear as respostas desejadas, contendo ainda um item sobre as actividades que o bebé utiliza para se acalmar (Anexo XI).

Os primeiros três itens são pontuados de 0 a 3.

A terceira parte da NBAS é a mais importante, pois permite avaliar a capacidade interactiva do recém-nascido, a sua capacidade de adaptação e controlo do stress e dos estádios e a sua maturação motora; este relatório

comportamental do recém-nascido é avaliado através de 27 itens comportamentais (65).

A classificação de cada item vai de 0 a 9 e existem itens para os quais a melhor pontuação é a de 9, enquanto que para outros o ideal é representado por uma classificação média (65)(Anexo XII).

Recentemente Lester e col. (66), desenvolveram uma metodologia de classificação da NBAS em sete dimensões, empírica e conceptualmente baseada.

As sete dimensões representam constructos do comportamento neonatal. A 1ª Dimensão ou “Habituação” representa a competência de resposta e a sua inibição na apresentação de estímulos discretos durante o sono. A 2ª Dimensão ou “Orientação” representa a competência do recém-nascido na sua resposta aos estímulos visuais e auditivos e a qualidade dos estádios de alerta. A 3ª Dimensão ou “Dimensão Motora” é representada pela competência motora do bebé e a qualidade dos movimentos e do tonus do bebé.

Existem duas dimensões dos estádios. A 4ª Dimensão ou “Alerta” representa a medida do nível de alerta. A 5ª Dimensão ou “Regulação dos estádios” representa a capacidade de resposta do bebé, quando no estádio de alerta, podendo consistir num mecanismo endógeno para reduzir o estádio de alerta ou na competência das suas resposta aos estímulos do ambiente, mediados pelo examinador. A 6ª Dimensão ou “Dimensão Autonómica” representa o stress relacionado com os ajustamentos homeostáticos do S.N.C..

A 7ª Dimensão ou dimensão dos reflexos é a simples contagem do número total de classificações anormais dos reflexos.

Na segunda edição da NBAS, foi desenvolvida uma metodologia de classificação diferente, em que os itens são reclassificados de tal maneira que a classificações altas, correspondem melhores desempenhos (66) (Anexo XIII).

Os dois conceitos mais importantes em termos de aplicação desta escala são a obtenção do melhor desempenho da criança e a flexibilidade do observador, conceitos estes que estão interligados.

Uma grande experiência clínica na observação e manipulação de bebés é um pré-requisito indispensável e precioso, para se iniciar o treino na NBAS e obter a fiabilidade na sua aplicação (66).

Existem duas fases no treino desta escala, sendo a primeira, uma fase de treino individual e a segunda, uma fase tendente à obtenção da fiabilidade com um observador já treinado.

Esta fase inicial implicou a familiarização com os itens do teste, a metodologia da sua aplicação e cotação.

Um dos instrumentos de aprendizagem utilizados nesta fase foi o manual escrito por Brazelton (65) sobre a escala.

O investigador responsável observou e filmou a observação de dois recém-nascidos, efectuada pelo seu orientador científico, tendo utilizado esse filme para se familiarizar com a aplicação da NBAS.

Seguidamente o investigador responsável aplicou a NBAS em mais de 25 recém-nascidos, afim de praticar a aplicação da NBAS e a sua co-tação.

Fase de obtenção da fiabilidade ou segunda fase

Nesta fase, o investigador responsável observou e classificou dois recém-nascidos, segundo as normas da NBAS, tendo obtido a fiabilidade de 95% com o seu orientador científico.

Para a obtenção dos resultados, foram tidos em conta os seguintes critérios:

1. Classificação de cada item, de acordo com o Manual e reclassificados de acordo com a 2ª edição da NBAS (65,66)
2. Classificação de cada reflexo, segundo Prechtl e Beintema (536)
3. Classificação dos dois itens do parágrafo descritivo- “Atractividade” e “Necessidade de estimulação”, segundo as indicações de Nugent (221).

(*)- A fiabilidade foi obtida segundo a fórmula $C:(C+D)$, em que C representa o número de concordâncias e D o número de discordâncias; foi considerado discordância mais do que um ponto de diferença na classificação dos itens (65,66,221)

Condições de aplicação da NBAS

A NBAS foi efectuada numa sala com intensidade luminosa moderada, protegida de interferências sonoras, com temperatura de aproximadamente 20° C e a meio tempo entre duas refeições, como é recomendado pelo Manual (65,66).

A NBAS foi aplicada, no 3º e no 30º dia de vida das crianças, na presença da mãe e por vezes do pai ou avós.

O estado neuro-comportamental ao 3º dia vida do bebé, foi efectuada com a seguinte metodologia: de acordo com combinação prévia feita com a mãe do bebé, o investigador responsável deslocou-se ao Serviço de Obstetrícia a fim de ir buscar o bebé e a mãe, para a sala de consultas.

No 30º dia de vida do bebé, a NBAS foi aplicada da seguinte maneira: a mãe deslocou-se à sala de consulta, no dia e hora marcados e a metodologia aplicada foi semelhante à do 3º dia de vida.

Os resultados de cada avaliação foram registados em impressos uniformizados, de acordo com as indicações do Manual (65) (Anexo XII).

A NBAS aplicada nos dois tempos, correspondeu à primeira versão, mas a cotação do método foi efectuada segundo as recomendações da segunda versão (66) (Anexo XIII).

5.6.3. Estado nutricional

A avaliação do estado nutricional dos bebés foi feita em cada uma das consultas ou seja no 3º e no 30º dia de vida e aos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 12 meses de vida.

As medidas antropométricas utilizadas foram o peso, a estatura, o perímetro cefálico, a prega tricípital e o perímetro braquial.

O peso foi obtido por pesagem da criança despida em balança electrónica, a Mettler TE 15/B, com um erro máximo de 5 gramas e inscrito numa tabela de percentis (263).

A estatura foi obtida por medição da criança deitada em decúbito dorsal, por intermédio de uma craveira, com a aproximação ao milímetro mais próximo e inscrito numa tabela de percentis (263).

O perímetro cefálico foi obtido através de medição com uma fita métrica flexível mas não elástica, aplicada à volta do frontal, logo por cima da arca da orbitária mantendo a fita ao mesmo nível de cada lado do crânio, fazendo-a passar sobre a protuberância occipital externa, com a aproximação de um milímetro e inscrito numa tabela de percentis (263).

A medição da prega cutânea foi obtida mediante avaliação da prega tricípital do braço esquerdo, segundo a metodologia descrita por Zerfos e Jelliffe (318,711), com um compasso de espessura, o “ fat-caliper” da Therapeutic Instruments, registando-se como definitivo a média de três medições e tomando como padrões de referência os de Hammond e col. (265,631).

A medição do perímetro braquial foi efectuada no braço esquerdo com uma fita métrica flexível mas não elástica, segundo a técnica de Jelliffe (318), tomando como padrões os de Wolansky (81,458).

Obtiveram-se os índices peso/estatura/idade de Mac-Laren e Read (461) e os índices de perímetro braquial/perímetro cefálico de Kanawati e McLaren (329,557).

Segundo a classificação de McLaren e Read (461), foi utilizada a relação peso/estatura/idade, bem como o défice percentual da estatura real em relação à estatura ideal para a idade.

A partir do índice de Mac-Laren e Read (461), todas as crianças foram avaliadas em termos nutricionais como “adequada” ou como malnutrida, correspondendo o número 4 à avaliação nutricional de “adequada”, os números 1, 2 e 3 respectivamente a malnutrição grave, média ou leve, e os números 5 e 6 respectivamente a sobrepeso e obesidade.

5.6.4. Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento dos bebês foi observado através da aplicação das Bayley Scales of Infant Development (BSID) (43).

As Bayley Scales of Infant Development (BSID) foram concebidas para fornecerem uma base tripartida para a avaliação do desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos e meio de vida. São constituídas por três partes complementares e cada uma dessas partes dá uma contribuição diferente para a avaliação clínica, a Mental Scale, a Motor Scale e o Infant Behavior Record (43).

A Mental Scale permite avaliar as competências sensório-perceptuais, as discriminações e a maneira como a criança reage; a aquisição da “permanência do objecto” e a memória, a aprendizagem e a resolução de problemas; as vocalizações e a comunicação verbal; permite ainda avaliar a capacidade para formar generalizações e classificações, bases do pensamento abstracto.

Os itens na aplicação destas escalas estão apresentados por ordem crescente de dificuldade o que torna mais fácil a anotação do nível basal “basal level” que corresponde ao item que precede a falha mais precoce, e do topo “ceiling”, que é o item que representa o sucesso mais difícil.

As respostas possíveis que podem ser obtidas na aplicação deste teste são: o sucesso, a falha, a omissão e a recusa; pode ainda ser utilizada a informação materna de que a criança é capaz de ter sucesso naquele preciso item, embora tenha recusado a cooperação necessária à sua concretização.

Os resultados obtidos na aplicação do Mental Scale são expressos no Mental Development Index (MDI), comparando a pontuação obtida com a idade da criança.

A pontuação obtida neste teste consiste na soma de todos os itens aplicados em que a criança teve sucesso.

A Motor Scale foi concebida para permitir a avaliação do grau de controlo do corpo, a coordenação muscular e a motricidade fina.

Os itens na aplicação destas escalas estão apresentados por ordem crescente de dificuldade o que torna mais fácil a anotação do nível basal “basal level” que corresponde ao item que precede a falha mais precoce, e do topo “ceiling”, que é o item que representa o sucesso mais difícil.

As respostas possíveis que podem ser obtidas na aplicação deste teste são o sucesso, a falha, a omissão e a recusa; também pode ser utilizada a informação materna de que a criança é capaz de ter sucesso naquele preciso item, embora tenha recusado a cooperação necessária à sua concretização.

A pontuação obtida neste teste consiste na soma de todos os itens aplicados em que a criança teve sucesso.

Os resultados obtidos na aplicação do Motor Scale são expressos no Psychomotor Development Index (PDI), comparando a pontuação obtida com a idade da criança.

O treino nas BSID começou pelo estudo cuidadoso do Manual for the Bayley Scales of Infant Development, elaborado por Nancy Bayley (43) em 1969.

Numa segunda fase, a autora do projecto assistiu à demonstração efectuada por um psicólogo, que aplicou as BSID a crianças de diferentes idades; seguidamente aplicou as BSID a três crianças, na presença do mesmo psicólogo, que criticou a metodologia e discutiu os problemas, erros e sucessos obtidos.

Na fase seguinte, a autora do projecto treinou a aplicação do método em duas crianças para cada mês até aos 12 meses de idade; nas crianças dos 15 aos 30 meses de vida, também se treinou a aplicação do método a duas crianças para cada grupo de três meses de intervalo.

Condições da aplicação

A aplicação da Mental Scale e da Motor Scale, foi efectuada de acordo como descrito no manual escrito por Nancy Bayley (43), dando especial atenção à tolerância e ao ritmo da criança.

As BSID foram aplicadas a todas as crianças aos 3, 6 e 12 meses de idade, no início das respectivas consultas.

Durante a avaliação da Mental Scale e da Motor Scale, os resultados eram registados em impressos uniformizados de acordo com as indicações do Manual (43) (Anexo XIV e XV).

Determinou-se o nível basal “basal level” correspondendo ao item que precedeu a falha mais precoce, e o topo “ceiling” que foi o item representando o sucesso mais difícil.

O MDI e o PDI foram determinados comparando os resultados obtidos pelas crianças com as suas idades respectivas.

5.7. Observação do ambiente em casa

A observação do ambiente em casa do bebé, foi feita com o Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) (Anexo XVI) (87).

O HOME foi concebido com o objectivo de reunir certos aspectos qualitativos e quantitativos do suporte social, emocional e cognitivo disponível para a criança, desde a nascença até aos 3 anos de idade, no seu meio ambiente (87).

A selecção dos itens teve em conta a evidência empírica da importância de certos tipos de experiência no enriquecimento do desenvolvimento da

criança. Salienta-se a importância da oportunidade de estabelecimento de uma ligação forte entre a criança e a mãe ou o substituto materno, um clima emocional caracterizado por experiências positivas e minimização de restrições ou castigos; salienta-se ainda um ambiente físico estimulante, liberdade de explorar e dominar o ambiente, uma organização das diferentes tarefas diárias e a oportunidade de assimilar e interpretar experiências num contexto cultural consistente (87).

A actual versão do Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) desenvolvido por Bettye Caldwell e col. (87) tem 45 itens, subdivididos em 6 grupos, e permite, através de uma entrevista feita ao principal prestador de cuidados à criança, para além de dados obtidos por observação directa, avaliar a qualidade e a quantidade do suporte cognitivo, social e emocional que está disponível para a criança no seu meio ambiente.

O 1º grupo é constituído por 11 itens e permite avaliar o clima emocional criado pela mãe através do seu comportamento verbal de resposta, seja ao comportamento ou às qualidades do seu filho.

O 2º grupo é constituído por 8 itens e permite avaliar a existência ou não de comportamentos maternos punitivos ou de restrição.

O 3º grupo é constituído por 6 itens que permitem avaliar a organização do ambiente por parte da mãe.

O 4º grupo é constituído por 9 itens permitindo fazer a avaliação da provisão de brinquedos apropriados pela mãe à criança.

O 5º grupo tem 6 itens e permite avaliar o envolvimento maternal com a criança, descrevendo as maneiras como a mãe encoraja e desafia o seu filho a desenvolver novas competências.

Finalmente, o 6º grupo é constituído por 5 itens e permite fazer a avaliação da variedade de oportunidades que são dadas à criança diariamente; este grupo avalia o envolvimento do pai nos cuidados diários a prestar à criança e o papel da restante família na vida da criança.

A administração do HOME requer uma visita a casa da criança com a duração de aproximadamente uma hora. A maior parte dos itens são obtidos através da entrevista feita à mãe, baseando-se cerca de um terço dos itens, na observação da criança no seu habitat natural em interacção com o seu principal prestador de cuidados.

A classificação é binária, ou seja as respostas são positivas ou negativas.

O HOME implica uma aprendizagem teórica e prática e um treino intenso nas fases que precedem a obtenção da fiabilidade exigida para a aplicação desta entrevista. Numa primeira fase, a autora do projecto estudou o Manual que descreve a entrevista e a metodologia recomendada na marcação e condução da entrevista e registo dos dados obtidos (87).

Numa segunda fase, na Universidade de Washington em Seattle, durante a frequência do curso NCAST, a autora do projecto e o seu orientador científico treinaram a observação de filmes obtidos em visitas domiciliárias efectuadas por Kathryn Barnard e seus colaboradores, onde eram efectuadas entrevistas a mães de crianças com idades compreendidas entre o período de recém-nascido e os três anos de idade.

Após a observação dos filmes, cada observador fez o registo de cada uma das situações observadas e seguidamente comparou o resultado obtido com a classificação oficial do filme. Ainda em Seattle, a autora e o seu orientador científico obtiveram uma concordância de 87% entre os seus resultados e os resultados da equipa que ministrava o curso e ainda uma concordância de 96% entre si.

Em Lisboa, em entrevistas efectuadas em casa de 12 crianças, a autora do projecto e o seu orientador científico obtiveram uma fiabilidade de 98%.

A fiabilidade foi obtida segundo a metodologia definida no HOME a partir da fórmula $\text{Total de itens (45) - (menos) Total de discordâncias : (a dividir) por Total de itens (45)}$ (87).

Através de filmes obtidos nas entrevistas anteriores, fez-se a respectiva classificação em termos de HOME (87).

Seguidamente, procedeu-se ao treino dos dois investigadores escolhidos para aplicar o HOME.

Utilizaram-se os filmes efectuados em Portugal, no treino dos investigadores e após a obtenção de uma fiabilidade de pelo menos 95% entre o investigador responsável e cada um dos investigadores envolvidos no processo, passou-se à fase seguinte; nesta fase os dois investigadores efectuaram 10 visitas domiciliárias a crianças de idades entre o período de recém-nascido e os três anos. Os registos obtidos obtiveram uma fiabilidade de 96%, entre os dois investigadores.

Condições de aplicação

O HOME foi aplicado a todas as crianças aos 9 meses, em casa das crianças, após combinação com os pais, geralmente a mãe, marcando-se a entrevista de acordo com a sua conveniência; ao fazer a marcação da entrevista, o investigador salientou a importância da criança estar presente e “no seu melhor”.

Os dados foram obtidos durante e através da entrevista e ainda por observação directa, conforme os itens considerados.

Antes de iniciar o HOME, o investigador explicou à mãe que o objectivo da entrevista era o de aprender como a criança era na sua própria casa; assim, a mãe poderia descrever o que se passava num dia típico, por exemplo no dia anterior, desde o acordar da criança, contando o que a criança fazia

habitualmente durante o dia, os sítios onde iam habitualmente e as suas rotinas; o investigador disse também que gostaria de ver os brinquedos favoritos da criança.

Os resultados de cada entrevista foram registados em impressos uniformizados, de acordo com o Manual (87) (Anexo XVI).

5.8.Avaliação do sucesso no AM

A avaliação do sucesso do AM, constou de cinco itens.

- a) Duração do AM exclusivo.
- b) Duração do AM não-exclusivo.
- c) Transferência de leite ao 3º dia de vida.
- d) Interação mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida, utilizando a NCAFS.
- e) Interação mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida, utilizando a NCAFS.

5.8.1.Duração do aleitamento materno exclusivo

Definiu-se AM exclusivo como um regime alimentar do bebé contendo apenas leite materno, admitindo-se a ingestão de água (467,520).

Foi efectuado um inquérito alimentar em cada uma das consultas da criança, aos três dias de vida e no fim do 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 9º e 12º meses de vida a fim de avaliar o número e tipo de refeições que constituíam a sua dieta habitual.

A determinação da duração da amamentação exclusiva foi efectuada através desse inquérito alimentar e expresso em dias.

5.8.2.Duração do aleitamento materno não-exclusivo

Definiu-se AM não-exclusivo, parcial ou misto, quando pelo menos uma das refeições diárias era constituída por leite materno (467).

Foi efectuado um inquérito alimentar em cada uma das consultas da criança, aos três dias de vida e no fim do 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 9º e 12º meses de vida a fim de avaliar o número e tipo de refeições que constituíam a sua dieta habitual.

A determinação da duração da amamentação não-exclusiva foi efectuada através desse inquérito alimentar e expresso em dias.

5.8.3. Transferência de leite ao 3º dia

No terceiro dia de vida, a criança foi pesada antes e depois da mamada numa balança electrónica, a Mettler TE 15/B, considerando-se que a quantidade de leite transferida da mãe para o bebé, correspondia à diferença entre os dois resultados obtidos.

5.8.4. Interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia

A observação da interacção mãe-bebé durante a mamada, foi efectuada através da Nursing Child Assessment Feeding Scales (NCAFS) ao 3º dia de vida (Anexo XVII).

A NCAFS foi concebida por Kathryn Barnard em 1978 e permite avaliar as contribuições e características, únicas numa situação alimentar, de crianças e pais, durante o primeiro ano de vida.

A NCAFS é constituída por uma grelha de observação contendo 76 comportamentos observáveis durante uma refeição, seja esta uma mamada, um biberão ou uma refeição dada à colher (34,623).

Estes 50 comportamentos do pai ou mãe e os 26 comportamentos da criança, encontram-se divididos em grupos, a fim de permitir a utilização dos conceitos de adaptação ou sincronia nesta observação. Os 76 itens que constituem esta grelha de observação foram seleccionados tendo por base a experiência e a investigação nesta área. A classificação é binária, ou seja positiva ou negativa.

A NCAFS é constituída por 4 grupos de comportamentos dos pais e 2 grupos de comportamentos da criança.

O 1º grupo de comportamentos dos pais, é constituído por 16 itens e permite avaliar a sensibilidade materna ou paterna aos indícios ou sinais dados pela criança.

O 2º grupo de comportamentos dos pais é constituído por 11 itens e permite avaliar a capacidade dos pais em aliviar o stress da criança.

O 3º grupo de comportamentos dos pais é constituído por 14 itens afim de avaliar a capacidade materna ou paterna em proporcionar um melhor desenvolvimento sócio-emocional.

O 4º grupo de comportamentos dos pais é constituído por 9 itens que permitem avaliar a capacidade dos pais em induzir um melhor desenvolvimento cognitivo da criança.

O 5º grupo de comportamentos é constituído por 15 itens que permitem avaliar a capacidade da criança em produzir indícios ou sinais.

O 6º grupo, também referente à criança, é constituído por 11 items, que permitem fazer a avaliação da responsividade da criança em relação aos pais.

A última versão do Feeding Manual (623), também classifica os comportamentos contingentes da mãe e do bebé.

A NCAFS implica uma aprendizagem teórica e prática muito exigentes, nas fases de preparação anteriores à obtenção da fiabilidade no emprego desta grelha de observação.

O instrumento de aprendizagem utilizado foi o manual escrito por Kathryn Barnard sobre a grelha de observação e sua aplicação.

Em 1988, a autora do projecto e o seu orientador científico, candidataram-se à frequência de um curso, orientado por Kathryn Barnard e seus colaboradores, a fim de treinarem este e outros métodos de observação e poderem obter a fiabilidade necessária à aplicação dos referidos métodos.

Tendo a candidatura sido aceite, deslocaram-se em Março de 1988 à Universidade de Washington em Seattle, onde o referido curso foi ministrado por Kathryn Barnard e colaboradores.

O curso teve a duração de uma semana de trabalho intensivo, alternando lições teóricas e trabalhos práticos, durante os quais foram projectados filmes de diferentes situações alimentares; seguidamente, cada pessoa fez a classificação da situação alimentar observada e comparava o seu resultado, com a classificação oficial do filme.

Ainda em Seattle, a autora do projecto e o seu orientador científico, obtiveram uma concordância de 85% ou mais, entre as suas classificações e ainda, entre as suas classificações e a classificação oficial.

Em Lisboa, treinaram a observação de diferentes situações alimentares, ou seja, a amamentação, a alimentação artificial e complementar, em visitas domiciliárias.

Deslocaram-se a casa de 12 crianças e suas famílias, a fim de aplicar esta e outras grelhas de observação e obtiveram uma fiabilidade entre observadores de 95%. A fiabilidade entre observadores foi calculada segundo as regras definidas por Kathryn Barnard (34); Total de items (76) - (menos) Total de discordâncias : (a dividir) por Total de items (76).

Condições de aplicação

Esta grelha de observação foi aplicada no 3º e 30º dias de vida do bebé.

No 3º dia de vida, a situação alimentar observada foi exclusivamente o AM.

De acordo com combinação prévia com a mãe do bebé, o investigador responsável deslocou-se ao Serviço de Obstetrícia a fim de ir buscar o bebé e a mãe, para a sala de consultas.

Foi dito a todas as mães que podiam começar a dar de mamar ao seu filho quando o bebé estivesse pronto para mamar, enfatizando a importância da refeição ser natural e de o investigador permanecer em silêncio; as mães deveriam informar o investigador quando a refeição estivesse terminada.

No fim da refeição, perguntou-se a todas as mães se a refeição em questão tinha sido uma refeição típica, se tinha alguma preocupação acerca da alimentação do bebé e ainda se o investigador tinha constituído um factor de incómodo.

5.8.5. Interacção mãe-bebé durante a mamada ao 30º dia

A observação da interacção mãe-bebé durante a situação alimentar, foi efectuada através da Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS) ao 30º dia de vida.

Enquanto que no 3º dia de vida, a situação alimentar observada foi exclusivamente o AM, no 30º dia de vida, as situações alimentares observadas foram AM ou aleitamento artificial de acordo com o regime alimentar da criança observada.

Todos os bebés que estavam a ser alimentados com aleitamento misto, foram observados numa situação alimentar de mamada, pelo que só uma minoria de crianças foram observadas durante uma refeição de biberão.

No 30º dia de vida do bebé, a mãe deslocou-se à sala de consulta, no dia e hora marcados e a metodologia aplicada foi semelhante à do 3º dia de vida.

Os resultados de cada avaliação foram registados em impressos uniformizados, de acordo com as indicações do último Manual (34,623) (Anexo XVII).

A NCAFS aplicada correspondeu à primeira versão, que difere da segunda, por não recomendar o controlo do estágio do bebé, antes da refeição (34).

A cotação do método foi feita segundo a última versão (623).

5.9. Determinantes do sucesso no aleitamento materno

Para cada um dos itens de sucesso do AM considerados, fez-se a avaliação das variáveis independentes, determinantes de sucesso.

5.10. Elaboração e execução

A elaboração do projecto demorou dois anos e incluiu uma viagem a Seattle nos Estados Unidos da América, onde a autora do projecto e o seu

orientador científico frequentaram o curso ministrado por Kathryn Barnard e seus colaboradores.

O curso incluiu a aprendizagem teórica e prática de diferentes métodos de avaliação comportamental das crianças e constitui o Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST); este curso subdividiu-se em vários métodos de avaliação infantil, consoante a área focada. Assim, a Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS) está vocacionada para a avaliação da interacção mãe-bebé durante a refeição, o Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS) permite avaliar a interacção mãe-bebé durante o jogo, o Nursing Child Assessment Sleep/Activity Record (NCASA) permite avaliar os ritmos biológicos da criança e o Home Observation of Measurement of the Environment (HOME), o ambiente animado e inanimado em casa.

Após a obtenção de fiabilidade nos outros instrumentos que constituem o “NCAST”, a autora do projecto e o seu orientador científico obtiveram o grau de “Instructor em NCAST”.

Seguidamente, foi necessário treinar o resto da equipa, nalguns dos métodos propostos.

O estudo foi executado entre Maio de 1990 e Outubro de 1994.

A sua execução pressupôs a total disponibilidade da autora do projecto durante a sua duração, incluindo todos os fins de semana e as férias de verão.

As consultas funcionaram todos os dias da semana e quando necessário, durante os fins de semana.

A autora do projecto aplicou todos os métodos acima descritos, com excepção da selecção da amostra, acompanhamento da mãe durante o trabalho de parto e parto, da intervenção e da observação do ambiente da casa do bebé.

5.1.1. Informatização e tratamento estatístico

A autora do projecto frequentou cursos de investigação e de estatística, a fim de se preparar para a elaboração de uma base de dados e seu tratamento estatístico.

Todos os questionários e testes foram analisados, a fim de serem operacionalizados.

Foi elaborada uma base de dados que pudesse conter todas as informações obtidas.

Um estatista e um programador ajudaram nesta fase do processo.

O tratamento estatístico foi feito entre Outubro de 1994 e Junho de 1995,

na Faculdade de Medicina de Lisboa, sendo da responsabilidade da autora do projecto e de dois estatistas.

Os programas estatísticos utilizados foram o Microstat e o Stata.

Os dados obtidos foram analisados nos grupos estudados através da análise de variância (ANOVA) e do teste de Kruskal-Wallis para as variáveis do tipo intervalado e através do teste do qui quadrado e do teste de Fisher para as variáveis categoriais.

A evolução do AM exclusivo e não-exclusivo através do tempo foi representada com as curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier.

A duração do AM exclusivo e não-exclusivo, a transferência de leite ao 3º dia de vida, a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dias de vida, foram estudadas enquanto variáveis dependentes, após prévio controlo das variáveis de confundimento, de maneira a avaliar a importância real de cada uma delas.

Foram efectuadas regressões múltiplas, a fim de avaliar a correlação de cada uma das variáveis dependentes, com as variáveis independentes consideradas. Estas regressões foram ajustadas pelos grupos de estudo.

Foram efectuadas regressões múltiplas retrógradas passo a passo, para avaliar o efeito próprio de cada uma das variáveis independentes consideradas, sobre as variáveis dependentes.

Em todas as determinações foi escolhido como limiar de significância, o valor de p de 0,05.

6. RESULTADOS

Os resultados foram constituídos pelas características das mães, dos bebés e do ambiente em casa, pela avaliação do sucesso do AM e pelas determinantes de sucesso.

6.1. Características das mães

Foram observadas as características maternas incluídas nos critérios de inclusão, nomeadamente algumas características sócio-demográficas; observaram-se ainda as atitudes maternas durante a gestação e face ao AM e a idade gestacional.

6.1.1. Características sócio-demográficas

Foram tidas em conta a idade e o tipo de trabalho materno, a escolaridade materna e paterna e o nível sócio-económico-cultural, avaliado através do índice de Graffard (Anexo IV).

Os resultados podem ser consultados em anexo (Anexo XVIII).

A idade média das mães foi de 26.6 anos no grupo controlo, 24.95 anos no grupo experimental I e 23.4 anos no grupo experimental II.

A escolaridade materna foi em média de 10.1 anos para o grupo controlo, 9.4 anos para o grupo experimental I e 9.1 anos no grupo experimental II, enquanto que a escolaridade paterna foi inferior, tendo sido respectivamente de 8.9, 7.8 e 7.4 anos, não tendo sido encontradas diferenças entre os grupos (Quadro II).

A maior parte das mães trabalhava fora de casa, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Quadro II).

As mães pertenciam à classe III em 22 casos e classe IV nos restantes casos, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (QUADRO II).

Quadro II
Características sócio-demográficas

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Idade materna	26,6	4,4	24,9	3,0	23,4	3,1	0,02 *
Escolaridade materna	10,1	2,2	9,4	3,3	9,1	2,4	0,50 *
Escolaridade paterna	8,9	2,3	7,8	2,8	7,4	2,5	0,17 *
Doméstica	3		2		6		0,23 **
Trabalha fora de casa	17		18		14		
Índice de Graffard=III	10		7		5		0,25 ***
Índice de Graffard=IV	10		13		15		

* Análise de variância

** Teste de Fisher

*** Qui quadrado

Verifica-se que os 3 grupos são homogéneos, exceptuando a idade materna que é mais elevada no grupo controlo.

6.1.2. Atitudes durante a gestação

As atitudes maternas durante a gestação foram avaliadas através de um questionário que pode ser consultado em anexo. (Anexo VI)

A análise estatística dos resultados pode ser consultada no Quadro III, e os resultados podem ser consultados em anexo (Anexo XIX).

Todas as mães viviam há mais de um ano com o pai do bebé, tencionavam amamentar e ficar em casa com o bebé durante a licença de parto; mais

de metade dos bebés ficaram ao cuidado de outras pessoas, quando a mãe voltou ao trabalho.

A maioria das mães tinha planeado ou desejado a gravidez; todos os bebés não desejados ou planeados, tinham sido aceites por ambos os pais.

Poucas mães tinham tido aulas ou cursos de preparação para o parto.

O sexo do bebé era previamente conhecido e correspondia ao que os pais desejavam na maior parte dos casos.

A maior parte das mães tinha já conhecimentos sobre bebés, adquiridos sobretudo através do contacto directo com crianças.

Todos os bebés tinham sido incluídos nos planos de vida dos pais, antes ou durante a gravidez e a maior parte das mães consideravam os bebés como pessoas, ainda antes de sentirem os seus movimentos.

Menos de metade das mães referiam ter tido problemas durante a gravidez, relacionados sobretudo com a possibilidade de possível malformação ou doença do bebé.

A maioria das mães não tinha planeado a duração do AM.

Mais de 50% das mães faziam depender a duração do AM, da existência de leite.

A maior parte das mães não definia a duração desejada do AM.

As principais razões da diferença entre duração do AM planeado e desejado, estavam relacionadas com a obrigatoriedade da mãe voltar ao trabalho ou com uma possível hipogalactia.

Apenas uma mãe não deu qualquer razão para amamentar o bebé.

As outras mães justificavam o AM por razões relativamente vagas, como por exemplo “ser melhor” ou “ser melhor para o bebé”. Apenas 5 mães consideraram que o AM era “melhor para a mãe”.

A maior parte das mães tinha sido ou julgava ter sido amamentada pela sua própria mãe, embora pouco mais de metade soubesse durante quanto tempo.

A análise estatística não mostrou diferenças entre os grupos (Quadro III).

6.1.3. Atitudes maternas face à amamentação

As atitudes maternas face ao AM foram averiguadas através de um questionário que pode ser consultado em anexo (Anexo VII), os seus resultados constam do anexo (Anexo XX) e a análise estatística pode ser consultada mais adiante (Quadro IV).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os

Quadro III
Atitudes maternas durante a gestação

Variável	Controlo n=20	Exp.I n=20	Exp.II n=20	p
Coabitação com o pai há mais de um ano	20	20	20	-
Sem cursos/ aulas	15	17	14	0,52 *
Fica em casa na licença do parto	20	20	20	-
Depois, a criança fica com:				
Mãe	6	4	10	
Outros	14	16	10	0,12 *
Gravidez planeada/ desejada	13	12	14	0,80
Gravidez desejada por ambos	13	12	14	0,80 *
Gravidez não planeada mas aceite pela mãe	7	8	6	-
Gravidez não planeada mas aceite pelo pai	7	8	6	-
Mãe já sabia o sexo do bebé	19	16	16	0,30 *
Sexo do bebé corresponde ao desejado/mãe	15	12	12	0,65 *
Sexo do bebé corresponde ao desejado/pai	16	15	12	0,36 *
Mães com conhecimentos sobre bebés	18	17	15	0,43 *
Origem dos conhecimentos				
Contacto directo	8	10	9	-
Leitura, TV, Rádio	5	5	3	0,65 *
Directo + leitura	5	2	3	-

(continua)

Inclusão do bebé nos planos de vida				
Antes da gravidez	13	10	13	0,53 *
Durante a gravidez	7	10	7	-
Sentir o bebé como pessoa				
Antes de o sentir mexer-se	15	13	10	-
Apenas quando ele se mexeu	5	7	10	0,25 *
Problemas durante a gravidez				
Sim	10	6	6	-
Não	10	14	14	0,31 *
Tipo de problemas				
Anomalias do bebé	5	3	3	-
Saúde do bebé	3	2	1	0,60 *
Outros	1	1	3	-
Planeia amamentar	20	20	20	-
Não define duração planeada do AM				
	16	11	14	0,29 *
Não define duração desejada do AM				
	14	12	11	0,61 *
Razões da diferença entre duração do AM planeada e desejada				
Não responde	12	13	14	-
Trabalho	6	6	2	0,53 *
Outras	2	1	4	-
Motivo(s) para amamentar				
Melhor para o bebé	9	14	11	-
Melhor para a mãe	1	3	1	0,87 *
Melhor	10	6	7	-
Melhor contacto/ prático	4	4	5	-
Mãe tinha sido amamentada	16	18	12	0,24 *
Mãe sabe a duração do seu próprio AM				
	8	15	7	0,10 *

*Teste de Fisher

Quadro IV
Atitudes maternas face ao AM

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		P
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Atitude comp	134,4	59,0	156,9	54,9	161,0	53,2	0,27 *
Norma subj	32,8	16,4	16,7	20,7	25,4	24,8	0,11 *
Intenção de amamentar	2,9	0,2	2,9	0,2	2,90	0,3	0,77 *
Atitude comp+ norma sub	167,2	67,9	173,5	61,8	186,4	62,4	0,62 *
Manutenção do AM	1,4	1,3	1,9	1,3	0,5	2,1	0,02 *

* Análise de variância

Atitude comp. – Atitude perante o comportamento.

Norma subj. – Norma subjectiva.

grupos, relativamente às variáveis estudadas, com excepção da manutenção da amamentação (Quadro IV).

Relativamente à atitude perante o comportamento, verificam-se grandes assimetrias nos resultados intra grupo, não atingindo no entanto valores negativos (Anexo XX).

A norma subjectiva, para além das assimetrias intra grupo verificadas, atinge nalguns casos valores negativos (Anexo XX).

Não se verificam diferenças entre os grupos, quanto à intenção de amamentar; a intenção de amamentar foi avaliada de duas maneiras; a primeira constituiu na resposta a uma pergunta do questionário e a segunda foi obtida através da soma da atitude perante o comportamento e da norma subjectiva; os resultados podem ser consultados em anexo (Anexo XX).

Quanto à manutenção da intenção de amamentar, verifica-se que as mães do grupo experimental II, deixariam de amamentar mais facilmente que as mães dos outros grupos, na eventualidade de problemas (Quadro IV); os resultados individuais podem ser consultados em anexo (Anexo XX).

6.1.4. Idade gestacional

A idade gestacional foi em média de 39.7, 39.9 e 39.9 semanas, respectivamente nos grupo controlo, experimental I e experimental II; os resultados podem ser consultados em anexo (Anexo XXI), e a análise estatística não encontrou diferenças entre os grupos ($p=0,83$).

Em suma, existe uma grande homogeneidade entre os grupos, quanto às características sócio-demográficas e características maternas pré-natais, tais como idade gestacional, atitudes face ao AM e aspectos ligados à gestação e ao bebé, com duas excepções; a idade materna tem tendência para ser mais elevada no grupo controlo que nos experimentais e a intenção de manutenção da amamentação traduz um menor compromisso das mães do grupo experimental II.

6.1.5. Expectativas maternas face ao bebé

As expectativas maternas foram avaliadas ao 2º e 30º dias de vida através do “Neonatal Perception Inventory” (NPI) e os resultados podem ser consultados em anexo (Anexo XXII) (76).

A representação gráfica das expectativas maternas ao 2º dia de vida, apresentados em médias, podem ser observados na Figura 2.

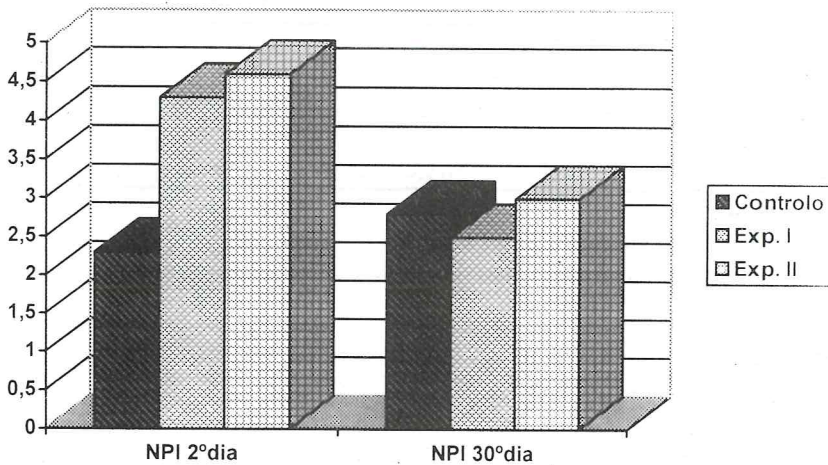


Figura 2
Expectativas maternas face ao bebé

Verifica-se uma diferença entre os grupos; aparentemente as mães do grupo controlo, valorizam menos os seus bebés ou têm expectativas menores, que as mães dos grupos experimentais ($p=0,05$) (Quadro V).

De realçar que no segundo dia de vida, existem algumas mães do grupo controlo e uma mãe do grupo experimental I que valorizam mais o bebé médio que o seu próprio bebé; aos 30 dias existem mães nos três grupos, que valorizam mais o bebé médio, que o seu próprio bebé (Anexo XXII).

Ao mês de vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,92$) (Quadro V).

Os resultados do grau de preocupação materna, sobre os comportamentos do bebé durante o primeiro mês de vida, avaliado ao 30º dia de vida através do “Degree of Bother Inventory”, podem ser consultados em anexo (Anexo XXII); foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos.

As mães do grupo experimental I, tinham um maior grau de preocupação, relacionado com o comportamento dos bebés, que as mães dos outros grupos ($p=0,04$) (Quadro V).

Quadro V
Expectativas maternas face ao bebé

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
NPI-2º dia	2,30	3,62	4,30	3,27	4,60	2,66	0,05 *
NPI-30º dia	2,80	3,08	2,50	3,47	3,00	5,39	0,92 *
Bother	18,10	3,83	20,25	3,95	17,00	4,57	0,04 *

*Análise de variância

NPI – Neonatal Perception Inventory

Bother – Grau de preocupação materna, face ao comportamento do bebé durante o 1º mês de vida

6.1.6.Causas de desmame

Na Figura 3, apresentam-se as causas de desmame parcial, invocada pelas mães dos 3 grupos.

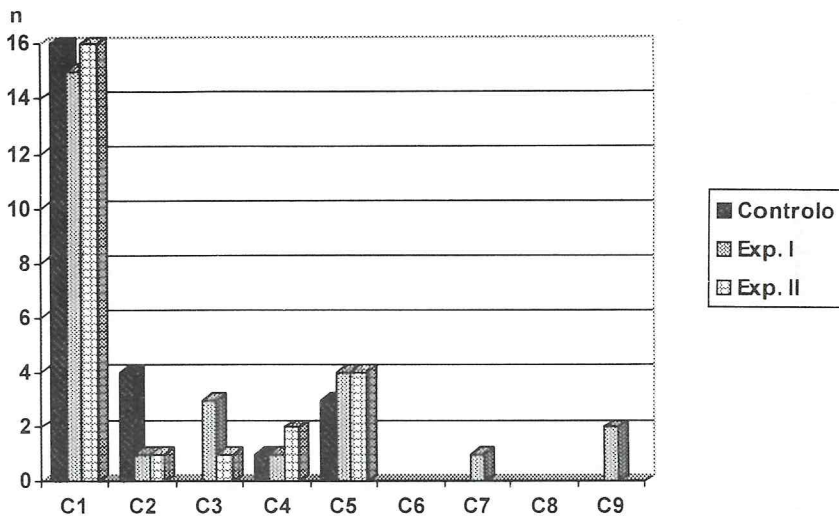


Figura 3
Causas de desmame parcial

C1-leite insuficiente, C2-o bebé não aumentava de peso, C3-o bebé queria outro tipo de alimentos, C4-os mamilos estavam dolorosos e com fissuras, C5-a mãe voltou ao trabalho, C6-doença da mãe, C7-doença do bebé, C8-a mãe não gostou de dar de mamar, C9-o bebé não queria o peito.

Verifica-se que a maioria das mães invocou apenas uma causa de desmame parcial (Anexo XXIII).

Na Figura 4, apresenta-se a principal causa de desmame parcial, invocada por cada uma das mães.

A principal razão que as mães dos 3 grupos invocaram para introduzir outros alimentos para além do leite materno na dieta dos seus filhos, foi a quantidade insuficiente de leite (Anexo XXIII).

O retorno ao trabalho, embora não sendo a principal razão de desmame parcial, constituiu a segunda causa mais importante de introdução de outros alimentos na dieta da criança.

Foram também invocados motivos de desmame parcial centrados na criança, nomeadamente o “bebé não aumentava de peso” e “o bebé queria outro tipo de alimentos” e problemas relacionados com uma má técnica na amamentação, originando fissuras nos mamilos.

Nenhuma mãe invocou como causa de desmame parcial, o facto de não ter gostado de amamentar.

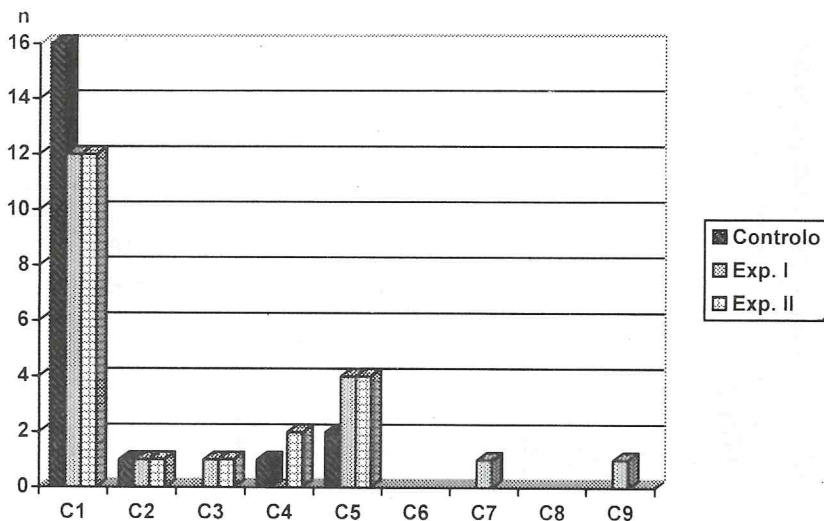


Figura 4
Primeira causa de desmame parcial

C1-leite insuficiente, C2-o bebé não aumentava de peso, C3-o bebé queria outro tipo de alimentos, C4-os mamilos estavam dolorosos e com fissuras, C5-a mãe voltou ao trabalho, C6-doença da mãe, C7-doença do bebé, C8-a mãe não gostou de dar de mamar, C9-o bebé não queria o peito.

Na Figura 5, apresentam-se as principais causas de desmame completo ou total.

Cerca de metade das mães dos 3 grupos, invocou duas ou mais razões para terminarem o AM (Anexo XXIV).

Na Figura 6, apresenta-se a primeira causa de desmame total, invocada por cada uma das mães (Anexo XXIV).

Verifica-se que a causa mais importante do desmame total, continuou a ser a quantidade insuficiente de leite.

O facto de “o bebé não querer o peito”, foi a principal causa de desmame em 6 casos.

Foram ainda invocadas outras razões centradas na criança, como “o bebé querer outro tipo de alimentos” e “o bebé não aumentar de peso”; o retorno ao trabalho constituiu a principal razão de desmame total em 4 casos, e assim a doença materna .

Problemas relacionados com má técnica da amamentação, resultando em mamilos dolorosos e com fissuras, foram invocados por 3 mães, como principal razão para deixarem de amamentar.

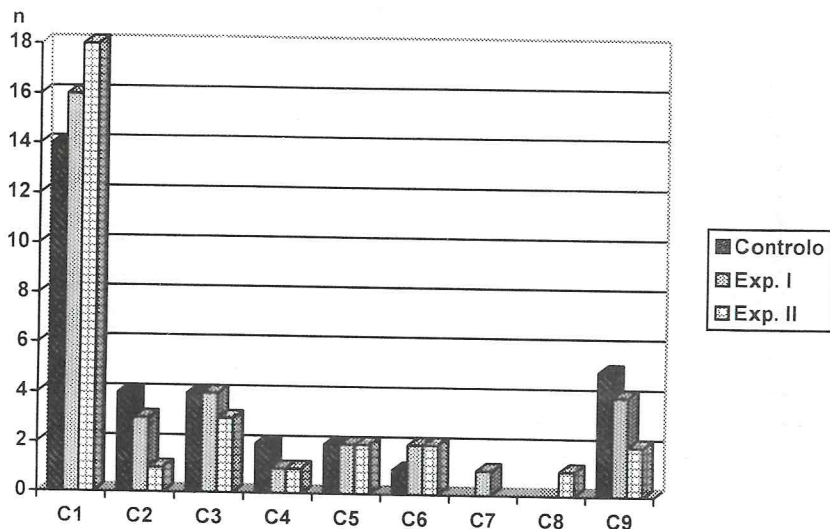


Figura 5
Causas de desmame completo ou total

C1-leite insuficiente, C2-o bebé não aumentava de peso, C3-o bebé queria outro tipo de alimentos, C4-os mamilos estavam dolorosos e com fissuras, C5-a mãe voltou ao trabalho, C6-doença da mãe, C7-doença do bebé, C8-a mãe não gostou de dar de mamar, C9-o bebé não queria o peito.

Apenas uma mãe invocou como causa de desmame, embora não em primeiro lugar, o facto de “não ter gostado de dar de mamar”.

A segunda causa de desmame, foram razões centradas na criança, também referidas como principal causa de desmame, ou seja “o bebé não aumentava de peso”, “o bebé queria outro tipo de alimentos” sobretudo nas crianças do grupo controlo, enquanto que nos grupos experimentais, foi a insuficiência de leite que constituiu a segunda causa de desmame (Anexo XXIV).

Outros motivos invocados por alguns autores, tais como, a mãe ter sido aconselhada a desmamar o bebé, ou ficar com pouco tempo para si própria ou considerar a amamentação embaraçosa ou prejudicial para a saúde materna, ou o pai do bebé recusar o AM, aparentemente não constituíram problemas para as mães da nossa amostra.

6.2. Características dos bebés

Foram observadas algumas características dos bebés que fizeram parte

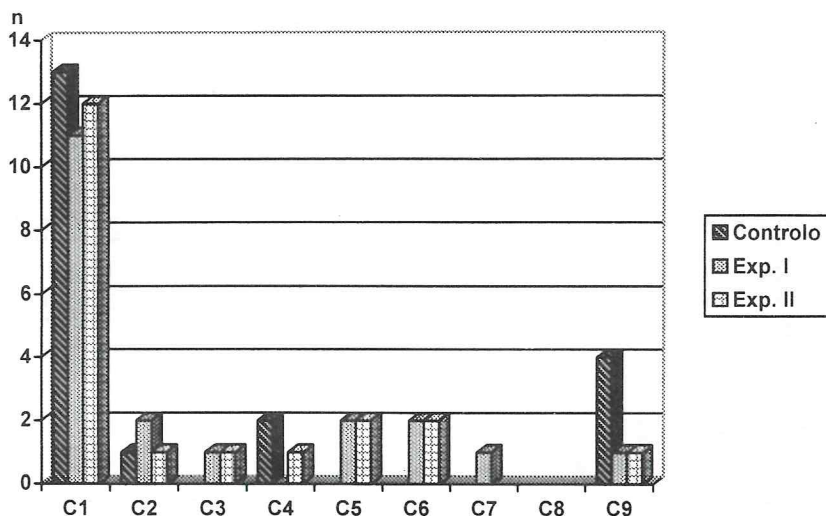


Figura 6
Primeira causa de desmame completo ou total

C1-leite insuficiente, C2-o bebé não aumentava de peso, C3-o bebé queria outro tipo de alimentos, C4-os mamilos estavam dolorosos e com fissuras, C5-a mãe voltou ao trabalho, C6-doença da mãe, C7-doença do bebé, C8-a mãe não gostou de dar de mamar, C9-o bebé não queria o peito.

dos critérios de inclusão, como o peso à nascença, o índice de Apgar e o sexo; observaram-se ainda os estados neuro-comportamental e nutricional e o desenvolvimento dos bebés.

6.2.1. Peso à nascença, índice de Apgar e sexo

Os resultados do peso à nascença, índice de Apgar e sexo dos bebés podem ser consultados em anexo (Anexo XXV, XXVI e XXVII).

Não foram encontradas diferenças entre os grupos, quer quanto ao índice de Apgar ao 1º minuto de vida ($p=0,57$), quer quanto ao peso à nascença ($p=0,72$) (Quadro VI).

A amostra foi constituída por 29 bebés do sexo feminino e 31 do sexo masculino e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,41$) (Quadro VI).

Quadro VI
Índice de Apgar ao 1º minuto, peso à nascença e sexo do bebé

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Índice de Apgar ao 1'	8,9	0,5	9,1	0,5	9,0	0,6	0,57.*
Peso à nascença	3276	317	3366	410	3354	397	0,75 *
Sexo Masculino		12		11		8	0,41 **
Sexo Feminino		8		9		12	

* Análise de variância

** Qui quadrado

6.2.2.Estado neuro-comportamental

A avaliação neuro-comportamental dos bebés, foi efectuada com a NBAS (65,66) no 3º e 30º dias de vida.

Os resultados da NBAS ao 3º dia de vida podem ser consultados em anexo (Anexo XXVIII).

Dada a classificação da 7ª dimensão, sugerida pela 2ª versão da NBAS (66), ser apenas a simples contagem das classificações anormais dos reflexos, optou-se por fazer apenas a apresentação das seis primeiras dimensões.

Ao 3º dia de vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das dimensões (Quadro VII).

Os resultados da NBAS ao 30º dia de vida podem ser consultados em anexo (Anexo XXIX).

Também ao 30º dia de vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das dimensões (Quadro VIII).

6.2.3.Estado nutricional

Os resultados do estado nutricional dos bebés podem ser consultados em anexo (Anexos XXX a XXXV).

Quadro VII
Estado neuro-comportamental do bebé ao 3º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
1ª-Habituação	12,9	14,2	15,2	14,2	22,4	12,0	0,07 *
2ª-Orientação	46,3	10,9	44,9	7,1	45,8	7,9	0,88 *
3ª-D.motora	28,2	5,1	29,4	3,8	30,6	3,7	0,21 *
4ª-Alerta	13,2	4,1	13,8	3,9	14,0	3,9	0,79 *
5ª-Reg.estádios	24,0	4,9	26,0	4,0	24,1	5,6	0,35 *
6ª-D.autonómica	18,9	2,9	18,0	2,5	18,3	3,0	0,56 *

* Análise de variância

D.motora – Dimensão motora

Reg.estádios – Regulação dos estádios

Quadro VIII
Estado neuro-comportamental do bebé ao 30º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
1ª-Habituação	2,8	7,5	4,5	9,7	5,4	11,1	0,68 *
2ª-Orientação	47,9	5,6	45,8	12,7	48,4	6,7	0,61 *
3ª-D.motora	32,8	3,4	33,4	3,2	33,7	2,2	0,63 *
4ª-Alerta	10,9	4,3	10,5	3,3	13,1	4,6	0,12 *
5ª-Reg.estádios	21,7	4,2	23,4	6,1	22,6	5,5	0,59 *
6ª-D.autonómica	18,5	3,7	18,9	3,4	18,7	3,4	0,93 *

* Análise de variância

D.motora – Dimensão motora

Reg.estádios – Regulação dos estádios

Tratando-se o nosso estudo, de um estudo de três grupos de crianças, ao longo do primeiro ano de vida, optou-se por apresentar a avaliação nutricional em termos de médias do somatório de cada parâmetro ou parâmetros considerados, ao longo do ano, à exceção do índice de McLaren e Read.

Apresenta-se a análise estatística para a média do somatório de cada um dos parâmetros considerados, e para o índice de Kanawati e McLaren desde o 3º dia até aos 12 meses de vida da criança (Quadro IX).

Não foram encontradas diferenças entre os grupos para cada um dos parâmetros considerados ou para o índice de Kanawati e McLaren (Quadro IX).

Quadro IX
Avaliação nutricional dos bebês

Médias dos somatórios ao longo do ano, do peso, estatura, perímetro cefálico, prega tricipital, circunferência do braço e Índice do Kanawati e McLaren

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Peso	6465,3	477,0	6552	748,3	6521,6	791,2	0,92 *
Estatura	62,4	1,6	62,9	2,1	62,8	3,1	0,78 *
Perímetro cefálico	41,1	0,6	41,3	1,0	41,4	1,3	0,75 *
Prega tricipital	10,7	1,9	10,2	2,4	10,3	2,8	0,84 *
Perímetro bra- quial	13,5	0,7	13,3	0,8	13,2	1,1	0,58 *
Índice de Kanawati e McLaren	0,329	0,016	0,325	0,018	0,321	0,024	0,49 *

* Análise de variância

Os resultados do índice de McLaren e Read estão expressos no Quadro X.

Sendo o índice de McLaren e Read uma variável ordinal, optou-se por fazer a sua apresentação, comparando os seus valores obtidos para cada grupo, ao longo do ano.

Não foram encontradas diferenças entre os grupos, a não ser aos 12 meses de vida, onde as crianças do grupo controlo tiveram uma maior tendência para terem um estado nutricional adequado, que as crianças dos grupos experimentais ($p=0,04$) (Quadro X).

Quadro X
Índice de MacLaren e Read

Índice	Controlo n=20	Exp.I n=20	Exp.II n=20	p
3 dias				
Desnutrido	0	0	1	0,40 *
Adequado	20	19	19	
Sobrepeso	0	1	0	
1 mês				
Desnutrido	1	2	1	0,13 *
Adequado	17	13	19	
Sobrepeso	2	5	0	
2 meses				
Desnutrido	0	1	0	0,19 *
Adequado	19	14	18	
Sobrepeso	1	5	12	
3 meses				
Desnutrido	0	0	0	0,73 *
Adequado	13	13	15	
Sobrepeso	7	7	5	
4 meses				
Desnutrido	0	0	1	0,71*
Adequado	14	14	14	
Sobrepeso	6	6	5	
5 meses				
Desnutrido	1	1	0	0,89 *
Adequado	14	14	14	
Sobrepeso	5	5	6	
6 meses				
Desnutrido	0	2	1	0,70 *
Adequado	14	12	13	
Sobrepeso	6	6	6	
9 meses				
Desnutrido	0	2	1	0,52*
Adequado	16	12	15	
Sobrepeso	4	6	4	
12 meses				
Desnutrido	0	4	3	0,04 *
Adequado	20	12	15	
Sobrepeso	0	4	2	

* Teste de Fisher

6.2.4.Desenvolvimento psicomotor

Os resultados obtidos acerca do desenvolvimento psicomotor dos bebês, podem ser consultados em anexo (Anexo XXXVI e XXXVII).

O estudo estatístico incidiu sobre as médias dos somatórios dos valores encontrados aos 3,6 e 12 meses de vida, não se encontrando diferenças entre os grupos (Quadro XI).

Quadro XI
Desenvolvimento dos bebês
Médias dos somatórios do MDI e PDI

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
MDI	106,9	6,6	108,2	3,9	107,3	5,5	0,72 *
PDI	104,7	6,1	104,8	4,6	103,9	5,1	0,83 *

* Análise de variância

MDI - Mental Development Index

PDI - Psychomotor Development Index

6.3.Características do ambiente em casa

Os resultados da observação do ambiente em casa com o HOME (87), pode ser consultado em anexo (Anexo XXXVIII).

Não foram encontradas diferenças entre os grupos, com excepção do 3º sub-grupo, constituindo a “Organização do ambiente”, cujos resultados são inferiores no grupo experimental II (Quadro XII).

Este subgrupo é constituído por 6 itens que permitem avaliar a organização do ambiente por parte da mãe e as oportunidades proporcionadas para variar de ambiente, saindo regularmente de casa.

Assim verifica-se que as mães do grupo experimental II, proporcionam aos filhos menos possibilidades de sair regularmente de casa, para além de um ambiente menos seguro.

Quadro XII
Observação do ambiente em casa

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
1º grupo	9,95	0,68	9,40	1,35	9,65	1,13	0,28 *
2º grupo	6,45	0,82	6,35	1,13	5,95	1,05	0,26 *
3º grupo	5,55	0,82	5,60	0,68	5,00	0,85	0,03 *
4º grupo	6,55	1,79	5,10	2,69	5,20	2,74	0,12 *
5º grupo	3,85	1,53	3,25	1,80	4,05	1,66	0,29 *
6º grupo	2,90	0,96	2,75	0,91	2,85	0,87	0,87 *
TOTAL	35,25	4,67	32,45	6,30	32,70	5,42	0,21 *

* Análise de variância

6.4. Avaliação do sucesso no aleitamento materno

Como parâmetros de sucesso, propusemos a duração do AM exclusivo e não-exclusivo, a transferência de leite ao 3º dia e a interacção mãe-bebé ao 3º e 30º dia de vida.

Considerámos como critérios de “sucesso do AM”, uma maior duração do AM exclusivo e não-exclusivo, uma maior transferência de leite ao 3º dia de vida e uma melhor interacção mãe-bebé ao 3º e 30º dias de vida.

6.4.1. Duração do aleitamento materno exclusivo

A duração do AM exclusivo foi expressa em dias e os resultados individuais podem ser consultados em anexo (Anexo XXXIX).

Os resultados são apresentados em prevalências (Figura 7), curva de sobrevivência de Kaplan-Meier (Figura 8) e ainda estudados pelo teste de Kruskal-Wallis (Quadro XIII).

A análise da duração do AM exclusivo com o teste de Kruskal-Wallis, não mostrou diferenças entre os grupos ($p=0,61$).

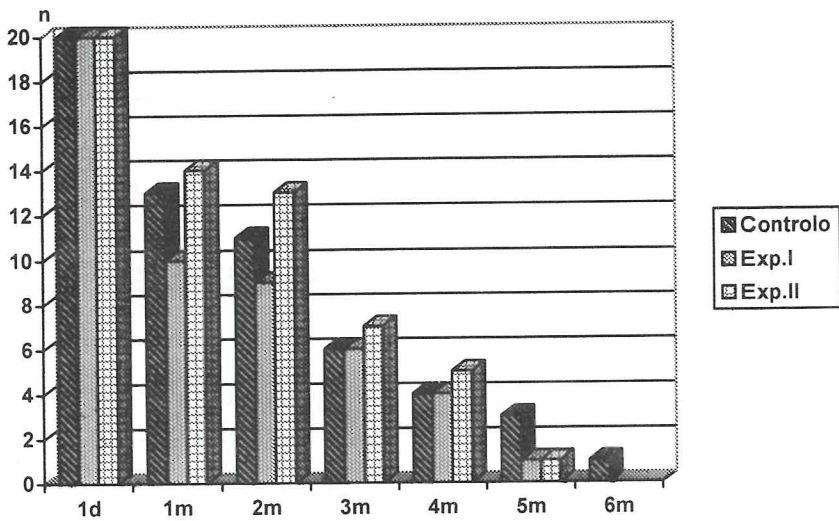
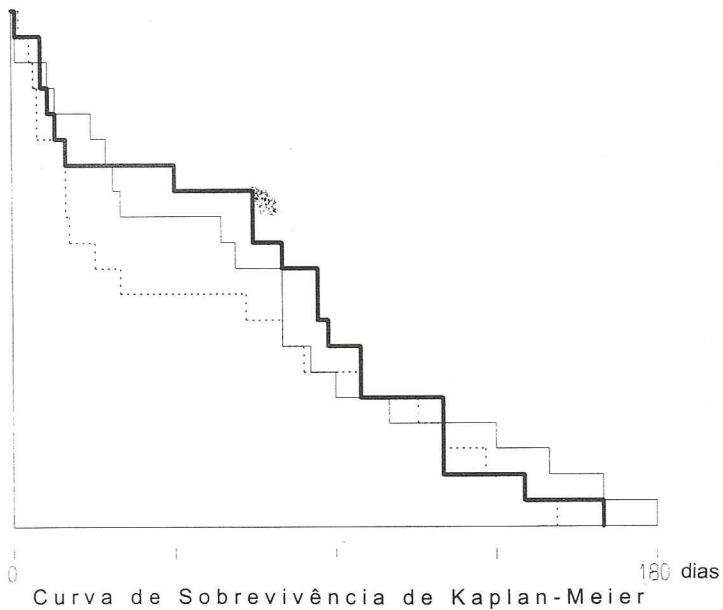


Figura 7
Prevalência do aleitamento materno exclusivo



Grupo Controlo ————
 Grupo Exp. I —————
 Grupo Exp. II ········

Figura 8
Aleitamento materno exclusivo

Quadro XIII
Duração do aleitamento materno exclusivo

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Duração AM exclusivo	69,1	55,2	55,9	53,2	71,4	49,8	0,61 *

* Teste de Kruskal-Wallis

Verifica-se que os 3 grupos não diferem, quanto à duração do AM exclusivo, quer estudados com o teste de Kruskal-Wallis, quer em representação gráfica, quer em prevalência.

É de realçar, que no fim do segundo mês, mais de 50% das mães do nosso estudo ainda amamentavam exclusivamente os seus filhos.

6.4.2. Duração do aleitamento materno não-exclusivo

A duração do AM não-exclusivo foi expressa em dias e os resultados individuais podem ser consultados em anexo (Anexo XL).

Os resultados são apresentados em prevalências (Figura 9), curva de sobrevivência de Kaplan-Meier (Figura 10) e ainda estudados pelo teste de Kruskal-Wallis (Quadro XIV).

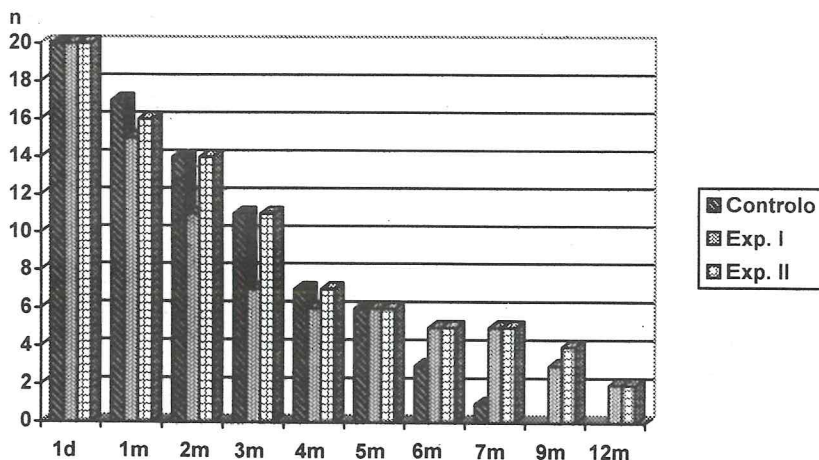


Figura 9
Prevalência do aleitamento materno não - exclusivo

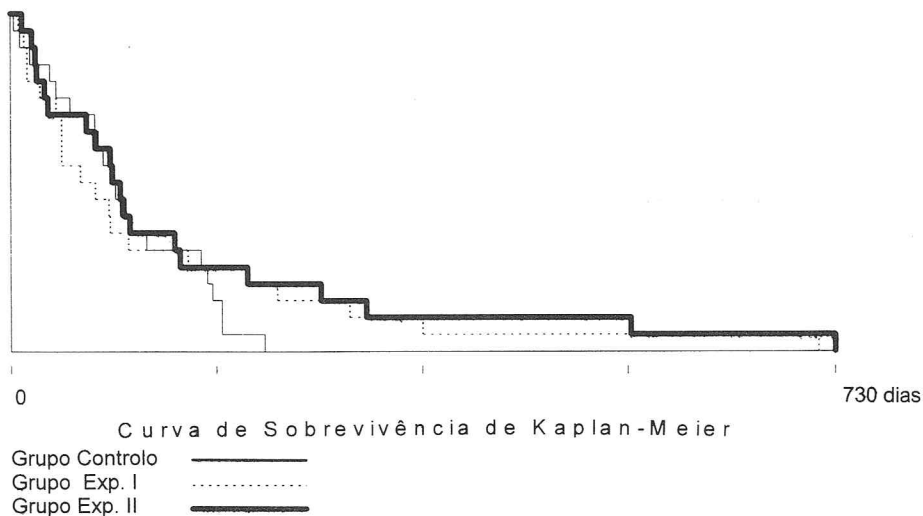


Figura 10
Aleitamento materno não-exclusivo

Quadro XIV
Duração do aleitamento materno não-exclusivo

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Duração AM não-exclusivo	100,9	66,4	132,4	170,5	156,7	187,3	0,77 *

* Teste de Kruskal-Wallis

A análise da duração do AM não-exclusivo com o teste de Kruskal-Wallis, não mostrou diferenças entre os grupos ($p=0,77$).

Verifica-se que a duração do AM não-exclusivo quando estudada pelo teste de Kruskal-Wallis não apresenta diferenças entre os 3 grupos; já a sua representação gráfica e o estudo da prevalência, realça que, só nos grupos experimentais, o AM não-exclusivo se prolonga para além dos 7 meses de idade.

Saliente-se que cerca de 50% das mães amamentaram os seus filhos até ao fim do 3º mês de vida.

6.4.3. Transferência de leite ao 3º dia

A transferência de leite entre mãe e bebê foi estudada ao 3º dia de vida através de uma pesagem dupla antes e depois da mamada, podendo os resultados ser consultados em anexo (Anexo XLI).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente à transferência de leite ao 3º dia ($p=0,43$) (Quadro XV).

Quadro XV
Transferência de leite ao 3º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Transferência de leite	21,2	12,9	16,2	20,5	23,7	21,3	0,43 *

*Análise de variância

6.4.4. Interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia

A avaliação da interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida foi efectuada utilizando a NCAFS (34,623).

Os resultados são apresentados em médias para cada grupo e podem ser consultados em anexo (Anexo XLII).

Não foram encontradas diferenças entre os 3 grupos, à excepção do sub-grupo materno intitulado “Promoção do desenvolvimento cognitivo”, em que as mães do grupo controlo tiveram uma maior tendência para melhores resultados (Quadro XVI).

Os resultados dos comportamentos contingentes entre mãe e bebé, durante a mamada ao 3º dia de vida, podem ser consultados em anexo (Anexo XLII).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (QUADRO XVII).

Quadro XVI
Interação mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
1º grupo	15,05	1,76	14,65	2,39	15,10	1,20	0,70 *
2º grupo	9,55	1,43	9,85	1,08	10,05	0,88	0,39 *
3º grupo	11,90	1,61	11,15	1,95	11,80	2,01	0,39 *
4º grupo	6,00	0,72	4,50	1,67	5,20	2,48	0,03 *
<i>Total mãe</i>	<i>42,50</i>	<i>4,35</i>	<i>40,15</i>	<i>6,00</i>	<i>42,15</i>	<i>5,43</i>	<i>0,32 *</i>
5º grupo	11,55	2,21	11,90	1,58	11,50	1,90	0,77 *
6º grupo	4,45	1,73	4,25	1,61	4,60	1,95	0,82 *
<i>Total bebé</i>	<i>16,00</i>	<i>3,29</i>	<i>16,15</i>	<i>2,90</i>	<i>16,10</i>	<i>3,40</i>	<i>0,98 *</i>
TOTAL	58,50	7,00	56,30	8,20	58,25	7,98	0,61 *

* Análise de variância

Quadro XVII
Comportamentos contingentes entre mãe e bebé, durante a mamada ao 3º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Mãe	11,05	2,18	10,85	2,60	11,65	2,03	0,51 *
Bebé	1,05	0,51	1,10	0,55	1,15	0,58	0,84 *
Total	12,10	2,38	11,95	2,89	12,80	2,37	0,53 *

* Análise de variância

6.4.5. Interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia

A avaliação da interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida foi efectuada utilizando a NCAFS (34,623).

Os resultados são apresentados em médias para cada grupo e podem ser consultados em anexo (Anexo XLIII).

Foram encontradas algumas diferenças entre os grupos; as mães do grupo controlo tiveram melhores resultados que as mães dos grupos experimentais, em dois subgrupos maternos e na soma dos subgrupos maternos (Quadro XVIII).

Quadro XVIII
Interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
1º grupo	15,60	0,59	14,70	1,78	15,45	1,23	0,07 *
2º grupo	10,25	0,71	9,35	1,53	9,40	1,42	0,05 *
3º grupo	12,95	0,82	11,70	2,17	12,35	1,56	0,05 *
4º grupo	6,65	0,98	5,40	1,78	5,90	2,14	0,07 *
<i>Total mãe</i>	<i>45,45</i>	<i>2,13</i>	<i>41,15</i>	<i>6,33</i>	<i>43,10</i>	<i>5,65</i>	<i>0,03</i>
5º grupo	12,35	1,08	12,65	1,42	12,85	1,18	0,44 *
6º grupo	6,85	1,53	5,80	1,96	6,70	2,04	0,15 *
<i>Total bebé</i>	<i>19,20</i>	<i>2,19</i>	<i>18,45</i>	<i>3,06</i>	<i>19,60</i>	<i>2,98</i>	<i>0,41 *</i>
TOTAL	64,65	3,85	59,60	8,36	62,70	8,00	0,08 *

* Análise de variância

Os resultados dos comportamentos contingentes entre mãe e bebé, durante a situação alimentar ao 30º dia de vida, podem ser consultados em anexo (Anexo XLIII).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (Quadro XIX).

Quadro XIX

Comportamentos contingentes entre mãe e bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida

Variável	Controlo n=20		Exp.I n=20		Exp.II n=20		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Mãe	12,65	1,30	11,30	2,22	11,70	2,90	0,15 *
Bebé	1,65	0,48	1,45	0,68	1,80	0,69	0,22 *
Total	14,30	1,59	12,80	2,62	13,50	3,18	0,18 *

* Análise de variância

6.5.Determinantes de sucesso

Quando foram traçados os objectivos do estudo, definiram-se como critérios de sucesso do AM, uma maior duração do aleitamento exclusivo ou não-exclusivo, uma maior transferência de leite ao 3º dia de vida e uma melhor interacção entre mãe e bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dia de vida.

Ao analisarmos os resultados, verifica-se que a intervenção efectuada à nascença não aumentou a duração do AM exclusivo e não-exclusivo de maneira estatisticamente significativa, verificando-se, no entanto, que só nos grupos experimentais o AM não-exclusivo se prolongou para além dos 7 meses de vida.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quanto à transferência de leite ao 3º dia de vida ou à interacção mãe-bebé durante a situação alimentar no 3º e 30º dias de vida.

Assim, importava avaliar o peso relativo das diferentes variáveis independentes, nas variáveis dependentes propostas como medidas de sucesso.

Efectuámos um estudo com o objectivo de avaliar os factores de resposta, nas variáveis dependentes consideradas.

As variáveis dependentes consideradas foram a duração do AM exclusivo e não-exclusivo, a transferência de leite ao 3º dia de vida e a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dias de vida.

As variáveis independentes consideradas podem ser consultadas em anexo (Anexos XLVI a L).

6.5.1. Influências na duração do aleitamento materno exclusivo

Ao analisarmos o peso relativo exercido pelas variáveis independentes na duração do AM exclusivo, verificou-se que a duração do aleitamento exclusivo se correlacionou com algumas das variáveis independentes consideradas; são elas, a transferência de leite ao 3º dia de vida, a interacção mãe-bebé durante a refeição ao 30º dia de vida e o facto da gravidez ter sido planeada/desejada (Anexo XLVI).

Assim, verifica-se que quando a quantidade de leite que passa da mãe para o bebé ao 3º dia de vida, aumenta de 1 grama, a duração do AM exclusivo aumenta de 1.1 dia.

Verifica-se também que quando a interacção entre mãe e bebé ao 30º dia de vida, representada pelo resultado total da NCAFS, sofre uma variação de um ponto, a duração do AM exclusivo aumenta de 2.2 dias.

Foram encontradas correlações ainda mais fortes, entre os subgrupos maternos “Resposta ao stress”, “Promoção do desenvolvimento cognitivo” e ainda, a soma dos 4 grupos maternos da NCAFS ao 30º dia e a duração do AM exclusivo, que a correlação existente entre a duração do AM exclusivo e o resultado total da NCAFS ao 30º dia de vida.

Assim, quando os subgrupos maternos “Resposta ao Stress”, “Promoção do desenvolvimento cognitivo” e a soma dos 4 subgrupos maternos aumentam de um ponto, a duração do AM exclusivo aumenta de 12.8, 10.7 e 3.4 dias respectivamente.

Uma gravidez planeada ou desejada, aumenta a duração do AM exclusivo, em 24 dias.

Uma maior preocupação materna, face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida, correlacionou-se negativamente com a duração do AM exclusivo; com efeito, quando o grau de preocupação materna aumenta de 1 ponto, a duração do AM exclusivo, diminui 3.9 dias.

Não foram encontradas correlações entre a variável dependente e outras variáveis independentes consideradas.

Assim, não se encontrou qualquer correlação entre o peso ao nascer, a idade da mãe, o nível sócio-económico, e as habilitações maternas e paternas e a duração do AM exclusivo.

A existência de aulas de preparação para o parto, a mãe ter definido a duração do AM ou ter sido amamentada, não se correlacionaram com a duração do AM exclusivo.

Nem as expectativas maternas relativamente ao bebé, nem as atitudes maternas face à amamentação, tiveram qualquer correlação com a duração do AM exclusivo, assim como a interacção mãe-bebé durante a mamada ao

3º dia de vida, o sexo do bebê ou a regulação dos estádios ao 3º e 30º dias de vida.

Também não foi encontrada qualquer correlação entre os dois subgrupos do bebê, ou seja, a “Clareza de indícios ou sinais” e a “Responsividade à mãe” e ainda os comportamentos contingentes entre mãe e bebê, dados pela NCAFS quer ao 3º quer ao 30º dia de vida e a duração do AM exclusivo.

Ao efectuarmos a regressão múltipla retrógada passo a passo (stepwise backward multiple regression), verifica-se a existência de três variáveis independentes (transferência de leite ao 3º dia de vida, gravidez planeada ou desejada e “Promoção de desenvolvimento cognitivo” - 4º grupo do NCAFS ao 3º dia de vida) que explicam 31.8% ($R^2=0.318$) da variância da variável dependente, ou seja a duração do AM exclusivo (Quadro XX).

Quadro XX
Influências na duração do aleitamento materno exclusivo *

Variáveis independentes	Coefficiente correlação	Beta padroniz.	C. correlação parcial (r)	p
Transf ^a ao 3º dia	1,15	0,41	0,42	0,001
Gravidez p/d	28,72	0,26	0,29	0,03
Promoção des. cog.	7,44	0,25	0,27	0,04

* Regressão múltipla retrógrada passo a passo

Transf^a. ao 3º dia – Transferência de leite ao 3º dia de vida,

Gravidez p/d – Gravidez planeada ou desejada,

Promoção des. cog. – “Promoção do desenvolvimento cognitivo” - 4º subgrupo do NCAFS ao 30º dia de vida.

É de realçar que a quantidade de leite que passa da mãe para o bebê durante uma mamada ao 3º dia de vida explica quase 18% da variância da duração do AM exclusivo.

6.5.2. Influências na duração do aleitamento materno não-exclusivo

Foram encontradas algumas correlações entre a duração do AM não-exclusivo e algumas das variáveis independentes consideradas.

Verifica-se assim que a duração do AM não-exclusivo se correlacionou com a data do início da suplementação, a interacção mãe-bebé durante a refeição ao 30º dia de vida, com o facto da gravidez ter sido planeada ou desejada e a mãe ter definido previamente a duração do AM (Anexo XLVII).

Assim, por cada dia de adiamento na suplementação, a duração do AM não-exclusivo aumenta cerca de dois dias, ou seja, quanto mais precoce é a suplementação, menor a duração do AM não-exclusivo.

Quando o resultado total da NCAFS ao 30º dia de vida sofre um aumento de um ponto, a duração do AM não-exclusivo, aumenta cerca de 6 dias.

Foram encontradas correlações ainda mais fortes entre alguns dos subgrupos da NCAFS ao 30º dia e a duração do AM não-exclusivo, tal como aconteceu para a duração do AM exclusivo.

Assim, quando os subgrupos maternos “Resposta ao stress”, “Promoção do desenvolvimento cognitivo” ou a soma dos 4 subgrupos maternos da NCAFS, aumentam um ponto, a duração do AM não-exclusivo, aumenta respectivamente de 35.4, 25.1 e 8.5 dias.

Uma gravidez planeada ou desejada aumentou o AM não-exclusivo em 67 dias.

A definição da duração da amamentação correlacionou-se também com a duração do AM não-exclusivo; nas mães que tinham definido a duração da amamentação, a duração do AM não-exclusivo aumentou de 82 dias.

Também foi encontrada uma correlação negativa entre a preocupação materna, relativamente ao comportamento do bebé e a duração do AM não-exclusivo; com efeito, quando o grau de preocupação materna aumenta de 1 ponto, a duração do AM exclusivo, diminui 9 dias.

Curiosamente uma melhor regulação dos estádios ao mês de vida, correlacionou-se negativamente com a duração do AM não-exclusivo.

Não foram encontradas correlações entre a duração do AM não-exclusivo e a transferência de leite, ou a interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida.

O peso ao nascer, o sexo do bebé, a idade da mãe, o nível sócio-económico, as habilitações maternas e paternas, também não se correlacionaram com a duração do AM não-exclusivo

Outras variáveis independentes, como o facto da mãe ter sido amamentada, as expectativas maternas relativamente ao bebé ou as atitudes maternas face ao AM, não se correlacionaram com a duração do AM não-exclusivo.

Não foram encontradas correlações entre a duração do AM não-exclusivo e os subgrupos do bebé, como a “Clareza de indícios ou sinais” e a “Responsividade à mãe” ou os comportamentos contingentes entre mãe e bebé, quer ao 3º, quer ao 30º dias de vida, dados pela NCAFS.

Ao efectuarmos a regressão múltipla retrógrada passo a passo (stepwise backward multiple regression), verifica-se a existência de três variáveis independentes (adiamento da suplementação, planeamento da duração do AM e regulação dos estádios ao 30º dia de vida) que explicam 55.6% ($R^2=0.556$) da variância da duração do AM não-exclusivo (Quadro XXI).

Quadro XXI
Influências na duração do aleitamento materno não-exclusivo *

Variáveis independentes:	Coefficiente correlação	Beta padroniz.	C. correlação parcial (r)	p
Ad. suplem.	1,86	0,64	0,69	0,000
Duração planeada do AM	60,04	0,18	0,25	0,06
Reg. est	-6,94	-0,24	-0,34	0,01

* Regressão múltipla retrógrada passo a passo

- Ad. suplem. – Adiamento da suplementação.
- Duração planeada do AM – A mãe planeou a duração do AM.
- Reg. Est. – Regulação dos estádios ao 30º dia de vida.

Verifica-se que a duração do AM exclusivo explica 47.6% da variância do AM não-exclusivo; por outras palavras, a suplementação precoce diminui a duração do AM não-exclusivo enquanto que uma suplementação mais tardia, aumenta a duração do AM não-exclusivo.

6.5.3. Influências na transferência de leite ao 3º dia

A transferência de leite da mãe para o bebé durante uma mamada ao 3º dia de vida, correlacionou-se com a interacção mãe-bebé durante a mamada e com a frequência materna de aulas de preparação para o parto durante a gravidez (Anexo XLVIII).

Foram encontradas correlações entre a transferência de leite e todos os subgrupos da NCAFS, quer maternos quer do bebé, à excepção do subgrupo “Resposta ao stress”; estas correlações foram, no entanto, mais fracas que a correlação entre a transferência de leite e o resultado total da NCAFS ao 3º dia.

De realçar as fortes correlações existentes entre a transferência de leite entre mãe e bebé e o desempenho do bebé durante a mamada, quer nos subgrupos “Clareza de sinais” e “Responsividade à mãe”, quer no total dos dois subgrupos do bebé.

Realce-se ainda a correlação encontrada entre os comportamentos contingentes entre mãe e bebé e a transferência de leite ao 3º dia de vida; quando a soma dos comportamentos contingentes aumenta de 1 ponto, a transferência de leite aumenta de 2.5 gramas.

Nas mães que frequentaram aulas de preparação para o parto durante a gestação, a transferência de leite ao 3º dia aumentou de 12 gramas.

A transferência de leite ao 3º dia não se correlacionou com outras variáveis independentes, como o peso ao nascer, o sexo do bebé, a idade da mãe, o nível sócio-económico ou a escolaridade materna ou paterna.

Também não foram encontradas correlações entre a transferência de leite ao 3º dia e as expectativas maternas relativamente ao bebé ou as atitudes maternas face à amamentação.

Uma melhor regulação dos estádios também não se correlacionou com uma maior transferência de leite.

Também não foram encontradas correlações entre a transferência de leite ao 3º dia e uma gravidez planeada ou desejada, o facto da mãe ter definido a duração da amamentação ou ter sido amamentada.

Ao efectuarmos a regressão múltipla retrógrada passo a passo (stepwise backward multiple regression), verifica-se a existência de duas variáveis independentes (frequência de aulas de preparação para o parto e os comportamentos contingentes entre mãe e bebé durante a mamada ao 3º dia de vida) que explicam 21.9% ($R^2=0.219$) da variância da variável dependente, a transferência de leite ao 3º dia de vida (Quadro XXII).

Quadro XXII
Influências na transferência de leite ao 3º dia *

Variáveis independentes:	Coefficiente correlação	Beta padroniz.	C. correlação parcial (r)	p
Aulas parto	11,93	0,27	0,29	0,03
Comp cont 3º dia	2,52	0,34	0,35	0,006

* Regressão múltipla retrógrada passo a passo

Aulas parto – A mãe frequentou aulas de preparação para o parto.

Comp. cont. 3º dia – Comportamentos contingentes entre mãe e bebé durante a mamada ao 3º dia de vida.

Verifica-se que os comportamentos contingentes entre mãe e bebê durante a mamada, são responsáveis por 12.2% da variância da quantidade de leite que passou da mãe para o bebê.

6.5.4. Influências na interação mãe-bebê ao 3º dia

Foram encontradas algumas correlações entre a interação mãe-bebê durante a mamada ao 3º dia de vida e as variáveis independentes consideradas.

Para além da correlação existente entre a interação e a transferência de leite entre mãe e bebê, a única variável independente que se correlacionou positivamente com a interação mãe-bebê, foi a expectativa materna face ao bebê ao segundo dia de vida (Anexo XLIX).

A interação mãe-bebê durante a mamada ao 3º dia de vida correlacionou-se negativamente com as atitudes maternas face ao AM, quer através da atitude perante o comportamento, quer pela soma da atitude perante o comportamento e norma subjectiva.

No entanto, não foram encontradas correlações entre a interação ao 3º dia de vida e a norma subjectiva ou a decisão ou manutenção da amamentação.

Não foram encontradas correlações entre a interação mãe-bebê ao 3º dia de vida e outras variáveis como o peso ao nascer, o sexo do bebê, a idade materna, o nível sócio-económico, as habilitações maternas ou paternas e a regulação dos estádios ao 3º dia de vida.

Também não foram encontradas correlações entre uma gravidez planeada ou desejada, a frequência de aulas de preparação para o parto, a definição da duração da amamentação ou a mãe ter sido amamentada.

Ao efectuarmos a regressão múltipla retrógrada passo a passo (stepwise backward multiple regression), verifica-se a existência de três variáveis independentes (transferência de leite ao 3º dia de vida, soma da atitude para o comportamento e da norma subjectiva, relativamente às atitudes maternas face ao AM e as expectativas maternas face ao bebê no 2º dia de vida) que explicam 27.8% ($R^2=0.278$) da variância da variável dependente, interação ao 3º dia de vida (Quadro XXIII).

Nenhuma das variáveis independentes consideradas, conseguiu explicar mais de 8.4% da variância da variável dependente.

6.5.5. Influências na interação mãe-bebê ao 30º dia

Foram encontradas algumas correlações entre a interação ao 30º dia de vida e algumas variáveis independentes consideradas.

Assim, a interação mãe-bebê durante a situação alimentar ao 30º dia de vida, cor-

Quadro XXIII
Influências na interacção mãe-bebé ao 3º dia *

Variáveis independentes	Coefficiente correlação	Beta padroniz.	C. correlação parcial (r)	p
Trans.	0,110	0,26	0,28	0,03
Atit. + norma	-0,032	-0,26	-0,29	0,03
Expec. mat.	0,559	0,24	0,25	0,05

* Regressão múltipla retrógrada passo a passo

- Trans. – Transferência de leite ao 3º dia de vida.
 Atit. + norma – Soma da atitude perante o comportamento e da norma subjectiva, relativamente às atitudes maternas face ao AM.
 Expec. mat. – Expectativas maternas face ao bebé no 2º dia de vida.

relacionou-se com a idade da mãe, com a frequência materna de aulas de preparação para o parto enquanto grávida, e com o facto da gestação ter sido planeada/desejada; um dos subgrupos da NCAFS, ou seja o subgrupo do bebé “Responsividade à mãe”, avaliado ao 3º dia de vida, também se correlacionou positivamente com a interacção ao 30º dia; quando o subgrupo “Responsividade à mãe” ao 3º dia de vida aumentou de um ponto, a interacção ao 30º dia aumentou também de um ponto (Anexo L).

De realçar que a frequência de aulas de preparação para o parto ou o facto da gravidez ter sido planeada ou desejada, aumentou a interacção ao 30º dia de vida, obtida com a NCAFS, de 4.5 e 4.6 pontos respectivamente.

Foi encontrada uma correlação negativa entre a intenção materna na manutenção da amamentação e a interacção ao 30º dia.

Não se encontraram correlações entre a interacção ao 30º dia e outras variáveis independentes, como o peso ao nascer, o sexo do bebé, o nível sócio-económico ou as habilitações maternas ou paternas.

As expectativas maternas relativamente ao bebé, ao 2º e 30º dias, as atitudes maternas face à amamentação, a definição prévia da duração do AM e a mãe ter sido amamentada, assim como a regulação dos estádios ao 3º e 30º dia de vida, não se correlacionaram com a interacção mãe-bebé.

Ao efectuarmos a regressão múltipla retrógrada passo a passo (stepwise backward multiple regression), verifica-se a existência de três variáveis independentes (uma gravidez planeada ou desejada, frequência de aulas de preparação para o parto e a intenção de manutenção do AM, mesmo no caso de surgirem problemas) que explicam 30.6% ($R^2=0.306$) da variância da variável dependente, a interacção ao 30º dia de vida (Quadro XXIV).

Quadro XXIV
Influências na interacção mãe-bebé ao 30º dia *

Variáveis independentes	Coefficiente correlação	Beta padroniz.	C. correlação parcial (r)	p
Gravidez p/d	4,456	0,29	0,33	0,01
Aulas parto	3,809	0,22	0,25	0,06
Manut. AM	-1,055	-0,25	-0,27	0,04

* Regressão múltipla retrógrada passo a passo

Gravidez p/d – Gravidez planeada ou desejada.

Aulas parto – A mãe frequentou aulas de preparação para o parto.

Manut. AM – Manutenção da amamentação.

Uma gestação desejada ou planeada e a frequência de aulas de preparação para o parto foram responsáveis respectivamente por 10.9 e 6.2% da variância da interacção entre mãe e bebé ao 30º dia de vida.

Em suma, foram encontrados vários factores determinantes do sucesso do AM, alguns dos quais se associaram a diferentes medidas de sucesso.

Assim, uma gravidez planeada ou desejada, associou-se positivamente, quer com a duração do AM exclusivo e não-exclusivo, quer com a interacção mãe-bebé ao 30º dia.

Encontrou-se uma associação positiva entre a frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação e uma maior transferência de leite ao 3º dia de vida e a interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida.

A definição da duração do AM, associou-se positivamente com a duração do AM não-exclusivo.

Encontrou-se uma associação entre o adiamento da suplementação e a duração do AM não-exclusivo.

As expectativas maternas face ao bebé ao segundo dia de vida, associaram-se positivamente com a interacção ao 3º dia de vida, ou seja as mães com maiores expectativas quanto ao seu bebé, tiveram uma melhor interacção durante a mamada no 3º dia de vida.

Uma maior preocupação materna quanto ao comportamento do bebé, correlacionou-se negativamente com a duração do AM exclusivo e não-exclusivo.

Encontraram-se associações positivas entre a transferência de leite ao 3º dia e a interacção mãe-bebé durante a mesma mamada e ainda com a duração do AM exclusivo.

A idade materna associou-se positivamente com a interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida.

A correlação negativa entre uma melhor regulação dos estádios e a duração do AM não-exclusivo, é um resultado inesperado (75).

As atitudes maternas face ao AM, expressas quer pela atitude perante o comportamento, quer pela soma da atitude perante o comportamento e norma subjectiva, associaram-se negativamente com a interacção mãe-bebé ao 3º dia de vida.

A intenção materna de manter a amamentação em caso de problemas, correlacionou-se negativamente com a interacção mãe-bebé ao 30º dia.

A interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º dia de vida, associou-se à transferência de leite durante a mamada.

Todos os subgrupos da NCAFS, à excepção do subgrupo “Resposta ao stress”, estão associados à transferência de leite ao 3º dia.

Realce-se o papel decisivo exercido pelo desempenho do bebé, e sobretudo pelos comportamentos contingentes entre mãe e bebé durante a mamada, na transferência de leite ao 3º dia de vida.

A responsividade do bebé durante a mamada ao 3º dia de vida, também se correlaciona positivamente com a interacção ao 30º dia de vida, sugerindo que os bebés desempenham um papel importante e decisivo no sucesso do AM, noção esta já patente noutros estudos (144).

Ao 3º dia de vida, um dos subgrupos de bebé, a “Responsividade à mãe”, associou-se positivamente com a interacção mãe-bebé, dada pela NCAFS ao 30º dia de vida.

A interacção entre mãe e bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida também se correlaciona, não só com a duração do AM exclusivo, mas também com a do não-exclusivo; de realçar as correlações existentes entre as variáveis dependentes consideradas (duração do AM exclusivo e não-exclusivo) e os dois subgrupos maternos “Resposta ao stress” e “Promoção do desenvolvimento cognitivo” e a soma dos 4 subgrupos maternos.

Verifica-se assim a existência de três factores comuns correlacionados com duração do AM exclusivo e não-exclusivo, sendo o primeiro, a interacção mãe-bebé durante a refeição ao 30º dia de vida, o segundo, uma gravidez planeada ou desejada e o terceiro, o grau de preocupação materna relacionada com o comportamento do bebé, durante o primeiro mês de vida.

Uma gestação planeada ou desejada e a frequência de aulas de preparação para o parto, correlacionaram-se positivamente com a interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida.

7.DISSCUSSÃO

O sucesso do AM constituiu o objectivo de múltiplos estudos efectuados em diferentes países, tendo, assim, sido postos em evidência alguns dos factores associados ao seu sucesso.

Os objectivos do nosso estudo foram em primeiro lugar avaliar a eficácia de duas intervenções efectuadas à nascença no sucesso do AM e em segundo lugar avaliar as determinantes do sucesso do AM.

Os resultados do nosso estudo não permitiram confirmar que as intervenções efectuadas à nascença tenham influenciado o sucesso do AM, embora só nos grupos experimentais se tenha registado uma prevalência do AM não-exclusivo superior a sete meses.

No entanto, o nosso estudo identificou alguns dos factores associados ao sucesso do AM, actuando antes, durante e depois da gestação.

A discussão incidirá sobre os aspectos metodológicos, as características das mães, dos bebés, do ambiente em casa, o sucesso das intervenções e as determinantes do sucesso do AM.

7.1.Aspectos metodológicos

O nosso estudo pretendeu contribuir para a fundamentação de estratégias tendentes à promoção do sucesso do AM em Portugal.

O tema “Aleitamento Materno” foi escolhido, dado o interesse da autora do projecto pela prevenção e pelo comportamento alimentar em geral, com realce para a amamentação.

Para a pedagogia moderna, o tema “Aleitamento Materno” contém critérios que tornam importante a sua inclusão num programa de ensino-aprendizagem; de entre os critérios P.U.I.G.E.R., é de realçar a exemplaridade pedagógica.

A complexidade do tema, consequência da multiplicidade das suas facetas, torna-o simultaneamente fascinante e inesgotável.

A extensa literatura existente sobre o tema, tornou moroso o processo da concepção deste estudo.

A duração do projecto desde a sua concepção, até ao fim do trabalho de campo, deveu-se ao cuidado posto no desenho do estudo e no treino da metodologia envolvida, essencial ao carácter experimental e de dupla ocultação do projecto.

O trabalho de campo teve uma duração de quatro anos, sendo a amostra de conveniência (2).

Alguns dos instrumentos utilizados nesta investigação foram pela primeira vez utilizados em Portugal pela autora do projecto e pelo seu orientador científico.

O projecto pressupôs uma viagem e estada na Universidade de Washington em Seattle nos Estados Unidos da América, a fim de estudar e treinar parte dos métodos constantes do estudo.

Uma vez em Portugal, foi necessário obter a fiabilidade entre a autora do projecto e o seu orientador científico, a fim de utilizar na população portuguesa, os métodos propostos.

Dado o carácter experimental e de dupla ocultação do projecto, foi ainda necessário proceder ao treino do resto da equipa de investigadores nalguns dos métodos aplicados.

Os questionários construídos, também foram alvo da ajuda de investigadores portugueses e estrangeiros.

A obtenção de uma balança electrónica foi especialmente difícil e demorada.

Um pormenor aparentemente comezinho, como a obtenção de uma sala de consulta, dedicada exclusivamente ao estudo em causa, revelou-se particularmente difícil; com efeito, uma sala de consulta constituiu uma condição necessária à execução do projecto.

7.1.1.Desenho

Foi escolhida uma investigação prospectiva e experimental, com aleatorização e dupla ocultação a fim de testar as hipóteses colocadas teóricamente (86,96,669).

Dadas as características de dupla ocultação do projecto, a primeira abordagem das mães à entrada para a enfermaria da maternidade, o acompanhamento da mãe durante o parto e a intervenção à nascença, foram efectuadas por um dos investigadores, sendo todo o restante protocolo efectuado pela autora do projecto.

O grau de procura da autora do projecto ou do resto da equipa, não foi controlado.

Tendo havido dificuldade em definir um critério único de avaliação e na ausência de informação sobre eficácia, o número de díades foi escolhido tendo em conta o número de díades habitualmente estudado em estudos anteriores, as limitações de recrutamento e a grande homogeneidade dos grupos, obtida através dos critérios de inclusão (100-102,269,326, 507,580,688,702).

Para estudar o comportamento das crianças e a interacção entre mães e bebés escolheu-se o método da observação directa (221,434,669).

Utilizaram-se as entrevistas numa opção metodológica de avaliação indirecta complementar do método da observação directa, apesar da existência de algumas objecções contra este método; com efeito, Richards e Bernal (462) têm duas grandes objecções contra as entrevistas; as informações pedidas pelo entrevistador, podem ser distorcidas a fim de se ajustarem à concepção que o entrevistado faz das expectativas do entrevistador; os comportamentos que o entrevistado pensa serem culturalmente inaceitáveis podem não ser revelados; tentou-se, no entanto, reduzir tais efeitos através do treino dos entrevistadores a fim de não fazerem juízos de valor e não mostrarem surpresa perante comportamentos bizarros (221,434,554).

7.1.2.Amostragem

Tratando-se de um estudo prospectivo e experimental, importava que não existissem diferenças entre os grupos que criassem factores de distorção, susceptíveis de falsear o seu rigor metodológico.

Os critérios de inclusão foram assim, muito exigentes, abrangendo características maternas, da gestação, do trabalho de parto, do parto e dos bebés.

A selecção da amostra teve como objectivos a obtenção de um grupo homogéneo de mães e bebés, contendo alguns dos critérios ideais para um maior sucesso da amamentação.

As mães eram portuguesas, de raça branca, primíparas, viviam há pelo menos um ano com o pai do bebé, queriam amamentar e pertenciam à classe III e IV do índice de Graffard.

A gestação não era de risco, o parto foi eutócico, único e a apresentação cefálica.

Os bebés eram saudáveis, de termo e de peso adequado à idade gestacional.

Os critérios de inclusão contemplaram ainda, quatro dos seis pontos que Kennell (341) definiu como o melhor começo para uma infância com menos

stress e violência, através da obtenção de melhores atitudes e comportamento da mãe ou dos pais, face ao bebé.

Para Kennel (341), é essencial a presença de um “doula” durante o trabalho de parto e o parto, o contacto precoce e alargado entre mãe e bebé, a demonstração das competências do bebé à mãe ou pais, e um bom suporte pós-parto (1020).

No nosso estudo o papel de “doula” foi interpretado por um investigador, que se manteve junto da mãe, durante o trabalho de parto e o parto.

O contacto precoce entre mãe e bebé, constituiu um critério de selecção particularmente importante, dada a sua influência na interacção da díade (100-102,169,221,223,348,349,352).

O contacto alargado entre mãe e bebé, foi proporcionado pelo alojamento conjunto, sendo também um critério de selecção importante, dada a sua influência na prática do AM em regime livre (92,362,373,460,580,708).

7.1.3. Intervenção

A metodologia aplicada neste estudo, pretendeu contribuir para a elucidação das questões teóricas colocadas, quanto à eficácia das intervenções, no sucesso do AM.

As intervenções foram efectuadas, num modelo de enriquecimento do ambiente, tendo em conta o conceito de intervenção precoce em Pediatria, ligado à prevenção e à promoção da saúde e aumento da resiliência da díade (221,231,249,351,555,603,688).

Verificou-se que as intervenções efectuadas à nascença e durante o primeiro dia de vida, não influenciaram o sucesso do AM, de modo estatisticamente significativo.

A metodologia empregada no nosso estudo poderá contribuir para a explicação dos resultados.

Todos os bebés tiveram contacto precoce durante 30 minutos, após os quais os bebés foram levados para outra sala a fim de serem pesado, vestidos e serem submetidos à administração de vitamina K1.

A noção de “período crítico”, “melhor período”, período “sensível” ou “especial”, define-se como um período relativamente curto durante o qual ocorrem grandes mudanças, após o qual são impossíveis outras alterações; o período do parto corresponde segundo Brazelton ao segundo ponto de viragem do desenvolvimento infantil, realçando o papel do parto natural ao permitir o contacto precoce entre mãe e bebé à nascença (231,351,699).

Todos os bebés dos grupos experimentais foram postos ao peito da mãe no fim da primeira hora de vida.

Assim, nenhum bebé permaneceu junto da mãe durante a totalidade da primeira hora de vida, pré-requisito essencial para Righard e Alade (555) para uma melhor técnica de sucção, sugerindo assim que o contacto entre mãe e bebé não deve ser interrompido durante a primeira hora de vida (173).

Discute-se a existência de um padrão de comportamento predictível em bebés saudáveis, com mães não sedadas durante o parto; tais bebés conseguiriam alcançar o mamilo da mãe e começar a sucção, aproximadamente à uma hora de vida (648,687).

Para além de influências sociais, culturais e psicológicas, os factores biológicos que influenciam a lactação têm sido ultimamente, alvo de atenção (690,691).

A partir de estudos efectuados em animais, podemos especular que no cérebro humano podemos esperar encontrar circuitos neuronais comandando comportamentos inatos da mãe e do bebé, de cuja violação poderão resultar perturbações do AM e de outras interacções (7,73,293,472,496).

A metodologia empregue no nosso estudo, ao interromper o contacto entre mãe e bebé aos 30 minutos, poderá assim ter constituído uma violação das expectativas.

O contacto prolongado, sem qualquer interrupção até à primeira hora de vida, talvez tivesse proporcionado aos bebés, as condições ideais para o início do AM.

O prolongamento do contacto precoce até ao fim da primeira hora de vida não teria permitido no entanto, separar os efeitos exercidos no sucesso do AM, pela precocidade da primeira mamada, daqueles exercidos pelo contacto precoce (100-102,580,635,688).

Nem todos os bebés com oportunidade de mamar à primeira hora de vida serão capazes de o fazer correctamente, dependendo da sua técnica de sucção, pelo que estudos futuros deverão incluir a avaliação da técnica de sucção (555,635,686,688).

A intervenção II consistiu no somatório da intervenção I e da explicação à mãe de que um bebé no estágio de alerta calmo, mamará melhor.

Aparentemente a informação fornecida não foi eficaz no aumento do sucesso do AM.

Podem estar em causa vários factores, como a insuficiência da informação, a falta de processamento da informação, a demonstração da NBAS a todas as mães e o estado de alerta calmo que habitualmente precede a mamada, em díades que praticam o regime livre.

Com efeito, mais do que uma simples informação, parece ser importante a demonstração de como suscitar o estágio de alerta.

Para Page (507), a demonstração da técnica da modulação dos estádios do recém-nascido é essencial para a obtenção de um estágio de alerta conducen-

te a uma melhor eficiência da sucção (507,623).

Por outro lado, o aumento do conhecimento, não implica necessariamente uma mudança de comportamento.

Este facto tem sido interpretado como uma falta de processamento da informação disponível ou pela tomada de decisão ser essencialmente uma decisão individual, muito influenciada pela emoção.

O regime livre a que as crianças estavam sujeitas, pode também ter influenciado o estágio de alerta calmo, imediatamente antes das refeições.

Com efeito, Gaensbauer e Emde (204) estudaram os estádios de 30 recém-nascidos alimentados no regime livre e de 30 recém-nascidos em regime rígido. As crianças em regime livre tinham estados de alerta curtos durante as refeições e durante os primeiros $\frac{3}{4}$ do período inter-refeições; a maior quantidade de estágio 4 ocorria no último quarto, imediatamente antes da refeição seguinte, sugerindo que a ocorrência do estágio de alerta predominantemente antes ou não da refeição é função do tipo de regime utilizado (204).

O alerta calmo antes da mamada, seria assim característico das crianças alimentadas num regime livre.

A demonstração a todas as mães da NBAS no 3º dia de vida da criança, parte integrante do protocolo aplicado em todas as crianças, pode ter actuado só por si como uma verdadeira intervenção, junto das díades dos 3 grupos (269,326,542).

Por último, o nosso estudo foi efectuado adoptando como critérios de inclusão, algumas das medidas recomendadas pela OMS/UNICEF como essenciais ao sucesso do AM (666).

Estas medidas poderão ter resultado num maior enriquecimento do ambiente, contribuindo assim para uma maior semelhança dos resultados nos três grupos.

Realce-se, no entanto, que a prevalência do AM não-exclusivo só se prolongou para além dos sete meses de vida nos grupos experimentais, assim como as expectativas maternas face ao bebé, também foram superiores nos grupos experimentais.

7.1.4. Instrumentos de observação

Optou-se por discutir os métodos aplicados para a observação das atitudes maternas face à amamentação, as expectativas maternas face ao bebé, o estado neuro-comportamental e nutricional do bebé, o desenvolvimento psicomotor do bebé, o ambiente em casa e a interacção mãe-bebé.

7.1.4.1. Atitudes maternas face ao aleitamento materno

A intenção de amamentar é para alguns autores, o primeiro pré-requisito para o sucesso do AM. No entanto, os factores envolvidos na decisão materna de amamentar e na manutenção da decisão, ainda hoje não são completamente compreendidos (316,385,573).

As atitudes maternas face ao AM, foram avaliadas através de um questionário, construído para esse efeito e baseado na Teoria da Acção Reflectida (188).

A Teoria da Acção Reflectida de Fishbein e Ajzen (188,412,334), é um exemplo da linha teórica cognitiva aplicada à formação das atitudes e baseia-se na assunção de que as pessoas são habitualmente razoavelmente racionais e fazem uso sistemático da informação disponível.

Segundo esta teoria, a intenção é função de duas determinantes básicas, uma pessoal e outra que reflecte a influência social.

O factor pessoal, é a avaliação pessoal positiva ou negativa das consequências de um dado comportamento; este factor é chamado “atitude perante o comportamento”.

O segundo factor determinante de uma dada intenção, é a percepção pessoal das pressões sociais sobre si exercidas a fim de executar ou não o comportamento em questão; dado este factor lidar com percepções, é chamado “norma subjectiva”.

Segundo esta teoria, um dado comportamento será determinado pela intenção e esta será resultante dos pesos relativos da atitude perante o comportamento e pela norma subjectiva e em última análise pelas opiniões pessoais.

É possível prevermos um certo comportamento através do conhecimento da “atitude perante o comportamento” e da “norma subjectiva” de uma pessoa face a esse comportamento.

No entanto, para entendermos a intenção de uma pessoa em efectuar um dado comportamento, é necessário explicar as razões pelas quais as pessoas têm certas atitudes e normas subjectivas.

Segundo esta teoria, as atitudes são função de opiniões e as opiniões que estão na base da atitude perante o comportamento de uma pessoa chamam-se “opiniões comportamentais”.

As normas subjectivas também são função de opiniões, ou seja, são opiniões que a pessoa tem, relativamente às opiniões de outrém, sobre se ela própria deve ou não ter um dado comportamento; chamam-se às opiniões que estão na base da norma subjectiva de uma pessoa, “opiniões normativas”.

Outros autores sugerem que, sendo o AM um comportamento não completamente dependente da vontade, mais do que a intenção de amamentar, é a predição do tempo de amamentação e a percepção de controlo sobre a lactação, que determinaria um maior sucesso da amamentação (218,494,638).

Existe ainda outra perspectiva teórica que analisa o processo da formação das atitudes enquanto processo afectivo, sem necessidade de um suporte racional, relacionando a formação das atitudes a experiências emocionais, sugerindo que campanhas de publicidade bem estruturadas e bem conduzidas podem ter efeitos importantes no processo de formação das atitudes (412).

A Teoria da Acção Reflectida tem sido aplicada em áreas muito diferentes do comportamento humano, como a prática de uma dieta de emagrecimento, a orientação profissional, o planeamento familiar e uso de contraceptivos orais, a utilização do voto em eleições e o AM (188,334,412,449,450).

Este método foi escolhido a fim de tentar encontrar uma associação entre as atitudes maternas face ao AM e o sucesso do AM; tal eventualidade poderia ter repercussões ao nível de intervenções em termos de Educação para a Saúde, dirigida às futuras mães.

O questionário baseou-se nos estudos de Anthony Manstead, em estudos portugueses e estrangeiros sobre a decisão de amamentar e ainda na experiência pessoal da autora do projecto (54,168,182,188,247,252,287,307, 322,325,373,431,449,450,623).

O questionário foi constituído por perguntas relacionadas com as vantagens e desvantagens do AM e do aleitamento artificial para mãe e/ou bebé.

As pessoas significativas escolhidas, foram o pai do bebé, a avó materna do bebé, a melhor amiga e o médico assistente da mãe; estas pessoas têm sido realçadas em diversos estudos, embora com peso variável, como podendo influenciar a decisão e duração do AM (162,168,244,247,431,449,450,627).

Os resultados do nosso estudo, encontrando associações negativas entre as atitudes maternas face ao AM e o sucesso do AM e uma correlação entre a definição da duração planeada do AM e o seu sucesso, sugerem a escolha da Teoria da Acção Planeada para aplicação em estudos futuros, que tenham como objectivo relacionar as atitudes maternas e o sucesso do AM (494).

7.1.4.2.Expectativas maternas face ao bebé

Tem sido sugerido que as expectativas maternas face ao bebé influenciam a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar.

As expectativas maternas foram avaliadas através do “Neonatal Perception Inventory” (NPI) criado por Broussard (76).

O NPI é um instrumento de trabalho com numerosas implicações nos padrões interactivos precoces entre mães e bebés; o NPI tem como objectivos, a promoção de uma boa saúde mental da mãe e do bebé e a detecção precoce de qualquer perturbação entre mãe e bebé, funcionando assim como um instrumento de prevenção (76).

Com efeito, a literatura sugere que as percepções dos pais acerca do seu filho influenciam o comportamento dos pais de várias formas, influenciando

indirectamente a criança (36).

Tradicionalmente, diz-se que a mulher se apaixona pelo seu filho, ao primeiro contacto com ele, à nascença; para alguns autores porém, este fenómeno depende de múltiplos factores sócio-demográficos, culturais, psicológicos e ainda circunstanciais, ligados à gestação e ao parto (28,69,72, 141,233,513,516,517).

Quando uma criança nasce, os pais têm que fazer um trabalho de adaptação entre o bebé “imaginário” e o bebé “real” e se esta adaptação não é conseguida, pode pôr em risco a interacção entre pais e bebé e comprometer uma ligação saudável.

Neste trabalho de adaptação, as características físicas do bebé influenciam as expectativas maternas; os estudos de Adams e Crane (4) e de Stephan e Langlois (617) mostraram um forte estereótipo associando à beleza das crianças, qualidades como a inteligência, bondade e bom carácter.

Para Carey (91), a percepção materna acerca do temperamento dos seus filhos, nem sempre corresponde à realidade, e para Hinde (123), uma sobrevalorização da criança pela sua mãe, faz parte do processo normal e parte integrante da maternidade, e uma percepção falsa ou uma distorção da realidade, pode ser essencial para o desenvolvimento das interacções entre pais e bebé, sendo mais importante “o que uma pessoa pensa acerca de uma relação, que a relação em si”.

Também para Broussard (76), é essencial uma “subjectividade relativa” na percepção materna acerca do seu filho, como garante de uma melhor maternidade ou “maternage”, dada a ênfase atribuída pela nossa sociedade a ser-se “melhor que a média”.

Enquanto que para Broussard (76), as expectativas maternas são influenciadas pelo comportamento e aspecto físico do bebé e pelos valores sociais, auto-estima e história maternas, para Alfasi e col. (12), a percepção materna do bebé, baseia-se mais na projecção materna dos seus próprios desejos e receios, que no comportamento do bebé e assim sendo, o NPI revela-nos mais sobre a mãe que sobre a criança.

Pascoe e French (517) realçam a importância da privacidade no pós-parto, permitindo uma maior intimidade entre mãe e bebé durante a mamada, sugerindo que as condições oferecidas pelo hospital e pelos seus técnicos após o parto, constituem uma oportunidade única para facilitar ou inibir o estabelecimento dos primeiros sentimentos positivos da mãe para o seu bebé (517).

Existe ainda muita controvérsia acerca do valor predictivo do NPI; Broussard e Hartner (36), encontraram uma associação entre o NPI ao mês de vida e a necessidade de intervenção psiquiátrica aos 4,5 anos de vida da criança, enquanto que Palisin (508), não conseguiu encontrar diferenças entre as percepções maternas acerca do seu filho ao mês de vida, avaliadas com o

NPI e a saúde mental das crianças.

Outra questão importante, é a de saber se as percepções maternas expressas no NPI, estão relacionadas com o comportamento materno durante a interacção mãe-bebé, ou por outras palavras, será que uma mãe cotada como “de risco” no NPI mostra uma menor sensibilidade na interacção com o seu bebé?

O estudo de Alfasi e col. (12) não foi capaz de mostrar uma relação entre o grupo de risco segundo o NPI e a interacção entre mãe e bebé durante a refeição, avaliada pela NCAFS (34).

Utilizou-se o NPI a fim de tentar avaliar a sua validade em relação ao sucesso do AM.

Os resultados do nosso estudo sugerem que as expectativas maternas ao segundo dia de vida foram influenciadas pelas intervenções efectuadas e associaram-se positivamente à interacção mãe-bebé durante uma mamada ao terceiro dia de vida, achado este que parece confirmar a validade concorrente do NPI.

Também a associação negativa entre o grau de preocupação materna quanto ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida e o sucesso do AM sugerem a importância de proporcionar às mães que amamentam, as condições ideais para o estabelecimento e manutenção de um bom reflexo de ejeção, nomeadamente através da disponibilidade do médico assistente do bebé.

7.1.4.3. Estado neuro-comportamental

Tem sido sugerido que o estado neuro-comportamental do bebé, nomeadamente a sua capacidade de regulação dos estádios é um factor importante no sucesso do AM, influenciando a interacção mãe-bebé durante a mamada e a ingestão de leite.

A observação do estado neuro-comportamental dos bebés foi efectuada com a NBAS (65,66).

Concebido por Brazelton há cerca de vinte anos, a NBAS é hoje aplicado em mais de 600 centros nos E.U.A., seis centros de treino na Europa, um em Israel e cinco no Oriente (65,68).

A NBAS baseia-se nos pressupostos que o recém-nascido é um ser complexo e organizado, capaz de se defender dos estímulos negativos e controlar as várias reacções autónomas, de modo a poder estar disponível para os estímulos agradáveis e ainda é capaz de se adaptar ao ambiente e de entrar em interacção com outras pessoas, a fim de receber delas a estimulação necessária para o seu desenvolvimento (65,66,68,221).

A NBAS parece ser o melhor método para avaliar as características indi-

viduais e o relatório comportamental interactivo do recém-nascido de termo, em todos os seus componentes (64,65,68,583).

Os estudos de Brazelton (68) sobre a relação entre os estádios da criança e a sua capacidade para interagir, providenciaram uma base muito importante para os estudos sobre a sincronia nas interacções entre a criança e o seu prestador de cuidados, geralmente a mãe. Através de alguns sinais, a criança comunica as suas necessidades ao seu prestador de cuidados; as suas respostas de orientação e alerta indicam um desejo de manter a interacção, enquanto que a habituação e a recusa de contacto visual são a tradução da necessidade que o bebé sente de reduzir a estimulação externa. O bebé utiliza assim os seus estádios, a fim de lidar com os estímulos internos e externos, como uma expressão da sua organização interna e a sua habilidade para controlar as suas reacções aos estímulos (64,65,68,583).

Para Brazelton e col. (65,66), a NBAS proporciona a oportunidade de avaliar a experiência intrauterina vivida pelo bebé e também uma visão do seu futuro.

A capacidade do bebé regular o nível da estimulação tolerável, está de acordo com a tese de Osofsky (65), segundo a qual um bebé é simultaneamente “legível” e predictível, o que se torna especialmente importante para os seus prestadores de cuidados (64).

Brazelton (65,66), recomenda que, para melhor descobrir as capacidades do bebé e a sua estratégia de adaptação às exigências da vida extrauterina, se efectuem pelo menos duas avaliações de cada criança; no caso de se fazerem três avaliações, a primeira deverá ser efectuada de preferência no 3º dia de vida, a segunda dos 7 aos 10 dias de vida e a terceira dos 14 aos 30 dias de vida do bebé.

O padrão resultante daquelas avaliações, traduzindo-se numa curva de recuperação no contexto global da organização do recém-nascido, é para alguns autores o melhor índice de predictibilidade em termos do seu desenvolvimento (65,66).

Desde a sua primeira publicação, a NBAS tem sido aplicada em estudos sobre crianças de risco, para avaliar os efeitos de influências perinatais, como os da medicação obstétrica, hiperbilirrubinémia e fototerápia, para avaliar os efeitos de variáveis intrauterinas como a desnutrição materna ou uso materno de substâncias deletérias, para estudos comparativos raciais e transculturais em termos de comportamento infantil, para estudos predictivos, e ainda como forma de intervenção (14,23,26,64,67,115,165,175,179,202,203,222,223,4,25,227,228,229,231,232,233,269,326,331,332,342,378,88,389,398,415,469,488,502,503,512,513,509,566,567,578,677,692,695).

Para Britton (75), uma boa regulação dos estádios é um pré-requisito

para o estabelecimento de uma boa interacção entre mãe e bebé, e bebés com problemas na regulação dos estádios, podem através de uma má interacção durante a mamada, ter uma menor ingesta de leite e um maior gasto de energia, factores decisivos no sucesso da amamentação.

Especialmente interessante em termos de AM, é o estudo de Osofsky e Danzger (502), que estudaram o estilo neonatal e a interacção mãe-bebé durante uma situação alimentar em crianças de 2-4 dias de vida; o desempenho dos bebés estava relacionado com o seu comportamento alimentar, que por sua vez estava relacionado com o comportamento materno.

Este estudo mostrou que o estilo do bebé e a sua responsividade eram consistentes durante a aplicação da NBAS e a situação alimentar; um bebé mais alerta e responsivo relativamente à NBAS, também se comportava da mesma maneira, quando era alimentado. Também os padrões da estimulação e estilo de responsividade maternos, eram consistentes com os comportamentos de procura e responsividade característicos do bebé.

Utilizou-se a NBAS, a fim de observar o estado neurocomportamental dos bebés e a influência da regulação dos estádios no sucesso do AM; a existência de diferenças entre os grupos poderia constituir um factor de distorção.

Os resultados do nosso estudo estão em contradição com os de outros autores.

7.1.4.4. Estado nutricional dos bebés

O estado nutricional da criança é um dos parâmetros óbvios na definição de sucesso do AM.

A avaliação do estado nutricional das crianças foi efectuada desde o nascimento e até aos 12 meses de vida; com efeito, para Greaves e Hendrata (237), a monitorização do crescimento da criança deverá ser iniciada desde o seu nascimento, podendo constituir assim um reforço positivo para a mãe, confirmando a sua competência em assegurar a alimentação do seu bebé (237).

Utilizaram-se nessa avaliação parâmetros únicos, dois parâmetros e a associação de dois parâmetros (251).

Como parâmetros únicos, utilizaram-se o peso/idade, a estatura/idade, o perímetro cefálico/idade, o perímetro braquial e a prega tricipital.

A utilização de dois parâmetros, constituiu no índice de Kanawati e McLaren ou perímetro braquial/perímetro cefálico (329,557).

A utilização da combinação de dois parâmetros foi dada pelo índice de McLaren e Read (461).

O peso é a medida antropométrica chave para a avaliação nutricional; a principal crítica que poderá ser feita às classificações que utilizam o

peso/idade como parâmetro único, na avaliação nutricional, é a de que partem do pressuposto que todas as crianças de uma determinada idade deverão ter o mesmo peso, independentemente da sua estatura (251).

O índice de Kanawati e McLaren (329,557) não mostra praticamente diferenças entre as crianças de ambos os sexos e tem a vantagem de permanecer constante dos 3 aos 48 meses de vida, apesar da avaliação do estado nutricional efectuada a partir deste método, revelar para Guerra e col.(251), um elevado número de falsos positivos ou malnutridos (329,557).

O índice de McLaren e Read (461), ao permitir simultaneamente a identificação da forma e do grau de malnutrição proteico-energética, parece constituir o melhor método de classificação para todas as situações nutricionais (251).

Dado tratar-se de um estudo de grupos, optou-se por fazer a apresentação dos resultados em termos de comparação de grupos; os resultados foram apresentados em médias do somatório dos resultados parciais, obtidos desde o 3º dia até aos 12 meses de vida, para cada parâmetro utilizado.

Apenas o índice de McLaren e Read foi apresentado ao longo do ano de vida, pois sendo uma variável ordinal, não é susceptível de ser estudado através de médias.

Para o peso, estatura e perímetro cefálico, utilizaram-se as tabelas de percentis habituais; para alguns autores, as necessidades energéticas das crianças amamentadas parecem ser menores que as recomendadas habitualmente, podendo as tabelas de crescimento estatuto-ponderal de referência, não serem as mais apropriadas, para as crianças predominantemente alimentadas ao peito (143,145,208,263).

Dado que os padrões de referência da prega tricipital, foram obtidos em crianças belgas, e por as curvas obtidas para o primeiro ano de vida serem praticamente sobrepostas para as crianças de ambos os sexos, optou-se por fazer a apresentação dos resultados, apenas em termos de comparação dos 3 grupos (631).

O perímetro braquial tem sido proposto como medida do estado de nutrição, mas apenas a partir dos 12 meses de vida; por outro lado, os padrões de referência, assentam em crianças de grupos populacionais totalmente distintos, pelo que também se optou por fazer a apresentação dos resultados, apenas em termos de comparação entre grupos (81,251,458).

Os índices de Kanawati e McLaren foram comparados com a norma e os índices de McLaren e Read classificaram os bebés em termos nutricionais (329,461,557).

Não foram encontradas diferenças entre os grupos, à excepção do índice de McLaren e Read aos 12 meses.

7.1.4.5. Desenvolvimento dos bebês

O desenvolvimento psicomotor dos bebês constitui um dos parâmetros de sucesso do AM.

O desenvolvimento psicomotor dos bebês foi avaliado com as BSID (43).

As BSID podem ser utilizadas na prática clínica, com o objectivo de determinar o nível de desenvolvimento de uma criança ou um possível desvio do normal, permitindo nesse caso a instituição de medidas de correcção adequadas a cada caso.

As BSID têm pouco valor predictivo, relativamente às competências futuras de uma criança, dado as velocidades de desenvolvimento de uma criança de um ou dois anos, poderem ser muito variáveis durante o decurso de alguns meses.

Embora sem grande valor predictivo, as BSID são provavelmente o melhor instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor de uma criança, quando comparada com outras crianças do mesmo grupo etário, depois do primeiro mês de vida e até aos dois anos e meio.

Com a possível excepção da NBAS, as BSID devem ser os instrumentos de avaliação em termos do desenvolvimento infantil, mais utilizados em investigação em todo o mundo (194).

As BSID têm sido muito utilizadas na investigação, em estudos de crianças de risco infantil e materno, estudos predictivos e estudos com intervenção (27,165,185,194,240,331,403,579,591598,602,675).

Tem sido evidenciada a relação entre os resultados obtidos nas BSID e a interacção entre a criança e o seu prestador de cuidados (465,602).

Optou-se pelas BSID como instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor, dada a sua popularidade em todo o mundo e ainda pela validade e fiabilidade deste instrumento (43).

Com efeito, foi encontrada uma fiabilidade entre dois observadores de 89.4% para o MDI e de 93.4% para o PDI (43).

Quanto à fiabilidade obtida em test-retest, obtida com um intervalo de uma semana, foi de 76.4% para o MDI e de 75.3% para o PDI (43).

A correlação existente entre o MDI e o PDI, varia entre 0,24 e 0,78, existindo uma tendência para decrescer com a idade (43).

Os resultados encontrados no nosso estudo sugerem que todos os bebês estudados tiveram um desenvolvimento psicomotor normal, de esperar em crianças sem risco; também não foram encontradas diferenças entre os grupos.

7.1.4.6. Ambiente em casa

A qualidade do ambiente animado e inanimado em que a criança e a sua família vivem, foi avaliada através do HOME (87).

Com efeito, educadores, enfermeiros e psicólogos, têm-se preocupado com a qualidade do ambiente em que a criança vive, a sua casa, e os métodos mais apropriados para avaliar esse mesmo ambiente (35,36,239,355).

Neste âmbito, Bettye Caldwell e col.(87) desenvolveram um estudo no início dos anos 60, para determinar as relações entre as características da aprendizagem em idades tão precoces como o mês de idade e certas características do ambiente caseiro assim como o desenvolvimento mental da criança.

Segundo Bettye Caldwell, o ambiente que melhor pode contribuir para favorecer um desenvolvimento óptimo da criança deverá incluir:

1. Uma grande frequência de contacto com adultos, envolvendo um pequeno número de pessoas adultas.
2. O fornecimento de um ambiente de aprendizagem social que possa estimular a criança e dar-lhe respostas.
3. Um nível óptimo de gratificação das necessidades.
4. Um clima emocional positivo.
5. Um ambiente que contenha poucas restrições desnecessárias relativamente às tentativas de exploração precoce da criança.
6. O fornecimento de experiências culturais ricas e variadas.
7. Um ambiente físico que contenha experiências sensoriais variadas.
8. O acesso a certos tipos de materiais lúdicos.

A versão inicial foi sofrendo modificações ao longo de anos de investigação; actualmente existem duas versões do HOME ou "Home Observation for Measurement of the Environment"; a primeira contém 45 itens (87), e pode ser aplicada a crianças desde o período de recém-nascido até aos 3 anos; existe ainda uma 2ª versão do HOME, para ser utilizada em crianças dos 3 aos 6 anos (61,87).

A última versão do HOME tem sido correlacionada com medidas de desenvolvimento infantil, sugerindo que o HOME é um bom método de avaliação duma complexidade de forças ambientais, que provavelmente poderão ser pré-requisitos para um melhor desempenho em tarefas cognitivas (60,87,240).

A sua validade e sensibilidade como indicador de influências sócio-ambientais no desenvolvimento infantil tem sido demonstrada ultimamente através da evidência de que o HOME explica melhor a variância no funcionamento cognitivo infantil, que o nível sócio-económico-cultural da mãe (60,240,602,615).

A consistência interna do HOME foi relatada por Elardo (35), como sendo de 0,44 a 0,89 para as sub-escalas e de 0,89 para o resultado total.

A validade foi estabelecida a partir de estudos correlacionando os resultados com a dependência da assistência social, a escolaridade materna e paterna, o tipo de trabalho paterno e o número de pessoas do agregado familiar (35). Os coeficientes foram moderadamente positivos, desde 0,25 até 0,55.

Foi também demonstrada a validade predictiva do HOME. Embora não tendo sido encontrada uma relação entre o HOME aos 6 meses e as BSID aos 12 meses, foi encontrada uma correlação entre o HOME aos 6 meses e o Stanford-Binet aos 36 meses (r de 0,24 a 0,40 para as sub-escalas e $r=0,50$ para o resultado total) (35).

O HOME tem sido utilizado em estudos de crianças de risco, estudos predictivos e estudos com intervenção (41,240,312,330,331,579,598,602).

O HOME foi escolhido como instrumento de medida do ambiente animado e inanimado em casa do bebé, por ser um instrumento muito utilizado em investigação, com validade e fiabilidade comprovadas, permitindo assim uma comparação entre os nossos resultados e a norma proposta por Caldwell (Anexo XLV).

7.1.4.7. Interacção mãe-bebé durante a situação alimentar

A interacção entre mãe e bebé durante a mamada é um dos parâmetros mais importantes de sucesso do AM.

A interacção mãe-bebé durante a situação alimentar foi avaliada através da “Nursing Child Assessment Feeding Scale” (NCAFS).

Esta grelha de observação tem sido utilizada para estudar crianças de risco, em estudos transculturais, para estudar os efeitos de influências perinatais e estudos com intervenção, constituindo para Britton (75), um dos melhores métodos de avaliação da interacção entre mãe e bebé durante a mamada (10,34,35,72,361,390,417,432,488,501,507,542,553,569,623).

Este método privilegia a observação de comportamentos interactivos entre mãe e bebé, salientando também os comportamentos contingentes entre os parceiros da díade (34,623).

Barnard (37) salienta a importância de mãe e bebé “valsarem” durante a situação alimentar, referindo-se ao mesmo fenómeno que Brazelton, ou seja “a qualidade rítmica e cíclica da interacção mãe-bebé” (37).

Também para Brazelton e Cramer (69), são muito importantes alguns conceitos, como a sincronia, a simetria, a contingência, o treino, o jogo, a autonomia e a flexibilidade na avaliação da interacção precoce.

A validade e fiabilidade deste instrumento, foram estudadas através de diferentes estudos (10,57,374,390,432,507,542,623).

Barnard (623) e Bonanomi (57) demonstraram o alto grau de consistência interna para o resultado total na NCAFS, respectivamente de 0,86 e 0,84.

O resultado total dos dois subgrupos do bebé foi de 0,81 no estudo de

Bonanomi (57), maior do que o valor encontrado por Barnard (623), o que pode ser explicado pela diferença do número de crianças de cada estudo.

O resultado dos quatro subgrupos maternos foi de 0,65 no estudo de Bonanomi (57), enquanto que para Barnard (623), foi de 0,83, diferença esta que pode resultar da existência de um efeito Hawthorne no estudo de Bonanomi (57).

Para Barnard (623), a implicação prática da análise da consistência interna, é a de que o resultado total dos 76 itens da NCAFS, fornece uma base mais fiável para a comparação de grupos que as subescalas.

A fiabilidade “test-retest” que reflecte a estabilidade dos resultados obtidos nas mesmas díades através do tempo, é maior para o total dos comportamentos maternos (75), que para o resultado total dos comportamentos do bebé (51).

A fiabilidade “test-retest” foi demonstrada a curto prazo com intervalo de 3 dias, pelo estudo de Bonanomi (57), e com intervalo de 27 dias, por Quillin (542).

A validade do método também foi estudada através de diferentes estudos.

A sua validade discriminante foi demonstrada em estudos comparativos, que estabeleceram comparações entre crianças de termo e crianças pré-termo, diferentes personalidades maternas, a existência de bebé único ou gémeos, dificuldade de crescimento de causa orgânica e não-orgânica, características sócio-demográficas maternas, e o peso do bebé à nascença (390,432,623).

A NCAFS também foi utilizada em estudos com intervenção em mães sem abrigo, mães adolescentes, e crianças pré-termo (507,623).

A NCAFS parece ser actualmente o melhor instrumento de estudo da interacção mãe-bebé durante a situação alimentar; a sua validade, fiabilidade e consistência interna foram amplamente estudadas e comprovadas e as suas características privilegiam os comportamentos interactivos e contingentes entre mãe e bebé.

Este instrumento nunca tinha sido aplicado em Portugal, permitindo assim uma comparação entre os resultados do nosso estudo e a norma estabelecida por Barnard (623) (Anexo XLIV).

Os resultados obtidos parecem confirmar que a NCAFS é um bom instrumento de medida da interacção mãe-bebé, sendo cada um dos seus subgrupos, nomeadamente os comportamentos contingentes, factores determinantes do sucesso do AM, sugerindo enormes e evidentes implicações na formação pré e pós-graduada e ainda na formação contínua dos profissionais de saúde.

7.1.5. Tratamento estatístico

A complexidade do projecto, levou à criação de uma base de dados que pudesse conter todas as informações colhidas ao longo do trabalho de campo, tendo sido necessária a ajuda de um estatista e de um programador para a sua criação e para a operacionalização dos dados.

O tratamento estatístico dos dados foi da responsabilidade da autora do projecto e contou com a ajuda de dois estatistas.

A elaboração de uma base de dados e a escolha dos métodos estatísticos a empregar no estudo, foi um processo muito árduo.

A autora do projecto frequentou vários cursos de introdução à investigação e à estatística.

O manual de Anthony Walsh (673) revelou-se particularmente útil, nesta fase do processo.

As variáveis descontínuas foram estudadas através do método do qui quadrado e do teste de Fisher.

As variáveis contínuas foram estudadas através de análises de variância (ANOVA) ou através do teste de Kruskal-Wallis, conforme se tratasse de curvas normais ou não.

As curvas da duração do AM exclusivo e não-exclusivo apresentaram uma assimetria com desvio para a direita, não constituindo assim curvas normais.

Algumas variáveis tecnicamente ordinais, como as atitudes maternas face à amamentação, avaliadas com uma escala de Likert, também foram estudadas através de análises de variância, dado que o seu tratamento, como se se tratasse de variáveis intervaladas, é possível, sem que os seus resultados tenham distorções importantes.

7.2. Características das mães

Foram estudadas as características sócio-demográficas das mães, as atitudes durante a gestação e face ao AM, as expectativas maternas face ao bebé e as causas de desmame parcial e total.

As mães dos três grupos tinham características sócio-demográficas semelhantes, à excepção da idade materna.

Com efeito, no nosso estudo, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, relativamente à idade materna ($p=0,02$).

Apesar de se tratar de uma diferença estatisticamente significativa, tratar-se-á de uma diferença clinicamente significativa? Por outras palavras, uma diferença de 2 a 3 anos, na idade média das mães dos 3 grupos influenciará o AM?

Alguns estudos encontraram uma associação entre uma maior idade materna e a decisão de amamentar (162,246,247,312,425).

Já a associação entre idade materna e duração do AM é controversa.

Para Holt e Wolkind (297) e de Lecerf e Sivery (386) não existe qualquer associação entre idade materna e duração da amamentação; outros autores sugerem uma influência da idade materna, na duração da amamentação, verificando-se uma menor duração do AM quando as mães têm uma idade inferior a 19 anos, ou superior a 35 anos ou ainda uma associação positiva ou negativa da duração do AM e a idade materna (54,425,467,639).

No nosso estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quanto ao trabalho materno.

O trabalho materno fora de casa, tem sido associado a uma menor duração do AM exclusivo, não só pelas dificuldades inerentes à sua manutenção, mas também pelas menores expectativas maternas quanto à duração do AM (24,126,373,410,571,572).

Embora os estudos portugueses não tenham encontrado uma associação entre trabalho materno e duração do AM, tal facto pode dever-se à baixa prevalência do AM no nosso país, associada à existência de uma licença de parto de 3 meses (93,585).

A escolaridade materna e paterna não foram estatisticamente diferentes nos 3 grupos.

Dada a influência exercida pela escolaridade materna e paterna na decisão e duração do AM, a existência de diferenças entre os grupos, poderia constituir um importante factor de distorção.

Com efeito, nos países industrializados, é nas mães das classes mais altas e de maior escolaridade que se verifica uma maior incidência e prevalência do AM, verificando-se o inverso nos países em desenvolvimento (215,308,312, 316,325,357,425,467,609,627).

A nossa amostra pertencia às classe III e IV de Graffard, não havendo diferenças significativas entre os 3 grupos; uma diferença nas classes sociais entre os grupos poderia constituir um factor de distorção importante na avaliação das variáveis dependentes, dada a influência exercida pelo meio sócio-económico na decisão de amamentar e na duração da amamentação.

Nos países industrializados, o retorno à prática do AM, tem sido liderado pelas mulheres da classe alta e só depois seguido pelas mulheres da classe média e das classes mais desfavorecidas (246,247,609).

Verificou-se a existência de uma grande homogeneidade entre as características sócio-demográficas das mães dos 3 grupos, com excepção da idade materna, que foi em média mais elevada 2 ou 3 anos no grupo controlo.

A idade gestacional foi calculada a partir de dois dados, sendo o primeiro obtido através da consulta do processo e o segundo, obtido através da observação do recém-nascido, pelo método de Parkin (514), fazendo-se a média

dos resultados.

Optou-se por incluir os resultados nas características maternas, para simplificação.

A idade gestacional também foi semelhante nos 3 grupos.

Dada a importância da idade gestacional na escolha do regime alimentar do bebé e no sucesso do AM, a existência de diferenças entre os 3 grupos poderia constituir um importante factor de distorção (12,34,35,425,657).

O questionário para averiguar as atitudes da mãe durante a gestação, teve em conta as vivências e as atitudes maternas face à gravidez, ao bebé e ao AM, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que poderia constituir factores de distorção.

A decisão de amamentar é o primeiro pré-requisito para o sucesso do AM e constituiu obviamente, um critério de inclusão das mães da nossa amostra (188,189).

Todas as mães viviam maritalmente com o pai do bebé há pelo menos um ano; alguns autores encontraram uma influência entre o estado civil e a decisão de amamentar, mais discutível relativamente à sua duração (45,246, 252).

Outros autores sugerem que a união de facto funciona socialmente como um equivalente do casamento, pelo que a coabitação com o pai do bebé há pelo menos um ano, foi incluída nos critérios de inclusão (221,605).

Só uma pequena parte das mães da nossa amostra tinha frequentado aulas ou cursos de preparação para o parto.

A frequência de aulas de preparação para o parto tem sido enfatizada como um factor importante na decisão de amamentar, sobretudo nas mães indecisas (54,174,246,431).

Outros autores demonstraram a associação entre a orientação dada em cursos pré-natais e uma maior duração do AM, salientando a importância da presença do pai do bebé nessas consultas (141,248,319,397,430,671).

No entanto, a utilidade de aulas de preparação para o parto não é independente do seu "timing" e sobretudo do seu conteúdo (182,319).

Para alguns autores, uma consulta pré-natal durante o 3º trimestre de gravidez constituiria o primeiro ponto de viragem ou seja, uma oportunidade única, na contribuição para o sucesso do AM (199,233).

Todas as mães ficaram em casa durante a licença de parto, sendo a criança entregue aos cuidados de outrém depois desse período, na maioria dos casos; a inexistência de uma licença de parto, constituiria um factor de distorção importante, sobretudo no caso de um trabalho a tempo completo, embora estudos portugueses não tenham encontrado qualquer associação entre trabalho materno e desmame precoce (93,373,571,572,585).

Discute-se se é o trabalho materno per se, o factor mais importante na duração do AM, ou outros factores ligados ao trabalho, dificultando a manu-

tenção láctea ou diminuindo as expectativas maternas relacionadas com o aleitamento (24,30,571,606).

A maior parte das gestações tinha sido planeada ou desejada por ambos os pais; as gestações não planeadas ou desejadas, foram bem aceites por todos os pais.

A maior parte das mães tinha conhecimento prévio sobre o sexo da criança, correspondendo às preferências de ambos os pais; nalguns estudos, o sexo masculino influenciou a decisão materna de amamentar, enquanto que noutros não foi possível demonstrar tal influência (252,312,425).

Actualmente, a prática das ecografias fetais, permite o conhecimento do sexo da criança durante a gestação, o que para alguns autores pode, por vezes, ser prejudicial ao trabalho de vinculação (613).

A maior parte das mães consideravam que tinham conhecimentos prévios sobre bebés, adquiridos sobretudo através do contacto directo ou dos órgãos de comunicação social, resultados semelhantes aos de outros autores (89,111,150,237,277,515,546,615).

A maior parte dos bebés foram incluídos nos planos de vida dos pais, traduzindo-se provavelmente por uma gravidez planeada ou desejada.

Os problemas sentidos pelas mães durante a gravidez relacionavam-se sobretudo com eventuais problemas de saúde do bebé, com especial realce para a possibilidade de malformações.

A maior parte das mães não definiam a duração planeada ou desejada do AM.

As expectativas maternas quanto à duração do AM parecem ser um factor importante do seu sucesso e a sua inexistência pode influenciar um desmame precoce (188,248,334,387,412).

Pode-se especular que uma mãe que tenha planeado a duração do AM, poderá encarar a prática do AM como uma “tarefa”, tal como o estudo de Parker (513) sugere, o que não seria independente do temperamento materno.

A possibilidade de uma hipogalactia e o retorno ao trabalho estiveram na base da diferença entre a duração planeada e a duração desejada do AM.

As razões alegadas para amamentar o bebé, estão de acordo com a maioria dos estudos; com efeito, a maioria das mães escolheu amamentar por razões vagas, não especificadas (182,325,431).

Discute-se se uma maior consciencialização dos benefícios ligados ao AM, influenciaria positivamente o seu sucesso (188,449,450).

Para alguns autores, o sucesso seria resultante da escolha da amamentação por razões centradas na mãe, opinião esta muito reforçada ultimamente, o que poderia influenciar o conteúdo das mensagens sobre os benefícios do AM, pondo a tónica no AM como um “direito” e não como um “dever” da mulher (287,307,356,446,447).

A maior parte das mães da amostra tinha sido amamentada, ou pensava ter sido amamentada, embora a maioria não soubesse durante quanto tempo; a maior parte dos autores encontraram uma associação entre o facto da mãe ter sido amamentada e a decisão de amamentar e ainda a duração do AM, talvez como resultado das atitudes positivas face ao AM, construídas ao longo da sua socialização, fenómeno para o qual contribuiria decisiva e negativamente o desaparecimento da família alargada (174,244,316,322,325,431,609).

Este facto constituiu uma surpresa, pois as mães da nossa amostra nasceram, quando no nosso país, a incidência e prevalência do AM eram aparentemente mais baixas.

As atitudes maternas face ao AM foram estudadas através de um questionário baseado na Teoria da Acção Reflectida (188,449,450).

Relativamente à atitude perante o comportamento, verificam-se grandes assimetrias nos resultados intra grupo, não atingindo, no entanto, valores negativos; aparentemente estes resultados traduziriam opiniões positivas face às consequências de amamentar o bebé e seriam um pré-requisito para a prática do AM (Anexo XX) (188,449,450)

A norma subjectiva, para além das assimetrias intra grupo verificadas, atinge, nalguns casos, valores negativos (Anexo XX).

Os resultados negativos seriam a tradução de uma maior sensibilidade materna às opiniões das pessoas significativas, a favor do aleitamento artificial, enquanto que valores positivos traduziriam uma maior sensibilidade materna às opiniões das pessoas significativas a favor da amamentação (188, 449,450).

No nosso estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quanto à atitude perante o comportamento, norma subjectiva e intenção de amamentar.

Foi, no entanto, encontrada uma diferença estatisticamente significativa na manutenção da amamentação; as mães do grupo experimental II, tinham mais tendência para desistir de amamentar que as mães dos outros grupos, no caso de surgir algum problema, podendo esta atitude corresponder à percepção de um menor controlo sobre a lactação.

É preciso fazer a distinção entre a influência exercida pela atitude perante o comportamento, norma subjectiva, intenção de amamentar e manutenção da amamentação, sobre o início da amamentação e sobre o sucesso do AM, nomeadamente a sua duração.

No nosso estudo, todas as mães iniciaram a amamentação, o que está de acordo com a Teoria da Acção Reflectida.

As influências exercidas pela atitude perante o comportamento, pela norma subjectiva, pela intenção de amamentar, esta última expressa por uma pergunta directa e pela soma da atitude perante o comportamento e da

norma subjectiva, e ainda pela manutenção da amamentação, no sucesso do AM, serão discutidas mais adiante.

As expectativas maternas face ao bebé, foram estudadas através do NPI (76).

É de realçar a existência, mesmo em díades sem risco aparente, de algumas mães que valorizavam mais o bebé médio que o seu próprio bebé, ou que tinham menores expectativas quanto aos seus bebés, correspondendo assim a mães de risco para Broussard e col. (76) (Anexo XXII).

No nosso estudo, as mães do grupo controlo valorizaram menos ou tiveram expectativas menores em relação aos seus bebés, que as mães dos grupos experimentais, no segundo dia de vida; no 30º dia de vida, não foram encontradas diferenças entre os grupos.

As diferentes expectativas maternas encontradas nos grupos experimentais, poderão assim ter sido influenciadas pela intervenção à nascença (517).

Um estudo experimental de Craig e col.(122), em 60 díades mãe-bebés divididos em dois grupos, um com contacto extra à nascença entre mães e bebés e outro sem contacto, não conseguiu demonstrar a influência do contacto precoce e os resultados do NPI.

A metodologia empregada no nosso estudo foi diferente, tendo todos os grupos tido contacto precoce; não se tendo verificado diferenças nas características maternas pré-natais, qualquer diferença encontrada após o parto, pode ser atribuída à intervenção efectuada, tanto mais que ao mês de vida não foram encontradas quaisquer diferenças entre os grupos.

Os diferentes resultados obtidos nos três grupos, poderão ter sido influenciados pela precocidade da primeira mamada, que poderá ter proporcionado o momento de intimidade entre mãe e bebé, tão importante para o estabelecimento de maiores expectativas maternas (517).

A associação entre expectativas maternas face ao bebé e o sucesso do AM, será discutida mais adiante.

As causas de desmame parcial e completo foram estabelecidas através de dois questionários, elaborados para esse efeito.

Verificou-se que a causa mais importante do desmame parcial ou total foi a quantidade insuficiente de leite, estando estes resultados de acordo com a maior parte dos estudos estrangeiros e portugueses (248,529,585,680).

A hipogalactia, foi assim, a principal causa de desmame; pode-se especular que uma hipogalactia pode não ser real, mas “sentida”, podendo neste caso, ser a tradução de um menor prazer materno na prática da amamentação.

A hipogalactia tem sido definida como um “síndrome urbano”, resultando sobretudo da urbanização, que impediria o contacto íntimo entre mãe e bebé, dificultando o estabelecimento do sistema bio-comportamental essencial para o estabelecimento e manutenção da lactação e do AM (354).

Hillervik-Linquist (287,307), encontrou uma associação entre a escolha da amamentação por razões ligadas ao prazer materno em amamentar e um desmame mais tardio e Grossman e col.(247), encontraram uma associação entre um desmame mais precoce e uma menor satisfação materna quanto à sua decisão inicial de amamentar.

No nosso estudo, apenas uma mãe invocou como causa de desmame, “não ter gostado de dar de mamar”, podendo este facto ter várias interpretações. Pode este facto corresponder à verdade ou ser o reflexo de uma resposta que a mãe considere “culturalmente aceitável”.

O retorno ao trabalho constituiu a segunda causa de desmame parcial, embora perca importância como causa de desmame total; os nossos resultados estão de acordo com os de Levy Aires e col. (404), enquanto noutros estudos efectuados em Portugal, só raramente a necessidade de voltar ao trabalho, foi invocada como causa de desmame, o que pode ser explicado pelo desmame ser habitualmente mais precoce que os três meses abrangidos pela licença de parto (93,585).

As causas de desmame centradas na criança como “o bebé queria outro tipo de alimentos” ou “o bebé não queria o peito”, são factores também encontrados em estudos portugueses e estrangeiros; a recusa do peito pelo bebé pode estar associada ao facto de ter havido uma suplementação precoce, causando o que alguns autores chamam de “confusão entre tetina e mamilo de tipo A” (297,404).

Curiosamente, alguns autores referem-se ao desmame causado pela criança, chamando-lhe “auto-desmame”, enquanto que Clarke e Harmon (108) preferem utilizar o termo “desmame iniciado pela criança” em vez de “auto-desmame”, considerando o AM essencialmente um comportamento interactivo, necessitando da cumplicidade materna e de um período de tempo, mesmo mínimo, para completar o desmame.

As causas de desmame, relacionados com uma má técnica alimentar, nomeadamente a existência de mamilos dolorosos e com fissuras, estão também de acordo com estudos de outros autores (297).

A falta de informação médica ou o conselho do médico, não constituiu causa de desmame em nenhuma mãe, contrariamente ao que é referido na literatura (404,588).

Não houve mais nenhuma causa alegada de desmame do bebé.

Nenhuma mãe desmamou o bebé por ter sido aconselhada a fazê-lo, por ficar com pouco tempo para si própria, por achar que amamentar constituía um prejuízo em termos de saúde materna ou pelo facto de o pai do bebé recusar o AM.

É de realçar que nenhuma mãe desmamou o bebé por achar embaraçoso

dar de mamar, embaraço esse que pode constituir uma forte razão, quer para não iniciar a amamentação, quer para a terminar (297).

Nenhuma mãe invocou como causa de desmame, qualquer outra razão, para além das mencionadas no questionário.

Outros motivos invocados por alguns autores como causas de desmame, aparentemente não constituíram problemas para as mães da nossa amostra. De realçar, o embaraço que algumas mães têm em amamentar, que, para alguns autores constitui uma forte razão, quer para não iniciar a amamentação, quer para o terminar. Dado que o embaraço materno associado à amamentação, aparece sobretudo em estudos anglo-saxónicos e americanos, este facto pode constituir uma diferença cultural (297).

Com efeito, para Kent (334), quer a decisão quer a duração do AM, são afectadas pelas atitudes culturais face ao contacto corporal, exposição da mama durante a mamada e o aspecto simbólico das mamas.

Alguns autores sugerem que os diferentes ritmos das crianças amamentadas, com maior número de refeições e menor intervalo nocturno que as crianças alimentadas artificialmente, constituem um fardo pesado para as mães que amamentam, conduzindo por vezes a um desmame precoce; é de realçar que no nosso estudo, nenhuma mãe desmamou o bebé por sentir que ficava com pouco tempo para si própria (3,85,171,474,525).

7.3. Características dos bebés

As características consideradas, foram o índice de Apgar, o peso à nascença, o sexo, o estado neuro-comportamental e nutricional e o desenvolvimento psicomotor do bebé.

No nosso estudo não foram encontradas diferenças, relativamente às características dos bebés, quanto ao índice de Apgar, peso à nascença e distribuição dos sexos nos 3 grupos (Quadro VI).

Como os fetos masculinos, têm em média um peso superior aos fetos femininos, uma diferença na repartição do sexo dos RN obrigaria a um diferente tratamento estatístico no que diz respeito ao peso ao nascer.

Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que se refere ao estado neuro-comportamental dos bebés, quer ao 3º, quer ao 30º dias de vida (Quadros VII e VIII).

Quanto ao estado nutricional, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos, quando se utilizaram apenas parâmetros únicos ou seja o peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro braquial e prega tricipital (Quadro IX).

Também para o índice de Kanawati e McLaren (329,557), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (Quadros IX e X).

Apesar de termos incluído valores obtidos a partir dos 3 dias de vida, a média dos valores obtidos está de acordo com o valor de 0.320, que Kanawati e McLaren recomendam como representativo de um estado nutricional adequado; no entanto, analisando os valores individualmente, existem crianças nos 3 grupos com valores inferiores a 0.320, podendo significar desnutrição (Anexo XXXV) (557).

Quanto ao índice de McLaren e Read (461), foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa aos 12 meses de vida; as crianças do grupo controlo tiveram mais tendência para terem um estado nutricional adequado que as dos grupos experimentais, tratando-se, no entanto, de um valor isolado, pelo que pode não ter qualquer significado clínico (Quadro X).

Quanto ao desenvolvimento psicomotor dos bebés, estudados através das BSID aos 3, 6 e 12 meses de vida, não foram encontradas diferenças entre os 3 grupos (Quadro XI).

Optou-se por não apresentar o Infant Behavior Record (IBR), deixando a sua análise para futuros estudos.

7.4. Características do ambiente em casa

O ambiente em casa da criança foi observado através do HOME (35).

O HOME foi aplicado aos 9 meses das crianças, através de uma entrevista efectuada às mães das crianças, no seu domicílio.

A sua aplicação pressupôs uma visita a casa das crianças com a duração aproximadamente de uma hora.

Os resultados obtidos não mostraram diferenças entre os grupos, com a excepção do 3º subgrupo do HOME, em que o grupo experimental II obteve piores resultados (Quadro XII).

Ao compararmos os nossos resultados com os resultados obtidos por Betty Caldwell e col. (35) em crianças de 8 meses de vida, verificaram-se algumas diferenças entre os nossos resultados e os de Caldwell e col. (35) (Anexo XLV).

Verificamos que os nossos resultados foram superiores no 3º subgrupo aos de Caldwell e col. (35), significando que as crianças do nosso estudo, mesmo as do grupo experimental II, tiveram mais oportunidades de sair regularmente das suas casas, e um ambiente mais seguro que as crianças do estudo de Caldwell e col. (35) (Anexo XLV).

Os resultados dos 1º e 2º subgrupos, foram ligeiramente superiores aos

de Caldwell e col (35), mostrando que as mães do nosso estudo providenciaram mais vocalizações contingentes e mais elogios em relação ao bebê e foram menos restritivas e punitivas (Anexo XLV).

No 4º subgrupo, os nossos resultados foram inferiores aos de Caldwell e col. (35), indicando que as nossas crianças tiveram menos brinquedos disponíveis que as crianças americanas; também no 5º subgrupo, os nossos resultados foram inferiores aos de Caldwell, sugerindo que as mães portuguesas tiveram uma menor tendência para encorajar um maior desenvolvimento do bebê, através de uma estruturação de situações de jogo (Anexo XLV).

No 6º subgrupo, não existiram diferenças entre os nossos resultados e os de Caldwell e col. (35), sugerindo iguais oportunidades em termos de variação da estimulação diária (Anexo XLV).

As diferenças encontradas podem reflectir diferenças culturais entre as diferentes populações estudadas, para além da diferença de idade entre a nossa população e a da norma.

De facto, a nossa população poderá ter algumas características que a distingue de outras populações de países mais desenvolvidos, nomeadamente em termos de consumo.

7.5. Sucesso da intervenção

Como critérios de sucesso do AM, propuseram-se uma maior duração do AM exclusivo e não-exclusivo, uma maior transferência de leite ao 3º dia, e uma melhor interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dias de vida.

7.5.1. Duração do aleitamento materno exclusivo

A duração do AM é o principal critério de sucesso, utilizado pela maior parte dos autores; este critério baseia-se em grande parte nos benefícios do AM associados a um limiar mínimo e à existência de um efeito “dose-resposta”, evidenciados em diferentes estudos, sugerindo-se mesmo as 13 semanas como o limiar mínimo de AM, conferindo uma protecção contra as infecções gastrointestinais (42,56,60,78,97,109,290,291,301,376,428,429, 476,570,661,706).

Apresentámos os valores da duração do AM exclusivo em médias, prevalência e curva de sobrevivência de Kaplan-Meier.

Não foram encontradas diferenças entre os 3 grupos, no que respeita o AM exclusivo, significando que as intervenções efectuada à nascença não conseguiram modificar a duração do AM exclusivo (Quadro XIII) (Figuras 7 e 8).

O nosso estudo foi efectuado num modelo de enriquecimento do ambiente, utilizando a companhia de um “doula” durante o trabalho de parto e parto, contacto precoce entre mãe e bebé à nascença, alojamento conjunto para todas as díades e demonstração às mães das competências dos bebés.

Neste contexto, as intervenções efectuadas, podem não ter sido suficientemente eficazes no sentido de aumentar a duração do AM exclusivo, face à metodologia empregue no estudo.

Sendo assim e no que respeita à intervenção I, a companhia de um “doula” e o contacto precoce e prolongado entre mãe e bebé, exerceriam uma maior influência na duração do AM exclusivo, que a precocidade da primeira mamada.

De realçar que o nosso estudo conteve algumas das medidas recomendadas pela “Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés” da OMS/UNICEF, para um maior sucesso do AM (173,666).

Pode-se ainda admitir a hipótese de um efeito Hawthorne, comum aos três grupos, efeito este, referido na maior parte dos estudos como positivo (57,416,467,559,623).

Por outro lado, a metodologia empregada no nosso estudo pode explicar estes resultados; com efeito, o contacto precoce à nascença teve a duração de 30 minutos, enquanto que Righard e Alade (555) sugerem que o contacto entre mãe e bebé não deve ser interrompido na primeira hora de vida.

A influência exercida pela intervenção II, pode também ter sido anulada pelo efeito da demonstração da NBAS a todas as mães, e pelo facto dos bebés estarem todos em regime livre, aumentando assim a probabilidade do bebé estar no estágio de alerta calmo, antes de mamar.

Recorde-se que o controlo do estágio do bebé antes de mamar, não foi efectuado, pois tal procedimento só foi recomendado no último Manual da NCAFS (623).

Pode ainda ter havido influências exercidas por outras variáveis não controladas, que possam ter influenciado os resultados.

Os nossos resultados são de difícil comparação com outros estudos portugueses, dadas as diferentes metodologias e características das amostras.

Nos estudos portugueses, a prevalência do AM exclusivo, varia muito de estudo para estudo (93,404,585,588,639).

Comparando os nossos resultados, com os de um estudo experimental e prospectivo, efectuado há cerca de dez anos na mesma maternidade, por Gomes-Pedro (221), verifica-se que, ao vigésimo oitavo dia, 63.3% das mães do nosso estudo amamentavam os bebés, exclusivamente, não se verificando diferenças entre os grupos, enquanto que no estudo de Gomes-Pedro (221), a prevalência de AM exclusivo ao 28º dia, foi de 53.3%; as diferenças verificadas entre os dois estudos, poderão ser atribuídas quer a uma tendência

crescente da duração do AM, quer ao suporte do AM efectuado no nosso estudo.

A duração do AM exclusivo, foi também estudada, como variável independente, através de análises de regressão múltipla e regressão múltipla retrógrada passo a passo.

Verificou-se que as variáveis determinantes de uma maior duração do AM exclusivo foram uma maior transferência de leite ao 3º dia, uma melhor interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida, uma gravidez planeada ou desejada e um menor grau de preocupação materna face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida.

7.5.2. Duração do aleitamento materno não-exclusivo

O prolongamento do AM até aos 6 meses de vida do bebé, é um dos objectivos do programa “Saúde para Todos no Ano 2000”; a inclusão na dieta da criança de leite materno é um factor importante de protecção da saúde infantil, tornando a duração do aleitamento mesmo não-exclusivo um factor importante na definição de sucesso do AM (418).

Apresentámos os valores da duração do AM não-exclusivo em médias, prevalência e curva de sobrevivência de Kaplan-Meier.

Quanto à duração do AM não-exclusivo, apesar dos resultados obtidos, não terem sido estatisticamente significativos, é de realçar que a média no grupo controlo foi de 100 dias e nos grupos experimentais, respectivamente de 132 e 156 dias, podendo traduzir uma tendência que num estudo com uma amostra maior, talvez pudesse ter significado estatístico (Quadro XIV).

Por outro lado, embora sem significado estatístico, parece existir um significado clínico, pois no grupo controlo os bebés foram em média amamentados durante 100 dias, havendo uma diferença de mais de um mês e quase de dois meses entre a duração média do AM não-exclusivo encontrada no grupo controlo e a dos grupos experimentais, com vantagem para os grupos experimentais.

Verificou-se ainda que só nos grupos experimentais, a prevalência do AM não-exclusivo se prolongou para além dos 7 meses (Figura 9).

Também no estudo de Chateau e col. (100), que não separou os efeitos exercidos pelo contacto precoce e pela precocidade da primeira mamada, na duração do AM, a variabilidade da duração do AM foi alta demais para ter significado estatístico.

O nosso estudo separou os efeitos exercidos pelo contacto precoce, daqueles exercidos pela precocidade da primeira mamada e do conhecimento

materno sobre a importância do estágio do bebê; embora os nossos resultados não sejam estatisticamente significativos, verifica-se que apenas nos grupos experimentais, a prevalência do AM não-exclusivo ultrapassou os 7 meses de idade, podendo-se especular que com uma amostra maior, talvez se tivesse alcançado significado estatístico (Figura 9).

A diferente metodologia e as diferentes características das amostras de outros estudos portugueses, tornam difícil a comparação dos nossos resultados.

Nos estudos portugueses, a prevalência do AM não-exclusivo, varia muito de estudo para estudo (93,404,585,588,639).

Comparando os nossos resultados com aqueles obtidos por um estudo prospectivo efectuado por Albuquerque e col. (9), na mesma maternidade, verifica-se que a duração e a prevalência do AM não-exclusivo encontradas no nosso estudo, são mais elevadas.

Ambos os estudos foram feitos na mesma maternidade, embora com metodologia diferente. O estudo de Albuquerque e col. (9) não foi experimental e não fez a distinção entre AM exclusivo ou não-exclusivo.

Realce-se, no entanto, que a duração e a prevalência do AM não-exclusivo do nosso estudo são maiores, mesmo no grupo controlo, que no estudo de Albuquerque e col. (9), podendo sugerir quer a existência de um “efeito Hawthorne” associado quer a existência de medidas de enriquecimento do ambiente constantes do protocolo aplicado no nosso estudo (57,416,467, 559,623).

A duração do AM não-exclusivo, foi também estudada, como variável independente, através de análises de regressão múltipla e regressão múltipla retrógrada passo a passo.

Verificou-se que as variáveis determinantes de uma maior duração do AM não-exclusivo foram o adiamento da suplementação, uma melhor interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida, uma gravidez planeada ou desejada, e a definição prévia da duração da amamentação.

Verificou-se a existência de duas variáveis correlacionadas negativamente com a duração do AM não-exclusivo, ou seja o controlo dos estádios ao 30º dia e o grau de preocupação materna face ao comportamento do bebê durante o primeiro mês de vida.

7.5.3. Transferência de leite ao 3º dia

Uma boa transferência de leite entre mãe e bebê significa um sucesso no estabelecimento da lactação e do AM.

Avaliou-se a transferência de leite da mãe para o bebê, através de um pesagem dupla ao 3º dia, antes e depois de mamar.

No nosso estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos.

Os resultados obtidos no nosso estudo foram inferiores aos de Houston e

col.(298,299), podendo ser a tradução das diferenças existentes nas mães dos dois estudos, em termos de classes sociais.

Com efeito, nos estudos de Houston e col. (298,299), maiores quantidades de leite transferidas da mãe para o bebê ao 3º dia de vida, estavam associadas a mães das classes mais altas.

Por outro lado, os nossos resultados estão em contradição com os de Salaria e col. (580), que observaram uma subida de leite mais rápida nas mães que amamentaram pela primeira vez à 1 hora de vida, mas estão de acordo com os estudos de Houston e col.(298,299), em que a quantidade de leite ao 3º dia de vida não se relacionou com a precocidade da primeira mamada.

A diferente metodologia empregada no nosso estudo e no de Salaria e col. (580), pode, em parte, ser a explicação das diferenças encontradas; no nosso estudo não foi controlada a frequência das mamadas enquanto no de Salaria e col. (580), a frequência das mamadas eram sujeitas a intervenção; enquanto que no nosso estudo, as mães amamentavam o bebê segundo um regime livre, no de Salaria e col. (580), os bebês eram amamentados segundo um regime rígido, com duas ou quatro horas de intervalo entre cada mamada.

A transferência de leite ao 3º dia de vida, foi quantificada no nosso estudo, contrariamente ao de Salaria e col. (580).

A transferência de leite ao 3º dia de vida, foi também estudada, como variável independente, através de análises de regressão múltipla e regressão múltipla retrógrada passo a passo.

Verificou-se que as variáveis determinantes de uma maior transferência de leite ao 3º dia, foram uma melhor interacção mãe-bebé durante a mamada e a frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação

7.5.4. Interacção mãe-bebé ao 3º dia

A interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia, foi avaliada com a NCAFS (623) e os resultados obtidos podem ser consultados no Quadro XVI.

Comparando os nossos resultados com a norma proposta por Barnard e col. (623) na última versão da NCAFS, verifica-se que os resultados totais da NCAFS ao 3º dia de vida (Quadro XVI), foram semelhantes à norma proposta (Anexo XLIV).

No entanto, analisando os resultados obtidos individualmente, verificou-se a existência nos três grupos, de resultados inferiores a um desvio padrão da norma, depois de ajustar os resultados de acordo com o grau de escolaridade materna (Anexo XLII).

Verificou-se ainda a existência em cada grupo, de resultados totais da NCAFS (Quadro XVI) abaixo do percentil 10 da norma proposta por Barnard e col. (623), resultados considerados preocupantes por Barnard e col. (623) (Anexo XLIV).

Os resultados maternos da NCAFS (Quadro XVI), quer se considere a soma dos subgrupos maternos, quer cada um dos subgrupos, quando apresentados em médias, foram semelhantes à norma; no entanto, ao aprofundarmos a análise dos resultados maternos, verificou-se em cada um dos grupos, a existência de algumas mães cujos resultados foram inferiores a um desvio padrão, depois de ajustar os resultados de acordo com o grau de escolaridade materna (623)(Anexo XLII e XLIV).

Comparando os resultados totais maternos, ou seja, a soma dos subgrupos maternos (Quadro XVI), com a norma de Barnard e col. (623), verificou-se a existência de mães em cada um dos grupos, cujos resultados foram inferiores ao percentil 10, resultados considerados preocupantes (Anexo XLII e XLIV).

Quanto aos resultados obtidos pelos bebês, quer a soma dos subgrupos, quer cada um dos subgrupos, quando apresentados em médias (Quadro XVI), foram inferiores à norma, sobretudo no subgrupo “Responsividade à mãe” (623) (Anexo XLII e XLIV).

Aprofundando a análise (Anexo XLII), verificou-se a existência de bebês nos 3 grupos, cujos resultados foram inferiores à norma proposta por Barnard e col. (623), sobretudo no subgrupo “Responsividade à mãe”, subgrupo este, em que mais de metade dos bebês obtiveram resultados inferiores a um desvio padrão, depois de ajustar os resultados de acordo com o grau de escolaridade materna (Anexo XLIV).

Comparando os resultados totais dos bebês com a norma proposta por Barnard e col. (623), verificou-se que quase metade dos bebês de cada grupo, tiveram resultados abaixo do percentil 10, resultados preocupantes para Barnard e col. (623) (Anexo XLII e XLIV).

Os comportamento maternos contingentes, quando apresentados em médias, estiveram de acordo com a norma de Barnard e col.(623) (Quadro XIX); ao aprofundarmos a análise dos resultados (Anexo XLII), pudemos verificar a existência de algumas mães cujos comportamentos contingentes estiveram um desvio padrão abaixo da norma (Anexo XLIV).

As características da população da norma, limitam, no entanto, as comparações entre ambas as amostras.

De realçar que a norma de Barnard e col. (623) contendo o desvio padrão, apesar de separar as mães com maior e menor escolaridade, e de grupos etários diferentes, não contempla crianças abaixo do mês de vida. Esta tabela

contempla os dois subgrupos da mãe e do bebé e apenas os comportamentos contingentes maternos.

A tabela de Barnard e col. (623) que define o percentil 10, só inclui mães de 20 anos ou mais e com escolaridade igual ou superior a 12 anos, controlando os dados de acordo com a raça materna; a tabela divide os bebés em dois grupos etários, de 1 a 5 meses e de 6 a 12 meses de idade. Esta tabela só contempla o total da NCAFS e os totais dos subgrupos maternos e do bebé.

Dado que as nossas amostras foram normais, utilizámos tanto o desvio padrão, como o percentil 10, para fazermos a comparação entre os resultados no nosso estudo e os de Barnard e col. (623,673).

No nosso estudo, as mães do grupo controlo tiveram melhores resultados que as dos grupos experimentais, num dos subgrupos maternos, ou seja o subgrupo materno “Promoção do desenvolvimento cognitivo”.

Nos outros subgrupos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Parte dos resultados podem ser explicados pela diferença de idades das mães dos 3 grupos; com efeito, no último Manual da NCAFS de Barnard (623), as mães mais velhas obtêm melhores resultados na NCAFS.

Outra explicação pode ser, a de que a NCAFS só consegue discriminar entre uma população de risco e outra sem risco; no nosso estudo a população tinha uma homogeneidade marcada e as mães e bebés eram considerados sem risco.

A cotação dicotómica da escala NCAFS também tem sido acusada de não permitir uma maior discriminação, sugerindo que uma maior subtileza na classificação dos dados poderia aumentar o seu poder discriminante; ou ainda que os comportamentos contingentes, sugeridos pela última versão do Manual (623), são mais importantes que o resultado final, na discriminação entre grupo controlo e experimentais (501,507,623).

Por outro lado, a cotação do subgrupo II, relacionado com a “Resposta ao stress”, em que, se não houver stress, se infere que as respostas maternas são todas positivas, pode constituir um factor de distorção importante (501,623).

A interacção mãe-bebé ao 3º dia de vida, foi também estudada, como variável independente, através de análises de regressão múltipla e regressão múltipla retrógada passo a passo.

Verificou-se que as variáveis determinantes de uma maior interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida, foram uma maior transferência de leite ao 3º dia, e maiores expectativas maternas face ao bebé no segundo dia de vida, enquanto que as atitudes maternas face ao AM, quer a atitude perante o comportamento, quer a soma da atitude perante o comportamento e norma subjectiva se correlacionaram negativamente com a interacção mãe-bebé.

7.5.5. Interacção mãe-bebé ao 30º dia

A interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia, foi observada com a NCAFS (623) e os resultados podem ser consultados no Quadro XVIII.

Embora algumas crianças tenham sido observadas numa refeição com biberão, na apresentação dos resultados não foi mencionado o tipo de situação alimentar em causa, pois para Barnard e col. (623) não existem diferenças estatisticamente significativas entre crianças amamentadas ou alimentadas a biberão, em termos de interacção mãe-bebé (623).

Os resultados totais da NCAFS ao 3º dia de vida, quando apresentados em médias (Quadro XVIII), foram semelhantes à norma proposta por Barnard e col. (623); ao analisarmos os resultados individuais, verificou-se a existência de alguns resultados inferiores a um desvio padrão, apenas no grupo experimental I, depois de ajustar os resultados de acordo com o grau de escolaridade materna (Anexo XLIII e XLIV).

Verificou-se ainda a existência nos grupos experimentais, de resultados totais da NCAFS abaixo do percentil 10, da norma de Barnard e col. (623) (Anexo XLIII e XLIV).

Os resultados do subgrupo total materno quando apresentados em médias (Quadro XVIII), foram semelhantes ou superiores à norma; no entanto, aprofundando a análise (Anexo XLIII), verificou-se no grupo experimental I, a existência de algumas mães, com resultados inferiores a um desvio padrão, da norma proposta por Barnard e col. (623), depois de ajustar os resultados, de acordo com o grau de escolaridade materna (Anexo XLIV).

Comparando os resultados totais maternos, ou seja a soma dos subgrupos maternos (Quadro XVIII), com a norma de Barnard e col. (623), verificou-se que, só nos grupos experimentais, existiram mães com resultados inferiores ao percentil 10 (Anexo XLIV).

Considerando separadamente cada um dos subgrupos maternos, verificou-se que os resultados de cada subgrupo quando apresentados em médias, foram semelhantes ou mesmo superiores à norma; analisando individualmente os resultados, verificou-se a existência nos grupos experimentais, de algumas mães (Anexo XLIII), com resultados inferiores a um desvio padrão, da norma proposta por Barnard e col. (623), depois de ajustar os resultados, de acordo com o grau de escolaridade materna (Anexo XLIV).

Aos 30 dias de vida, os resultados obtidos pelos bebés, quer a soma dos subgrupos, quer cada um dos subgrupos, quando apresentados em médias (Quadro XVIII), foram semelhantes à norma (Anexo XLIV).

Analisando os resultados individualmente, verificou-se ainda, que exis-

tem crianças em cada um dos subgrupos (Anexo XLIII), cujos resultados estiveram abaixo de um desvio padrão, depois de ajustar os resultados de acordo com o grau de escolaridade materna, sobretudo no subgrupo “Responsividade à mãe” (623)(Anexo XLIV).

Verificou-se ainda a existência de bebés nos grupos experimentais (Anexo XLIII), cujos resultados foram iguais ou inferiores ao percentil 10 da norma proposta por Barnard e col. (623) (Anexo XLIV).

Ao analisarmos os comportamentos contingentes propostos no último manual da NCAFS, verificou-se que os comportamentos contingentes maternos quando apresentados em médias (Quadro XIX), foram semelhantes à norma proposta (623) (Anexo XLIV).

No entanto, existem mães nos grupos experimentais (Anexo XLIII), cujos comportamentos contingentes foram inferiores a um desvio padrão da norma proposta por Barnard e col. (623), depois de ajustar os resultados de acordo com o grau de escolaridade materna (Anexo XLIV).

Os resultados totais da NCAFS ao 30º dia foram superiores aos do 3º dia, resultando da melhor actuação dos bebés aos 30 dias de vida, mantendo-se semelhantes os resultados maternos, tal como é referido por Barnard e col. (623).

Realce-se que uma mudança positiva nas competências do bebé, ao longo do primeiro mês de vida, poderá constituir um reforço positivo para a mãe, encorajando-a a expandir o seu repertório de comportamentos sociais interactivos ou levando-a a desistir de comportamentos que não suscitam um comportamento de resposta emitido pelo bebé (12).

No entanto, ao mês de vida, verificou-se ainda a existência de algumas díades cujos resultados foram preocupantes, em termos de interacção durante a mamada.

Verificou-se a existência de diferenças entre as mães do grupo controlo e as mães dos grupos experimentais, em dois subgrupos maternos e na soma dos subgrupos maternos.

Nos subgrupos maternos “Resposta ao stress” e “Promoção do desenvolvimento sócio-emocional” e na soma dos quatro subgrupos maternos, as mães do grupo controlo tiveram melhores resultados que as mães dos grupos controlo; tais resultados podem estar relacionados com a idade materna que é mais elevada no grupo controlo.

Também para VonWindeguth e Urnano (668), o subgrupo materno “Promoção do desenvolvimento sócio-emocional”, obtiveram melhores resultados nas mães de um grupo etário mais elevado.

O subgrupo “Promoção do desenvolvimento sócio-emocional” tem sido relacionado com a idade e a escolaridade materna e com doença do bebé (417).

No nosso estudo, as mães de um grupo etário mais elevado tiveram mais

tendência para ter contacto visual, sorrir ou cantar durante a refeição, do que as mães de um grupo etário mais baixo.

A forma de fazer a cotação do 2º subgrupo materno, “Resposta ao stress” pode também ter contribuído para os resultados obtidos.

Nos outros subgrupos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

A interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida, foi também estudada como variável independente, através de análises de regressão múltipla e regressão múltipla retrógrada passo a passo.

Verificou-se que as variáveis determinantes de uma maior interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida, foram uma idade materna mais elevada, a frequência de aulas de preparação para o parto, uma gravidez planeada ou desejada, o subgrupo “Responsividade à mãe” no 3º dia de vida e um menor grau de preocupações maternas face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida.

7.6.Determinantes do sucesso

A análise dos factores de resposta, sugere que o AM é um processo complexo, envolvendo uma cooperação entre mãe e bebé, e influenciado por múltiplos factores.

Uma gestação planeada ou desejada associou-se a uma maior duração do AM exclusivo e não-exclusivo e ainda à interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida.

A gestação planeada ou desejada constituiu a primeira variável explicativa, da variância da interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida e a segunda variável explicativa, da variância da duração do AM exclusivo.

Para MacFarlane (437), é essencial para uma criança o facto de ter sido desejada e Brazelton (70), afirma mesmo que todas as crianças merecem que haja uma pessoa e de preferência duas, apaixonadas por si.

A importância da contracepção e do planeamento familiar, são assim evidenciadas, a fim de proporcionar à criança as melhores condições para um bom início de vida.

As aulas de preparação para o parto constituíram uma variável independente associada ao sucesso do AM.

Alguns autores, encontraram associações entre a frequência de aulas durante a gestação e a decisão de amamentar ou a duração da amamentação (174,215,246,248,252,431).

No nosso estudo, a frequência de aulas durante a gravidez foi uma variável explicativa importante da variância de duas das medidas de sucesso do AM, ou seja a transferência de leite ao 3º dia de vida e a interacção mãe-bebé ao 30º dia.

As aulas de preparação para o parto poderão ter sido importantes, no sentido de motivar a mãe para o AM, ou no ensino de técnicas e práticas correctas de amamentar o bebé, ou poderão ainda ter sido a consequência da procura, por parte das mães mais motivadas.

O nosso estudo não controlou o tipo de ensino teórico ou prático veiculado nessas aulas, tendo apenas constatado a sua utilidade.

Pode-se especular que uma maior motivação e confiança materna na sua capacidade de amamentar, se poderá traduzir por um melhor reflexo de ejeção, uma maior eficácia na amamentação e uma melhor interacção entre mãe e bebé ao mês de vida.

A frequência de aulas de preparação para o parto, associou-se positivamente à transferência de leite; podemos especular que tais aulas poderão ter veiculado noções teóricas e práticas sobre AM, que poderão ter contribuído para um melhor desempenho materno durante a mamada (187,647).

Para Victoria e Ros (667), as aulas de preparação para o parto deverão ser ministradas por um entusiasta do AM, e o seu conteúdo deverá incluir noções de anatomia da mama, fisiologia da lactação, técnica da amamentação, cuidados ligados à mãe, possíveis dificuldades no início da amamentação e sua resolução e veiculação de informações sobre a existência de organizações voluntárias dedicadas ao apoio da mãe que amamenta.

As aulas poderão ainda ter tido um efeito positivo no reflexo de ejeção, através de uma diminuição do stress e ansiedade maternos, possivelmente ligados a um sentimento de incapacidade e desconhecimento sobre AM.

Page (507) encontrou uma associação entre o ensino às mães de técnicas de modulação dos estádios e intervenções maternas tendentes a melhorar a sucção do bebé, durante a mamada.

Pode especular-se que uma melhor competência do bebé durante a mamada, determina em parte, uma maior transferência de leite.

No nosso estudo, a definição prévia da duração do AM foi uma variável explicativa importante da variância do AM não-exclusivo.

A associação encontrada entre a definição da duração do AM e a duração do AM, associação esta já sugerida por outros autores, levanta várias questões.

Uma das questões mais importantes, é a importância da veiculação de conhecimentos baseados cientificamente, através de acções de Educação para a Saúde, dirigidos a toda a população e sobretudo a grupos-alvo.

Nestas acções será da maior importância a ênfase nos efeitos de *dose-resposta* e de *limiar* associados ao AM, motivando as mães para um maior compromisso.

Realce-se, no entanto, a delicadeza que tais acções de Educação para a Saúde devem revestir, dado que deverão aliar o incentivo ao AM à não

culpabilização das mães que não querem ou não podem amamentar os seus bebés (667).

Para Brazelton (68) e Gomes-Pedro (233), o 3º trimestre da gestação, constitui uma das melhores oportunidades para incentivar as futuras mães a amamentarem os bebés.

Outro grupo-alvo muito importante em termos de Educação para a Saúde é constituído pelos adolescentes; estudos efectuados em escolas secundárias portuguesas, sugerem a apetência que os adolescentes têm relativamente à aquisição de mais conhecimentos sobre AM (586,587,667).

O adiamento da suplementação é a variável independente mais importante associada à duração do AM não-exclusivo e a data do seu início explica quase 48% da variância do AM não-exclusivo.

De realçar que no nosso estudo alguns bebés iniciaram a suplementação ainda na maternidade, sugerindo a necessidade de mudança das atitudes dos profissionais de saúde, através de cursos de pré ou pós-graduação (666,667).

Realce-se que num estudo recente efectuado por Albuquerque e col. (9), se verificou a existência de suplementação em 48% das crianças, durante a sua permanência na maternidade, tendo-se ainda verificado que na maioria dos casos a suplementação tinha ocorrido por iniciativa dos profissionais de saúde.

Os nossos resultados estão de acordo com os de outros autores que encontraram uma relação entre a suplementação precoce e o desmame precoce, sendo de desaconselhar o uso de biberões durante o período pós-parto (180,247,335,373,419,486,497,666).

Pode-se especular, que a suplementação se pode dever a uma hipogalactia real ou sentida; alguns autores relacionam uma hipogalactia sentida, com um menor prazer em amamentar (287,307).

Para Hillervik-Lindquist e col. (307), torna-se particularmente importante, averiguar se existe ou não uma verdadeira hipogalactia, dado que a percepção de uma insuficiência de leite é, habitualmente, a causa mais comum de desmame parcial ou total.

Para Gray-Donald e col. (235), a suplementação pode ser um sintoma e não a causa de dificuldades no AM, correspondendo assim a uma hipogalactia real (126).

Outros autores, referem-se à suplementação como possível causa de "confusão entre tetina e mamilo de tipo A", nos bebés mais vulneráveis, que poderiam recusar a mama, após a ingestão de um ou mais biberões (486).

Dado que, para o estabelecimento da lactação, são particularmente importantes a sucção e o esvaziamento das mamas, qualquer suplementação pode pôr em risco este delicado mecanismo, traduzindo-se por um desmame precoce (666).

As expectativas maternas face ao bebé, associaram-se à interacção entre mãe e bebé durante a mamada ao 3º dia de vida, tendo constituído a terceira variável mais explicativa da variância da interacção.

Os nossos resultados estão em contradição com os de Alfasi e col. (12).

Com efeito, Alfasi e col. (12) não encontraram uma associação entre as expectativas maternas face ao bebé e a interacção entre mãe e bebé durante a refeição, efectuada com a NCAFS (34).

Alguns autores sugerem que o NPI, se baseia mais na projecção materna dos seus próprios desejos que no comportamento do bebé, enquanto para outros, as expectativas maternas são influenciadas pelo aspecto físico e comportamento do bebé (4,12,76,617).

Para alguns autores, é essencial uma “subjectividade relativa” na percepção materna do bebé, como parte integrante do processo normal da maternidade (76,91,123).

No nosso estudo, foram encontradas melhores expectativas maternas nos grupos experimentais, do que no grupo controlo.

Podemos assim especular que as expectativas maternas foram influenciadas pela intervenção, tanto mais que ao 30º dia de vida, não foram encontradas diferenças entre os grupos.

A intervenção efectuada à nascença pode, assim, ter proporcionado as condições de privacidade e intimidade que Pascoe e French (517) definem como uma oportunidade única para o estabelecimento dos primeiros pensamentos positivos da mãe em relação ao seu bebé.

A importância das práticas hospitalares é assim mais uma vez realçada como fazendo parte dos factores modificáveis que contribuem para o sucesso do AM (15,235,324,441,521,550,571,601,616).

O grau de preocupação materna face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida, foi uma variável que se associou negativamente à duração do AM exclusivo e não-exclusivo, ou seja, quanto mais elevado o grau de preocupação, menor a duração do AM.

O grau de preocupação materna pode ser ou não, o reflexo do comportamento do bebé.

Para além das implicações que um maior grau de preocupação materna possa ter, em termos de poder pôr em causa o reflexo de ejeção, os nossos resultados sugerem a enorme importância do suporte do AM durante o primeiro mês de vida.

Para este suporte é essencial a disponibilidade do médico do bebé (199,381,518,568).

Rubio e col. (568) recomendam que, para um suporte eficaz do AM, o pediatra ou médico de família extra-hospitalar, para além de estar disponi-

vel, deverá possuir conhecimentos actualizados sobre a amamentação, ter soluções para resolver casos concretos, técnicas de comunicação eficazes e uma grande dose de paciência (568).

As mães do nosso estudo, puderam recorrer à autora do projecto quando necessitaram, não tendo, no entanto, o nosso estudo controlado o tipo e a frequência de pedidos de ajuda ou esclarecimento.

O suporte da amamentação é decisivo, sobretudo durante o primeiro mês de vida e passa pelo ensino das técnicas e práticas da lactação, cuidados antecipatórios e suporte afectivo e efectivo da mãe e do bebé.

Alguns autores sugerem que o apoio em casa, através de enfermeiras visitadoras seria uma medida importante no sucesso do AM, sobretudo no caso das primíparas (381,402).

A transferência de leite entre mãe e bebé, correlacionou-se com a interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida e a duração do AM exclusivo, tendo sido a variável explicativa mais importante, da variância da duração do AM exclusivo.

Aparentemente, uma boa cooperação entre mãe e filho durante a mamada, aumenta a quantidade de leite que passa da mãe para o bebé durante a refeição, e esta associa-se à duração do AM exclusivo.

A associação entre transferência de leite e duração da amamentação, já tinha sido sugerida por outros autores (298,299).

Os nossos resultados estão de acordo com os de Houston e col. (299), indo mesmo mais longe que os daqueles autores; enquanto que, para Houston e col. (299), a avaliação da quantidade de leite que passa da mãe para o bebé, numa mamada ao 3º dia de vida, pode ser um bom método para discriminar o grupo de mães que amamentará durante mais tempo, no nosso estudo foi encontrada uma forte correlação entre quantidade de leite que passa da mãe para o bebé, durante uma mamada ao 3º dia de vida e a duração do AM exclusivo.

A idade materna foi uma variável que se associou positivamente à interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida, resultado este já referido por outros autores; com efeito Barnard e col. (623) encontraram uma correlação de 0,28 entre a idade materna e o total da NCAFS (623,668).

A idade materna tem sido sobretudo associada à decisão de amamentar e à duração da amamentação (54,162,247,252,297,425,467,554).

No nosso estudo, não foi encontrada qualquer associação entre a idade materna e a duração do AM, resultados estes que estão em contradição com um estudo efectuado em Portugal (639).

Curiosamente, uma melhor regulação dos estádios correlacionou-se negativamente com a duração do AM não-exclusivo.

Com efeito, para alguns autores, uma deficiente regulação dos estádios durante o período neonatal, pode diminuir a ingesta de leite durante a mamada, aumentar a utilização de energia e afectar a sincronia da interacção mãe-bebé (13,75,399).

No nosso estudo, não encontramos qualquer associação entre a deficiente regulação dos estádios e a interacção mãe-bebé; a associação entre regulação dos estádios e medidas de sincronia entre mãe e bebé, sugerida por alguns autores, será alvo de estudo num futuro próximo.

Por outro lado, a maneira de fazer a cotação da NBAS, sugerida pela 2ª versão da NBAS, pode ter tido alguma influência nos resultados (66).

As atitudes maternas face à amamentação, associaram-se negativamente com a interacção mãe-bebé ao 3º dia de vida.

Com efeito, quer a atitude perante o comportamento, quer a soma da atitude perante o comportamento com a norma subjectiva, associaram-se negativamente com a interacção mãe-bebé ao 3º dia de vida.

A soma da atitude perante o comportamento, com a norma subjectiva, foi a variável mais explicativa da variância da interacção mãe-bebé ao 3º dia.

As mães que avaliaram de forma mais positiva o facto de amamentarem o bebé e que eram mais sensíveis às opiniões positivas de pessoas significativas, tiveram uma pior interacção durante a mamada ao 3º dia de vida.

Estarão estas mães pressionadas de tal maneira, que o AM, passa a ser considerado um fardo, podendo assim pôr em risco a competência interactiva materna durante a mamada ?

O prazer em amamentar tem sido relacionado com um maior sucesso do AM, sugerindo alguns autores, a mudança do conceito de AM como “dever”, para AM como “direito” da mulher (356,446,447).

Para Keith (334), as mulheres decidem sobre a maneira de alimentar o bebé baseadas na sua percepção sobre os benefícios da amamentação para o bebé. A decisão de como alimentar o bebé é importante para o bebé, para a mãe e outros familiares. A decisão é materna, embora sujeita a influências de outrém e as decisões são modificadas quando necessário, através de um processo não linear de retro-acção (334).

Futuramente, tentaremos fazer a distinção entre a decisão materna em amamentar o bebé, centrada em benefícios para o bebé ou para a mãe, dado que a decisão de amamentar o bebé centrada na mãe, está, para alguns autores, associada a uma maior duração do AM, podendo tal estudo ter implicações de futuro, em termos de mensagens em acções de Educação para a Saúde.

Por outro lado, as atitudes maternas face à amamentação, não se correlacionaram com a duração do aleitamento exclusivo ou não-exclusivo.

Estes resultados aparentemente contraditórios, não põem em causa a Te-

oria da Acção Reflectida, pois todas as mães que decidiram amamentar, iniciaram de facto a amamentação.

Por outro lado, a definição prévia da duração do AM, correlacionou-se com a duração do AM não-exclusivo, sugerindo que é possível a aplicação da Teoria da Acção Reflectida ao AM, desde que o questionário sobre as atitudes face ao AM, contenha uma previsão sobre a duração do AM.

A Teoria da Acção Planeada sugere que para além das atitudes, norma subjectiva e intenção, existem outras variáveis importantes, quando se trata de avaliar a relação entre atitudes e comportamento, quando este não é completamente dependente da vontade, caso do AM (1007,1023).

Aquelas variáveis seriam, a experiência prévia, a percepção de dificuldades, recursos, impedimentos e oportunidades existentes, no sentido de facilitar ou dificultar o comportamento em questão, levando a uma previsão do comportamento em questão (218,494).

Enquanto que a característica principal da Teoria da Acção Planeada é a percepção do controlo sobre o comportamento, para a Teoria Social Cognitiva é a opinião sobre a eficácia pessoal que é determinante do comportamento (218).

As mães que estavam mais determinadas em manter a amamentação, mesmo em caso de problemas, tiveram uma pior interacção com os bebés ao 3º dia de vida; uma maior determinação em manter a amamentação poderá prejudicar a interacção mãe-bebé?

Poderá uma maior determinação materna estar associada a um tipo de temperamento tipo "A"?

Para Parker (513), o temperamento materno tipo "A", sobretudo quando expresso pela subescala "Envolvimento no trabalho", parece estar relacionado com uma maior duração do AM.

Por outro lado, a "tarefa" de amamentar pode influenciar negativamente a interacção mãe-bebé, pois pode tornar a amamentação num stress para a mãe e não num prazer.

A interacção mãe-bebé durante a situação alimentar, para além de ser uma medida de sucesso do AM, foi também uma determinante do seu sucesso.

Tanto a interacção ao 3º, como ao 30º dias de vida se associaram positivamente a outras medidas de sucesso do AM, verificando-se que, enquanto a interacção ao 3º dia se correlacionou com a transferência de leite, a interacção ao 30º dia, foi uma das determinantes da duração do AM exclusivo e não-exclusivo.

A NCAFS ao 3º dia de vida, associou-se positivamente à transferência de leite entre mãe e bebé, durante a mamada.

Com efeito, todos os subgrupos da NCAFS, à excepção do subgrupo

“Resposta ao stress”, se correlacionaram com a transferência de leite ao 3º dia de vida.

De realçar a associação entre o desempenho do bebé, avaliado com o 5º e 6º subgrupos da NCAFS e ainda pela sua soma, e a transferência de leite entre mãe e bebé, sugerindo que a transferência de leite depende de mecanismos complexos em que a cooperação entre mãe e bebé é essencial, sendo o desempenho do bebé determinante, aspecto que tem sido sugerido por outros autores. O peso do bebé não se correlacionou com a ingesta, contrariamente ao que tem sido encontrado noutros estudos (143-145,155,189,260,328,525,531, 623,644,700,701,703,704).

O controlo exercido pelo bebé na regulação da ingesta de leite, patente no nosso estudo, também está de acordo com os resultados de outros autores (143-145,155,189,260,328,525,531,644,671,701,703,704).

Os comportamentos contingentes entre mãe e bebé durante a mamada, foram a variável mais explicativa da variância da transferência de leite ao 3º dia, responsável por 12.2% da variância; também Britton (75) relacionou a sincronia durante a mamada e a quantidade da ingesta.

Quillin (542), definiu comportamentos contingentes, como aqueles que se seguem imediatamente à emissão de certos comportamentos pelo outro parceiro da díade, considerando contingência e reciprocidade, definida esta última como a responsividade de um parceiro ao comportamento do outro, como aspectos da sincronia.

A sincronia, definida como concorrência e mutualidade de comportamentos entre parceiros, tem sido realçada como factor essencial no alcance de uma interacção mãe-bebé de maior qualidade, em que cada membro da díade é capaz de emitir e reconhecer sinais, levando a uma adaptação mútua, progressivamente mais complexa e gratificante para mãe e bebé (34,36,542).

A cooperação entre mãe e bebé durante a mamada já tinha sido evidenciada como factor determinante da transferência de leite (700,701,143,145).

O subgrupo do bebé “Responsividade à mãe” avaliado ao 3º dia de vida, correlacionou-se com a NCAFS total aos 30 dias de vida, sugerindo que o estilo do bebé contribui para o estabelecimento da cooperação entre mãe e bebé durante a refeição.

A interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida, associou-se positivamente à duração do AM exclusivo e não-exclusivo.

Quer a NCAFS total, quer sobretudo os subgrupos maternos “Resposta ao stress”, “Promoção do desenvolvimento cognitivo” e ainda, a soma dos 4 grupos maternos da NCAFS ao 30º dia, se correlacionaram fortemente com a duração do AM exclusivo.

De realçar que o 4º subgrupo materno, “Promoção do desenvolvimento cognitivo”, foi uma das variáveis mais explicativas da variância da duração

do AM, concorrendo para 7.3% da variância do AM exclusivo.

A associação da interacção entre mãe-bebé ao 30º dia de vida, e a duração do AM não-exclusivo, foi semelhante.

Encontrou-se uma associação entre a NCAFS total ao 30º dia e a duração do AM não-exclusivo; foram encontradas associações ainda mais fortes entre os subgrupos maternos “Resposta ao stress”, “Promoção do desenvolvimento cognitivo” e ainda, a soma dos 4 grupos maternos da NCAFS ao 30º dia e a duração do AM não-exclusivo.

Estes resultados sugerem a importância da cooperação entre mãe e bebé durante a mamada, no sucesso da amamentação.

A NCAFS parece ser um bom instrumento de avaliação da interacção mãe-bebé, permitindo avaliar a competência materna para interpretar os sinais emitidos pelo bebé, para responder de maneira contingente, estimular o bebé através do tacto, movimentos, fala e contacto visual, e para adiar a estimulação ou a resposta até à emissão pelo bebé de sinais positivos; esta escala permite ainda a avaliação de sinais emitidos pelo bebé e a sua responsividade à mãe, através da vocalização, contacto visual, mudança de estágio ou movimentos (623).

Na interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida, avaliada com a NCAFS, verificou-se a existência de alguns resultados que Barnard e col. (623) consideram preocupantes.

Estes resultados sugerem que, mesmo para díades sem risco aparente, a observação de uma mamada é essencial, a fim de se poder fazer o diagnóstico de padrões interactivos preocupantes ou não, para que se possa efectuar uma intervenção correcta, caso esta seja necessária.

A existência de três factores comuns, correlacionados com duração do AM exclusivo e não-exclusivo, sendo o primeiro a interacção mãe-bebé durante a refeição ao 30º dia de vida, o segundo uma gravidez planeada ou desejada e o terceiro o grau de preocupação materna relacionada com o comportamento do bebé, durante o primeiro mês de vida, sugere que, para alcançar um maior sucesso do AM, é necessária a intervenção em “timings” diferentes.

Uma gestação planeada ou desejada e a frequência de aulas de preparação para o parto, correlacionaram-se positivamente com a interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida, sugerindo a importância da existência de consultas de planeamento familiar e de aulas de preparação para o parto.

A importância da frequência de aulas de preparação para o parto é ainda sugerida pelo facto de as aulas constituírem uma variável explicativa importante, da variância da transferência de leite entre mãe e bebé, ao 3º dia de vida.

Por sua vez, a transferência de leite, correlacionou-se positivamente com

a interação mãe-bebê durante a mamada e com a duração do AM exclusivo.

Em suma, os nossos resultados sugerem a necessidade de intervenção em “timings” diferentes, antes da gravidez, durante a gravidez, durante o trabalho de parto e do parto e durante os primeiros meses de vida do bebê.

7.7. Implicações práticas

Pode parecer uma redundância dizer-se que, para se amamentar com sucesso, é preciso a concorrência de três factores:

- a) a decisão de amamentar.
- b) o estabelecimento da lactação.
- c) um bom suporte da amamentação.

O conceito de pontos de viragem aplicado ao sucesso do AM, aponta para alguns períodos “críticos” ou “melhores”, essenciais para a obtenção de um maior sucesso do AM.

Os resultados obtidos neste estudo, sugerem algumas implicações práticas para o futuro, a vários níveis.

O primeiro nível corresponde à tomada de decisão sobre o regime alimentar do bebê.

A maior parte das mães escolhe o regime alimentar do bebê, antes ou durante a gestação, influenciadas por múltiplos factores e uma mulher que não queira ou não possa amamentar não deve ser culpabilizada pelos profissionais de saúde, mas apoiada na sua escolha.

Uma gestação planeada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do AM, sugerindo a importância das consultas de planeamento familiar que deverão ser acessíveis a toda a população.

O 3º trimestre da gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos de AM, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira entrevista entre a futura mãe e o pediatra do bebê, a fim de discutir o regime alimentar do bebê a adoptar, veicular conhecimentos sobre a prática e a técnica do AM, averiguar os conhecimentos e atitudes dos futuros pais face ao AM e a existência ou não de mitos relacionados com a amamentação (187,199,233,234,647).

Parece especialmente importante a definição prévia da duração do AM, pelo que a futura mãe deverá ser motivada para um maior compromisso em termos de amamentação.

Para uma maior motivação materna, a mãe deverá ser elucidada sobre as vantagens do AM para a mãe e para o bebê, o efeito de “dose-resposta” e o

prazer que a amamentação pode constituir para uma mãe bem preparada para amamentar.

A frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação, deverá ainda fazer parte da preparação da futura mãe, no sentido de a familiarizar com os procedimentos do trabalho de parto e parto.

O segundo nível, é o do estabelecimento da lactação, correspondendo ao segundo ponto de viragem em termos de AM, conceptualizado por Brazelton (233), sendo decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto e o parto para o seu sucesso (198,402).

Para a sua concretização, é essencial que o trabalho de parto e parto decorram num ambiente enriquecido, para o qual contribuirão as medidas recomendadas pela “Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés” (173,480).

Recorde-se que para ser considerado um “Hospital Amigo dos Bebés”, um hospital deverá cumprir as seguintes medidas:

1. Ter uma política de promoção do AM, afixada, e transmiti-la regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM.
4. Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a lactação.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

A prática destas medidas tem implicações curriculares importantes para médicos e enfermeiros (334,518).

O terceiro nível tem a ver com o suporte da lactação, essencial para uma maior prevalência do AM.

O suporte da lactação é especialmente importante e urgente, dada a baixa prevalência do AM em Portugal ao fim do primeiro mês de vida, e tem implicações importantes para a prática diária de médicos e enfermeiros (334).

A suplementação precoce é determinante do insucesso do AM, traduzindo a falta de apoio que os profissionais de saúde prestam às mães que amamentam, sugerindo a importância da formação contínua e pós-graduada de médicos e enfermeiros na problemática do sucesso do AM.

No nosso estudo, verificou-se a importância da correlação entre a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida e a duração do aleitamento materno exclusivo e não-exclusivo.

De realçar, a importância dos comportamentos contingentes entre mãe e bebé, para uma maior transferência de leite durante a mamada ao 3º dia de vida.

Verificou-se mesmo em díades aparentemente sem qualquer risco, a existência de maus padrões interactivos durante a mamada que podem pôr em causa a continuação da amamentação.

Estes resultados sugerem, como uma medida importante no suporte do AM, o diagnóstico desses padrões interactivos, a fim de se poder estabelecer uma estratégia eficaz em termos de intervenção (623).

Nos cursos de licenciatura e em cursos de pós-graduação, para além da formação contínua, médicos e enfermeiros, devem ser sensibilizados para o AM, de modo a adquirirem conhecimentos, atitudes e gestos que tenham como objectivos, a promoção e suporte do aleitamento em cada um dos seus locais de trabalho.

Parece especialmente importante que médicos e enfermeiros possuam as competências necessárias para um suporte eficaz do AM, competências essas que devem incluir a capacidade de observar e diagnosticar bons e maus padrões interactivos durante a mamada (518).

Torna-se assim necessário que os conteúdos dos cursos de pós-graduação, ministrados a médicos e enfermeiros com vocação para o incentivo e o suporte do AM, providenciem noções teóricas e práticas sobre interacção entre mãe e bebé durante a mamada, reconhecimento de bons e maus padrões interactivos, reconhecimento de comportamentos contingentes, e elaboração de estratégias de intervenção.

Para um suporte eficaz, será também necessária a disponibilidade do médico de família ou do pediatra; recorde-se que o contacto telefónico com o médico do bebé, ainda hoje não é possível, para a generalidade das mães portuguesas.

A dificuldade na obtenção de consultas, levam a maior parte das mães a

recorrerem ao conselho de amigas ou das suas próprias mães ou ao Banco de Urgência dos Hospitais, que não estão vocacionados para o suporte do AM.

Seria importante a criação em Portugal de grupos de suporte ao AM, a partir de mães com grande prática em AM.

A existência de enfermeiras visitadoras, juntamente com a disponibilidade do médico, teria provavelmente efeitos benéficos.

Em suma, o sucesso do AM exige que sejam tomadas várias medidas, que contribuam para a escolha do AM como regime privilegiado para a alimentação do bebé e lactente e para a manutenção da escolha, durante o tempo previsto.

Tais medidas devem iniciar-se na escola, prolongar-se durante a gestação, trabalho de parto e parto e continuar durante o primeiro ano de vida, com especial realce para os primeiros meses de vida do bebé.

A promoção do AM deverá ainda ter em conta a dinâmica psicosocial associada à sua prática, antes de se precipitar no desenvolvimento de programas não adaptados às diferentes comunidades (218).

8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Efectuámos um estudo prospectivo e experimental, com ocultação dupla e aleatorização em 3 grupos de 20 díades mãe-bebé com critérios de inclusão muito exigentes quanto às características das mães, do trabalho de parto e do parto, dos bebés, e pós-parto.

O primeiro objectivo do estudo foi avaliar a eficácia das intervenções efectuadas à nascença no sucesso do AM; o segundo objectivo foi avaliar as determinantes do sucesso do AM.

A duração do AM exclusivo e não-exclusivo, a transferência de leite ao 3º dia de vida e a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dias de vida, foram propostas como medidas de sucesso.

A primeira intervenção consistiu na precocidade da primeira mamada, no fim da primeira hora de vida.

A segunda intervenção consistiu na precocidade da primeira mamada e no esclarecimento das mães acerca da importância de o bebé estar no estágio de alerta calmo, antes de mamar.

A observação das mães incidiu sobre características sócio-demográficas, atitudes durante a gestação e face ao AM, expectativas face ao bebé e causas de desmame.

A observação dos bebés consistiu na avaliação do peso à nascença, índice de Apgar e sexo, estado neuro-comportamental, desenvolvimento psico-motor e estado nutricional.

Observou-se ainda o ambiente em casa do bebé.

A avaliação da eficácia das intervenções efectuadas foi efectuada através da determinação da duração do AM exclusivo e não-exclusivo, da transferência de leite ao 3º dia de vida e da interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dias de vida.

Os dados obtidos foram analisados através da análise de variância (ANOVA) e do teste de Kruskal-Wallis para as variáveis do tipo intervalo e através do teste do qui quadrado e do teste de Fisher para as variáveis categoriais.

A avaliação das determinantes de sucesso do AM foi efectuada através de regressões múltiplas ajustadas pelos grupos de estudo, a fim de avaliar a correlação entre cada uma das variáveis dependentes e as variáveis independentes consideradas; efectuaram-se ainda regressões múltiplas retrógradas passo a passo, para avaliar o efeito próprio de cada uma das variáveis independentes consideradas, sobre as variáveis dependentes.

A análise dos resultados obtidos sugerem que a problemática do sucesso do AM é muito complexa e sujeita a múltiplas influências. Dadas as limitações do nosso estudo, os resultados devem ser interpretados com cuidado e as conclusões podem não ser ajustadas a outras populações.

Contudo, os resultados obtidos estimulam algumas questões e providenciam algumas sugestões quanto a áreas potencialmente produtivas em termos do sucesso do AM.

1. Avaliação da eficácia das intervenções efectuadas.

a) Nas mães das classes III e IV do índice de Graffard, as intervenções efectuadas não influenciaram as variáveis propostas como sucesso do AM, em termos estatisticamente significativos.

b) Só nos grupos experimentais se verificou uma prevalência do AM não-exclusivo superior a sete meses.

c) A duração média do AM não-exclusivo do grupo experimental I foi superior à do grupo controlo em 32 dias.

d) A duração média do AM não-exclusivo do grupo experimental II foi superior à do grupo controlo em 56 dias.

2. Avaliação das determinantes do sucesso do AM.

Avaliaram-se as determinantes do sucesso do AM em termos dos períodos pré-gestacional, durante a gestação, parto e pós-parto, permanência na maternidade e depois da alta até ao fim do primeiro ano de vida.

a) As determinantes do sucesso do AM durante o período pré-gestacional foram a idade materna e uma gravidez planeada ou desejada.

– A *idade materna* correlacionou-se positivamente com a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida.

– Uma *gravidez desejada ou planeada* correlacionou-se positivamente com a duração do aleitamento exclusivo e não-exclusivo e com a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida.

b) As determinantes do sucesso do AM durante a gestação foram a frequência de aulas de preparação para o parto, a definição da duração planejada do AM, enquanto que as atitudes maternas face ao AM se associaram negativamente ao seu sucesso.

– A *frequência de aulas de preparação para o parto*, correlacionou-se positivamente com a transferência de leite entre mãe e bebê ao 3º dia de vida e com a interação mãe-bebê durante a situação alimentar ao 30º dia de vida.

– A *definição da duração planejada do AM*, correlacionou-se positivamente com a duração do AM não-exclusivo.

– A *atitude perante o comportamento, e a soma da atitude perante o comportamento e da norma subjectiva*, face ao AM, correlacionaram-se negativamente com a interação mãe-bebê durante a mamada ao 3º dia de vida.

– A *intenção de manutenção do AM*, correlacionou-se negativamente com a interação mãe-bebê durante a situação alimentar ao 30º dia de vida.

c) Durante a permanência na maternidade, as determinantes do sucesso do AM foram o adiamento da suplementação, as expectativas maternas face ao bebê ao segundo dia de vida, a transferência de leite e a interação mãe-bebê durante a mamada ao 3º dia de vida.

– O *adiamento da suplementação* correlacionou-se positivamente com a duração do AM não-exclusivo, explicando 47.6% da variância do AM não-exclusivo.

– As *expectativas maternas face ao bebê* ao 2º dia de vida, correlacionaram-se positivamente com a interação mãe-bebê durante a mamada, no 3º dia de vida.

– A *transferência de leite* numa mamada ao 3º dia de vida, correlacionou-se positivamente com a interação mãe-bebê durante a mamada e com a duração do AM exclusivo.

– A *regulação dos estádios* ao 30º dia de vida correlacionou-se negativamente com a duração do AM não-exclusivo.

– A *interacção mãe-bebê ao 3º dia de vida*, avaliada com a NCAFS, correlacionou-se com várias medidas de sucesso do AM.

- A *interacção mãe-bebé durante a mamada no 3º dia de vida*, correlacionou-se positivamente com a transferência de leite.
- Ao terceiro dia de vida, a *NCAFS total e todos os subgrupos da mãe e do bebé*, à excepção do subgrupo materno “Resposta ao stress”, correlacionaram-se positivamente com a transferência de leite.
- Os *comportamentos contingentes entre mãe e bebé*, durante a mamada ao 3º dia de vida, correlacionaram-se positivamente com a transferência de leite, sendo responsáveis por 12.2% da sua variância.
- Um dos subgrupos do bebé, a “*Responsividade à mãe*”, ao 3º dia de vida, correlacionou-se positivamente com a interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida.

d) As determinantes do sucesso do AM depois da alta foram o adiamento da suplementação, um menor grau de preocupação materna face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida e a interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida.

- O *grau de preocupação materna* ao 30º dia, quanto ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida, correlacionou-se negativamente, quer com a duração do AM exclusivo, quer com a duração do AM não-exclusivo.
- A *interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida*, ou seja o total dos 76 itens da NCAFS, correlacionou-se positivamente com a duração do AM exclusivo.
- Um dos subgrupos maternos da NCAFS ao 30º dia de vida, “*Promoção do desenvolvimento cognitivo*”, foi o subgrupo que melhor se correlacionou com a duração do AM exclusivo.
- A *interacção mãe-bebé ao 30º dia de vida*, ou seja o total dos 76 itens da NCAFS, correlacionou-se positivamente com a duração do AM não-exclusivo.
- A *NCAFS* parece ser um bom instrumento de avaliação da interacção mãe-bebé durante a situação alimentar.

3. Outros achados interessantes

- A intervenção efectuada à nascença, revelou-se influente nas *expectativas maternas face ao bebé no 2º dia de vida*.
- Mesmo em díades sem risco aparente, verificou-se a existência de al-

gumas *mães de risco*, ou seja, aquelas que valorizavam mais o bebé médio que o seu próprio bebé, ou que tinham menores expectativas quanto aos seus bebés.

– Mesmo em díades sem risco aparente, verificou-se a existência de alguns *padrões interactivos preocupantes durante a situação alimentar*, salientando a importância da observação de uma mamada e consequentemente de uma intervenção adequada.

O sucesso do AM depende assim da concorrência de múltiplos factores, ocorrendo ainda antes da gestação, durante a gestação, parto e pós-parto, durante a permanência na maternidade, depois da alta e durante o primeiro ano de vida do bebé.

4. Recomendações

O sucesso do AM depende do esforço conjunto e concertado de múltiplos agentes, legisladores, organizações internacionais e nacionais e a acção dos profissionais de saúde e de educação nos seus locais de trabalho.

O nosso estudo pretendeu contribuir para o sucesso do AM em Portugal, tendo conseguido identificar algumas das determinantes do seu sucesso.

Na sequência do exposto e de acordo com a experiência adquirida através deste estudo, recomendam-se algumas medidas tendentes a aumentar o sucesso do AM em Portugal:

– *Consultas de planeamento familiar* acessíveis a toda a população

– *Consulta pré-natal* durante o 3º trimestre de gestação, com o médico do bebé.

– *Aulas de preparação para o parto*, acessíveis a todas as futuras mães.

– *Modificação das rotinas das nossas maternidades*, prolongando o contacto precoce mãe-bebé até ao fim da primeira hora de vida, a fim de permitir a precocidade da primeira mamada.

– Implementação nas nossas maternidade, da *“Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés”*; realce-se a importância da formação da equipa de cuidados de saúde e a importância de não dar ao bebé nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, assim como tetinas ou chupetas.

– *Aquisição de competências* durante os cursos pré e pós-graduados nos domínios dos conhecimentos, atitudes e gestos pelos profissionais de saúde, com realce para o diagnóstico dos padrões interactivos entre mãe e bebé durante a mamada, a fim de poderem promover e suportar uma boa

prática do AM, nomeadamente através do planeamento e aplicação de estratégias de intervenção adequadas.

– Execução de *mais estudos prospectivos e experimentais* sobre a problemática do sucesso do AM.

9.RESUMO

O AM tem muitas vantagens e a sua promoção constitui uma prioridade mundial.

Este estudo teve como tema, o “Aleitamento materno”, dado o interesse da autora do projecto pela prevenção em geral e particularmente pelo comportamento alimentar, nomeadamente pela amamentação.

O modelo de intervenção utilizado, integrou um conceito de salutogénese situando-se cada vez mais no contexto da qualidade de vida ao longo do ciclo de vida e constituiu um desafio, numa perspectiva nova de Pediatria.

O AM tem muitas vantagens e a sua promoção constitui uma prioridade mundial.

Estudos efectuados em Portugal apontam para uma alta incidência do AM à nascença e para uma baixa prevalência a partir do fim do primeiro mês de vida.

A promoção do AM tem como objectivo o seu sucesso e pressupõe o conhecimento da comunidade a que se destina.

O sucesso do AM está sujeito a múltiplas influências; alguns dos factores que parecem influenciar o sucesso do AM são modificáveis e portanto, sujeitos a intervenção.

O nosso estudo foi prospectivo e experimental, com aleatorização prévia e dupla ocultação.

A amostra foi constituída por 3 grupos de 20 díades mãe-bebé, que preencheram os critérios de inclusão das mães, trabalho de parto e parto, bebês e pós-parto.

Este estudo teve dois objectivos:

O primeiro objectivo consistiu na avaliação da eficácia de duas intervenções efectuadas à nascença, no sucesso do AM.

A primeira intervenção consistiu na precocidade da primeira mamada, ou seja, em pôr o bebé a mamar no fim da primeira hora de vida.

A segunda intervenção consistiu na precocidade da primeira mamada e no esclarecimento das mães acerca da importância de o bebé estar no estágio de alerta calmo, antes de mamar.

O segundo objectivo foi avaliar as determinantes do sucesso do AM.

Como medidas de sucesso foram propostas a duração do AM exclusivo e não-exclusivo, a transferência de leite durante uma mamada ao 3º dia de vida e a interacção mãe-bebé ao 3º e 30º dia de vida, durante uma situação alimentar.

O grupo experimental I foi sujeito à intervenção I, o grupo experimental II foi sujeito à intervenção II e o grupo controlo seguiu a rotina da enfermaria.

O estudo iniciou-se antes do parto e prolongou-se até aos 12 meses de vida de cada bebé.

A observação das mães constou de questionários a fim de obter dados sobre algumas características sócio-demográficas, sobre as atitudes durante a gestação, atitudes face ao AM, expectativas maternas face ao bebé e causas de desmame parcial e total.

As atitudes durante a gestação foram observadas através de um questionário próprio.

As atitudes face ao AM foram observadas com um questionário construído para o efeito e baseado na Teoria da Acção Reflectida.

As expectativas maternas face ao bebé, foram observadas com o Neonatal Perception Inventory (NPI).

As causas de desmame parcial e total foram observadas também através de questionários.

A observação dos bebés consistiu na avaliação do peso à nascença, índice de Apgar e sexo, do estado neuro-comportamental ao 3º e 30º dias, desenvolvimento psicomotor aos 3, 6 e 12 meses e estado nutricional dos 3 dias aos 12 meses de vida.

O estado neuro-comportamental foi observado com a Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS), o desenvolvimento psicomotor com as Bayley Scale of Infant Development (BSID) e o estado nutricional foi observado através do peso, estatura, perímetro cefálico, prega tricípital, circunferência do braço, índices de Kanawati e MacLaren e de McLaren e Read.

A observação do ambiente em casa foi efectuada aos 9 meses de vida do bebé, utilizando o Home Observation for the Measurement of Environment (HOME).

A avaliação da eficácia da intervenção no sucesso do AM, foi efectuada através da determinação da duração do AM exclusivo e não-exclusivo, da transferência de leite entre mãe e bebé, durante uma mamada ao 3º dia de vida e da observação da interacção mãe-bebé ao 3º e 30º dias de vida durante uma situação alimentar.

A duração do AM exclusivo e não-exclusivo foi efectuada através do inquérito alimentar constante de cada uma das consultas mensais.

A transferência de leite ao 3º dia de vida, foi feita através de uma pesagem dupla do bebé ao 3º dia de vida, antes e depois de mamar.

A interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 3º e 30º dias de vida, foi feita utilizando a Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS).

Os resultados foram estudados com os programas estatísticos Microstat e Stata.

Os dados obtidos foram analisados através da análise de variância (ANOVA) e do teste de Kruskal-Wallis para as variáveis do tipo intervalado e através do teste do qui quadrado e do teste de Fisher para as variáveis categoriais.

A avaliação das determinantes do sucesso de AM foi efectuada através de regressões múltiplas, a fim de avaliar a correlação de cada uma das variáveis dependentes, com as variáveis independentes consideradas. Estas regressões foram ajustadas pelos grupos de estudo.

Foram ainda efectuadas regressões múltiplas retrógradas passo a passo, para avaliar o efeito próprio de cada uma das variáveis independentes consideradas, sobre as variáveis dependentes.

Em todas as determinações foi escolhido como limiar de significância, o valor de p de 0,05.

Verificou-se uma homogeneidade entre as características maternas pré-natais dos 3 grupos, à excepção da idade materna que foi mais alta no grupo controlo e na manutenção da amamentação que foi mais fraca no grupo experimental II.

As expectativas maternas face ao bebé foram maiores nos grupos experimentais, sugerindo serem consequência das intervenções efectuadas.

A principal causa de desmame parcial ou total, alegada pelas mães, foi maioritariamente a hipogalactia.

Verificou-se uma homogeneidade entre os bebés à nascença, quanto ao peso, índice de Apgar e sexo.

Verificou-se ainda uma homogeneidade entre os bebés no que respeita o estado neurocomportamental, desenvolvimento psicomotor e estado nutricional, à excepção do índice de McLaren e Read aos 12 meses de vida.

Também não foram encontradas diferenças entre os três grupos, quanto ao ambiente em casa dos bebés.

Quanto aos objectivos do estudo, a análise dos resultados sugere que o AM é um processo muito complexo, dependente de múltiplas influências.

Ao avaliarmos a eficácia das intervenções à nascença no sucesso do AM, verificou-se que as intervenções efectuadas não aumentaram o sucesso do AM de modo estatisticamente significativo.

É de realçar, no entanto, que só nos grupos experimentais, a prevalência do AM não-exclusivo se prolongou para além dos sete meses de idade.

Verificou-se que a duração média do AM não-exclusivo do grupo experimental I foi superior à do grupo controlo em 32 dias e que a duração média do AM não-exclusivo do grupo experimental II foi superior à do grupo controlo em 56 dias, sugerindo a importância clínica das intervenções.

Ao avaliarmos as determinantes do sucesso do AM, verificámos que aquelas exerceram a sua acção desde antes da concepção do bebé, passando pela gestação, trabalho de parto e parto, permanência na maternidade e durante o primeiro ano de vida.

As determinantes do sucesso do AM antes da gestação foram a idade materna e o facto da gestação ter sido planeada ou desejada.

As determinantes do sucesso do AM durante a gestação foram a frequência de aulas de preparação para o parto e o planeamento da duração do AM, enquanto que as atitudes maternas face ao AM, se correlacionaram negativamente com o seu sucesso.

Durante a permanência na maternidade, as determinantes do sucesso do AM foram o adiamento da suplementação, as expectativas maternas face ao bebé no 2º dia de vida, a transferência de leite e a interacção mãe-bebé durante uma mamada no 3º dia de vida, nomeadamente no que respeita os comportamentos contingentes, enquanto que a regulação dos estádios ao 30º dia de vida se correlacionou negativamente com uma das medidas de sucesso do AM.

As determinantes de sucesso do AM depois da alta foram o adiamento da suplementação, um menor grau de preocupação materna face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida e a interacção mãe-bebé durante a situação alimentar ao 30º dia de vida.

A intervenção efectuada à nascença revelou-se influente nas expectativas maternas face ao bebé ao segundo dia de vida.

Verificou-se em díades aparentemente sem risco a existência de mães de risco, ou seja, aquelas mães que valorizaram mais o bebé médio que o bebé próprio, ou que tinham menores expectativas quanto ao seu bebé; verificou-se ainda a existência de alguns padrões interactivos preocupantes durante a mamada.

Os resultados sugerem ainda a importante influência exercida pela interacção mãe-bebé durante a mamada ao 3º dia de vida ou a situação alimentar ao 30º dia de vida, no sucesso do AM, nomeadamente na duração do aleitamento exclusivo e não-exclusivo.

Realce-se a influência dos comportamentos contingentes entre mãe e bebé no sucesso do AM, sugerindo a importância da sincronia entre mãe e bebé na quantidade da ingesta.

Realce-se ainda a importância da competência do bebé, na obtenção de

bons padrões interactivos entre mãe e bebé, sugerindo que o AM é um processo de verdadeira cooperação entre mãe e bebé, em que cada membro da díade emite e recebe sinais, e se adaptam mutuamente num processo cada vez mais complexo e mais rico.

Existem ainda factores comuns correlacionados com a duração do AM exclusivo e não-exclusivo, ou seja a interacção entre mãe e bebé ao 30º dia de vida, uma gravidez planeada ou desejada e o grau de preocupação materna quanto ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida.

Os resultados obtidos no nosso estudo confirmam que o AM é um processo complexo, exigindo o seu sucesso a implementação de medidas a vários níveis.

Existem alguns períodos “críticos”, “especiais” ou “melhores” que constituem os pontos de viragem ou “touch-points” aplicados ao sucesso do AM.

Como determinantes da decisão de amamentar, sugere-se a importância das consultas de planeamento familiar, da entrevista entre a futura mãe e o médico do bebé no 3º trimestre de gestação, e a frequência de aulas de preparação para o parto.

Para o estabelecimento da lactação, realce-se a importância da “Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés”, que proporciona à mãe e ao bebé as melhores condições para um bom início de vida, com especial relevo para a prática do AM exclusivo, sem recurso a qualquer suplementação.

Para o suporte da amamentação, é especialmente importante a disponibilidade e a competência dos profissionais de saúde, nos domínios dos conhecimentos, atitudes e gestos com especial realce para o diagnóstico de bons e maus padrões interactivos entre mãe e bebé durante a mamada.

Em suma, muito há ainda para fazer no sentido de aumentar o sucesso do AM; os esforços dos profissionais de saúde e de educação, das organizações internacionais e nacionais, aliados a uma vontade política forte, serão imprescindíveis para alcançar os objectivos pretendidos.

10.SUMMARY

Breast-feeding has so many advantages that its promotion is a world-wide priority

The theme of this study, breast-feeding, is due to the author's interest in prevention, feeding behavior, and namely breast-feeding.

We used a model based on the concept of salutogenesis which participates in the context of quality of life and presents a challenge within a new concept of Pediatrics.

Studies developed in Portugal point out a high practice of breast-feeding immediately after birth but decreasing after the first month of life.

The promotion of breast-feeding aims at its success and implies the knowledge of the community involved.

Many factors are involved in the success of breast-feeding; some of the factors which seem to stimulate its success are modifiable, so they are dependent on external interferences.

Our study is prospective and experimental, based on previous randomization and double blind.

The sample was composed by three groups of twenty dyads of mother-baby, filling the criteria of inclusion: mother, labour, delivery and post child birth.

This study had two main objectives:

I - evaluation of the influence of two interventions made immediately after birth on breast-feeding success.

The first intervention consisted of the early suckling, i. e., breast-feeding the baby one hour after birth.

The second intervention consisted of the early suckling, and explaining to the mother the importance to maintain her baby alert before breast-feeding.

II - evaluation of the variables associated with the success of breast-feeding.

As outcomes of success we purpose: duration of exclusive and non-

exclusive breast-feeding; milk transfer during suckling on the 3rd day of life and the interaction mother-baby on the 3rd and 30th day of life during a feeding situation.

Experimental group I was submitted to intervention I, experimental group II was submitted to intervention II and the control group followed the maternity-ward routine.

The study began before childbirth and went on until the 12th month of each baby's life.

The observation of mothers was carried out fulfilling questionnaires in order to obtain data on some socio-demographic features, attitudes during pregnancy, attitudes towards breast-feeding, mother expectations towards the baby and causes of partial and total weaning.

A specific questionnaire was prepared in order to observe mother's attitudes during pregnancy.

Attitudes towards breast-feeding were performed using a specific questionnaire based on the Theory of Reasoned Action.

Maternal expectations towards the baby were observed with the Neonatal Perception Inventory (NPI) and the causes of partial and total weaning were also performed by questionnaires.

The observation of babies consisted of the evaluation of weight, immediately after birth, Agpar index, sex, neuro-behavioral state on the 3rd and 30th days of life, psychomotor development at 3, 6 and 12 months of living and nutritional status from 3 days to 12 months of living.

Neuro-behavioral state was measured by Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS); psychomotor development by Bayley Scale of Infant Development (BSID) and nutritional status observed by weight, height, head circumference, triceps skinfold, mid-upper arm circumference, Kanawati and MacLaren and McLaren and Read index.

Observation of baby's home environment took place on the 9th month after birth, using the Home Observation for the Measurement of Environment (HOME).

The evaluation of the effects of intervention in breast-feeding success, was performed by the observation of the duration of exclusive and non-exclusive breast-feeding, through milk transfer from mother to baby during suckling and mother-baby interaction on the 3rd day and 30th day of life during a feeding situation.

The duration of exclusive and non-exclusive breast-feeding was studied through a feeding questionnaire filled monthly

Milk transfer on the 3rd day of life was evaluated by a double weight of the baby before and after suckling.

Mother-baby interaction during a feeding situation on the 3rd and 30th days of life was evaluated by Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS).

Results were studied using statistic software - Microstat and Stata.

These data were analysed as follows: we used analysis of variance (ANOVA) and Kruskal-Wallis test for interval variables. We used chi square and Fisher's Exact test for categorial variables.

The evaluation of the variables associated with the success of breast-feeding was done by multiple regressions in order to measure the correlation of dependent variables with independent ones. These regressions were fixed by study groups.

Backward multiple regressions step by step were done in order to evaluate the effect of independent variables on dependent ones.

The value of p of 0,05 was established as statistical significance for all tests.

There was homogeneity in the pre-birth maternal characteristics of these three groups, except for the age of the mother and intention to maintain breast-feeding; in control group mothers were elder and in experimental group-II there was less mothers intending to maintain breast-feeding.

In experimental groups mother's expectations towards the baby were greater than in other groups, suggesting it was a consequence of interventions.

Mothers referred that hipogalactia was the main cause for partial or total weaning.

Regarding to weight, Apgar index and sex, there was homogeneity among babies at birth.

Except for McLaren and Read index, on the 12th month of life, there was homogeneity regarding to neuro-behavioral state, psychomotor development and nutritional status.

Concerning home environment, there were no differences in the three groups.

According to the purposes of this study, result analysis suggests that breast-feeding is a very complex process, depending on multiple influences. From a statistical point of view, the interventions done at birth moment concerning the success of breast-feeding were not significant. Nevertheless, only in experimental groups, non-exclusive breast-feeding prevalence exceeded seven months.

In experimental group I the average duration of non-exclusive breast-feeding was superior to the control group (lasting 32 more days); in experimental group II the average duration of non-exclusive breast-feeding was superior to the control group (lasting 56 more days), suggesting that the intervention had clinical importance.

These results suggest that clinic interventions had influenced the groups.

The variables associated with the success of breast-feeding had influenced the groups : before mother's pregnancy, during pregnancy, labour, delivery, stay at maternity hospital and during the 1st year of life.

The variables associated with the success of breast-feeding were:

- 1) Before pregnancy: mother's age and planned or wished gestation.
- 2) During pregnancy: attendance of classes to prepare birth and planning of duration of breast-feeding; mothers' attitudes towards breast-feeding were negatively correlated to its success.
- 3) During stay at maternity hospital: postponement of supplementation, mother's expectation towards the baby on the 2nd day of life, mother-baby interaction during breast-feeding on the 3rd day of life namely regarding to contingent behaviors. State regulation on the 30th day of life was negatively correlated to one of the outcomes of breast-feeding success.
- 4) After leaving maternity hospital: postponement of supplementation, less concern of the mother towards the baby's behavior during the 1st month of life and mother-baby interaction during feeding situation on the 30th day of life.

Intervention done at birth had influenced mother's expectations towards the baby on the 2nd day of life.

There were some mothers apparently without any risk who rated average baby better than their own, or had less expectations concerning their own baby there were also some worrying interactive patterns during suckling.

Results suggest that the influence of mother-baby interaction during suckling on the 3rd day of life and during the feeding situation on the 30th day of life are important to the success of breast-feeding, namely the duration of exclusive and non-exclusive breast-feeding.

The effect of contingent behaviors between mother and baby may influence the success of breast-feeding, suggesting that the synchrony may influence the quantity of milk ingested.

It is also important to observe the baby's competence in order to obtain good interactive patterns between mother and baby, suggesting that breast-feeding is a process of true cooperation between mother and baby, and each member of the dyade transmits and receives signs establishing a complex and rich process.

There are also common factors correlated to the duration of exclusive and non-exclusive breast-feeding, i. e., the mother-baby interaction on the

30th day of life, a planned or wished pregnancy and degree of mother's concern about the baby's behavior during the 1st month of life.

The results point out that breast-feeding is a complex process and its success depends on the implementation of several measures, in different levels.

There are some "critical", "special" or "better" points which compose the "touch points" of breast-feeding success.

Concerning the decision of breast-feeding, we suggest some measures, like the attendance of familiar planning appointments, an interview between mother and baby's pediatrician on the 3rd trimester of pregnancy, and the attendance of birth preparation classes.

Regarding the establishment of lactation, it is important to refer the action of the Initiative of Babies' Friends Hospitals which give the best conditions for a good start of living, specially the practice of exclusive breast-feeding, without need of any supplementation.

To support breast-feeding process, the competence and availability of health professionals with experience of attitudes and skills are indispensable. This experience must include the diagnosis of good and bad interactive patterns between mother and baby during suckling.

In conclusion, there is a lot of work to be done in order to increase breast-feeding success; the efforts of health and education professionals, as well as the effort of international and national organizations with the help of a strong political will, are indispensable to achieve this purposes.

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birthweight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78 : 189-93
2. AD HOC WORKING GROUP FOR Clinical Appraisal of the Medical Literature. A Proposal for more informative abstracts of clinical articles. *Ann Int Med* 1987; 106: 598-604
3. Adair R, Bauchner H, Phillip B, Levenson S, Zuckerman B. Night Waking during infancy: role of parental presence at bedtime. *Pediatrics* 1991; 87 : 500-4
4. Adams G R, Crane P. An assessment of parents' and teachers' expectations of preschool children's social preference for attractive or unattractive children and adults. *Child Dev* 1980; 51 : 224-31
5. Agras W S, Kraemer H C, Berkowitz R I, Hammer L D. Influence of early feeding style on adiposity at 6 years of age. *Behavior Pediatr*; 5: 805-9
6. Agras WS, Kraemer HC, Berkowitz RI, Korner A, Hammer LD. Does a vigorous feeding style influence early development of adiposity? *J Pediatr* 1987; 110: 799-804
7. Alberts JR. Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 77-85
8. Alberts E, Kalverboer A F, Hopkins B. Mother-infant dialogue in the first days of life: an observational study during breast-feeding. *J Child Psychol Psychiatr* 1983; 24: 145-61
9. Albuquerque M, Oliveira G, Abrantes M, Cunha A, Oliveira B. Aleitamento materno. A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Nascer e Crescer* 1996; 2:107-11.
10. Alexander BO. Examination and comparison of the NCAFS and AMIS scales to measure mother-preterm interaction during hospitalization. Master thesis. Ohio State University, UMI 1987
11. Alexander G S, Roberts S. Sucking behavior and milk intake in jaundiced neonates. *Early Human Dev* 1988; 16: 73-84
12. Alfasi G, Schwartz F A, Brake S C, Fifer W P, Fleischman A R, Hofer M A. Mother-infant feeding interactions in preterm and full-term infants. *Infant Beh Dev* 1985; 8: 167-80
13. Als H, Lawhon G, Brown E, Giber R, Duffy F, McNulty G, Blickman JG. Individualized behavioral and environment care for the very low birth weight preterm infants at

high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics* 1986; 78: 1123-32

14. Amick JH. The effect of different routines in a special care baby unit on the Mother-infant relationship (Great Britain). In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 237-70
15. Anand RK. The management of breast-feeding in a Bombay hospital. In *Assignment children, Breast-feeding and Health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF 1981: 167-82
16. Ananthakrishnan S, Bhat BV, Puri RK, Srinivasan S. Loose stools in the early neonatal period. *Indian Pediatr* 1992; 29: 1005-9
17. Anisfeld E, Lipper E. Early contact, social support, and mother-infant bonding. *Pediatrics* 1983; 72: 79-83
18. Apgar V. A proposal for a method of evaluation of the newborn infant. *Anesthesia and Analgesia* 1953; 32: 260-7
19. Ashraf RN, Jalil F, Khan SR, Zaman S, Lindblad BS, Hanson LA. Early child health in Lahore, Pakistan: V. Feeding patterns. *Acta Paediatr Supp* 1993; 390: 47-61
20. Ashraf RN, Jalil F, Zaman S, Karlberg J, Khan SR, Lindblad BS, Hanson LA. Breast feeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Arch Dis Child* 1991; 66: 488-90
21. Atkinson SA, Bryan MH, Anderson GH. Human milk: difference in nitrogen concentration in milk from mothers of term and premature infants. *J Pediatr* 1978; 93: 67-9
22. Atkinson SA, Radde IC, Anderson H. Macromineral balances in premature infants fed their own mother's milk or formula. *J Pediatr* 1983; 102: 99-106
23. Auerbach J, Greenbaum CW, Nowik R, Guttman R, Margolin J, Horowitz FD. Environment and early development: An Israeli cross-cultural comparison. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 271-94
24. Auerbach KG, Guss E. Maternal employment and breast-feeding: Study of 567 women's experiences. *Am J Dis Child* 1984; 138: 958-60
25. Axelsson I, Jakobsson I, Lindberg T, Benediktsson B. Bovine beta-lactoglobulin in the human milk. A longitudinal study during the whole lactation period. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 702-7
26. Azuma SD. Multi-sample confirmatory factor analysis of NBAS data: An analysis of the stability of latent structures across different samples of newborn infants. Master thesis. Loyola University of Chicago, UMI 1991
27. Badger E, Burns D, Vietze P. Maternal risks factors as predictors of developmental outcome in early childhood. *Infant Mental Health J* 1981; 2: 33-43
28. Badinter E. *L'amour en plus*. Paris, Flammarion Livre de Poche 1980
29. Bakeman R, Brown JV. Early interaction: consequences for social and mental development at three years. *Child Dev* 1980; 51: 437-47

30. Balk SJ, Christoffel KK, Bijur PE. Pediatricians' attitudes concerning motherhood during residency. *AJDC* 1990; 144: 770-7
31. Balsamo F, de Mari G, Maher V, Serini R. Production and pleasure: research on breast-feeding in Turin. In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited 1992: 59-90
32. Band JD, Fraser DW, Ajello G. Hemophilus influenzae disease study group. Prevention of Hemophilus influenzae Type B disease. *JAMA* 1984; 251: 2381-6
33. Barbaut J. *Histoires de la Naissance à travers le monde.* Paris, Éditions Plume 1990
34. Barnard KE. *Nursing Child Assessment Feeding Scale (Instrution Manual).* Seattle, University of Washington 1978
35. Barnard KE, Eyres SS. *Child Health Assessment, Part 2: The First Year of Life.* Seattle, University of Washington 1979
36. Barnard KE, Douglas HB. *Child Health Assessment. Part I: A literature Review. Nursing Child Assessment Satellite Training.* Seattle, University of Washington 1983
37. Barnard KE. *Nursing Child Assessment Satellite Training. Instructor Learning Resource Manual.* Seattle, University of Washington 1986.
38. Barnard KE. *Nursing Child Assessment Satellite Training: Instructor's Manual (NCAST I).* Seattle, University of Washington 1987
39. Barrois V, Thirion M. *Pratiques de l'allaitement maternel en maternité. Le groupe familial* 1988; 118: 30-5
40. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics* 1995; 95: 497-9
41. Bates J E, Olson S L, Pettit G S, Bayles K. Dimensions of individuality in the mother-infant relationship at six months of age. *Child Dev* 1982; 53: 446-61
42. Bauchner H, Leventhal J M, Shapiro ED. Studies of breast-feeding and infections: how good is the evidence? *JAMA* 1986; 256: 887-92
43. Bayley N. *Bayley Scales of Infant Development (Manual).* New York, The Psychological Corporation 1969
44. Beardslee C. The interaction between a "failure to thrive" infant and his mother. *Maternal-Child Nur J*: 47-53
45. Bee D.E. Breast-feeding initiation in a triethnic population. *AJDC* 1991; 145: 306-9
46. Belsey M, McGuire J, Greaves P Technical working group B report: government and donor support for breastfeeding promotion in hospitals and maternity care institutions. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31(Suppl.1): 141-2
47. Belsky J, Rovine M, Taylor D G. The pennsylvania infant and family development project III: the origins of individual differences in infant-mother attachment: maternal and infant contributions. *Child Dev* 1984; 55: 718-28
48. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS. Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet* 1983; 1: 1148-51

49. Bernbaum J, Pereira G, Watkins J, Peckham J. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhance maturation in premature infants. *Pediatrics* 1983; 71: 41-5
50. Bhowmick SK, Johnson KR. Rickets caudes by vitamin D deficiency in breast-fed infants in the southern United States. *AJDC* 1991; 145: 127-30
51. Birch LL. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences. *Child Dev* 1980; 51: 489-96
52. Birch LL, Zimmerman SI, Hind H. The influence of social-affective context on the formation of childrens' food preferences. *Child Dev* 1980; 51: 856-61
53. Birch LL. Generalization of a modified food preference. *Child Dev* 1981; 52: 755-8
54. Birenbaum E, Fuchs C, Reichman B. Demographic factors influencing the initiation of breast-feeding in an Israeli urban population. *Pediatrics* 1989; 83: 519-23
55. Blair H. Natural history of childhood asthma: A twenty-year follow-up. *Arch Dis Child* 1977; 52: 613-9
56. Bon N. Allaitement maternel et Q.I. de l'enfant. *Bull Psychol*; XXXIII; 347: 935-47
57. Bonanomi RA. The determination of short-term test-retest reliability of the Nursing Child Assessment Feeding Scales. Master thesis. California State University, UMI 1990
58. Bosma JF, HHepburn LG, Josell SD, Baker K. Ultrasound demonstration of tongue motions during suckle feeding. *Dev Med Child Neurol* 1990; 32: 223-9
59. Bowen-Jones A, Thompson C, Drewett RF. Milk flow and sucking rates during breast-feeding. *Dev Med Child Neurol* 1982; 24: 626-33
60. Bradley RH, Caldwell BM. The HOME inventory: a validation of the preschool scale for black children. *Child Dev* 1981; 52: 708-10
61. Bradley RH, Caldwell BM. The HOME inventory and family demographics. *Develop Psychol* 1984; 20: 315-20
62. Brady NC. The commitment to breastfeeding. *Int J Gynecol Obstetr.* 1990; 31: 5-6
63. Brazelton TB. Psychophysiologic reactions in the neonate II. Effect of maternal medication on the neonate and his behavior. *J Pediatr* 1961; 58: 513-8
64. Brazelton TB. Observations of the neonate. *J Am Acad Child Psychiatry* 1962; 1: 39-58
65. Brazelton TB. Neonatal Behavior Assessment Scale. London: SIMP/ William Heine-
mann Medical Books 1976
66. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale (2 nd ed.).SIMP. London:
Blackwell Scientific Publications 1984
67. Brazelton TB. Culture and newborn behavior: uses of NBAS in different cultural settings. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development.* New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 367-82
68. Brazelton TB. Saving the bathwater. *Child Dev* 1990; 61: 1661-71
69. Brazelton TB, Cramer B. Les premiers liens. L'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre. Paris, Stock-Laurence Pernoud. Éditions Calmann-Lévy 1992

70. Brazelton TB. Os "touch-points" como modelo de prevenção face ao stress e à violência da criança e da família. Comunicação ao Simpósio Internacional "Stress e Violência". Lisboa 1995
71. Bretherton I. Attachment theory: retrospect and prospect. *Monographs*: 3-35
72. Bretherton I. New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models. *Handbook of infant development*. New York J. Doniger Osofsky (Ed), John Wiley & Sons Inc 1987: 1061-100
73. Bridges RS. The role of lactogenic hormones in maternal behavior in female rats. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 33-9
74. Briend A, Wojtyniak B, Rowland MGM. Breast feeding, nutritional state and child survival in rural Bangladesh. *BMJ* 1988; 296: 879-82
75. Britton H. Mother-infant Interaction. Relationship to Early Infant Nutrition and Feeding. In: RM Suskind and L. Lewinter *Textbook of Pediatric Nutrition*. New York, Suskind Raven Press 1993: 43-8
76. Broussard ER. Assessment of maternal perceptions of infants. In: Erickson ML *Assessment and management of developmental changes in children*. 1st ed. St. Louis CV Mosby Company 1976: 72-83
77. Brown J, Bakeman R, Snyder PA, Fredrickson WT, Morgan ST, Hepler R. Interactions of black inner-city mothers with their newborn infants. *Child Dev* 1975; 46: 677-86
78. Brown KH, Black RE, Romana GL, Kanashiro HC. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989; 83: 31-40
79. Brown K.H. Dietary management of acute childhood diarrhea: Optimal timing of feeding and appropriate use of milks and mixed diets. *J Pediatr* 1991; 118: S92-8
80. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 1990; 32: 669-78
81. Burgess HJL, Burgess AP. The arm circumference as a public health index of protein calorie malnutrition of early childhood. A modified standard for mid-upper arm circumference in young children. *J Trop Pediatr* 1969; 15: 189-92
82. Burr ML. Does infant feeding affect the risk of allergy?. *Arch Dis Child* 1983; 58: 561-5
83. Butte NF, Garza C, Smith EB, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984; 104: 187-95
84. Butte NF, Wills C, Jean CA, Smith O'Brian, Garza C. Feeding patterns of exclusively breast-fed infants during the first four months of life. *Early Human Dev* 1985; 12: 291-300
85. Butte NF, Smith O'B, Garza C. Heart rates of breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991; 13: 391-6
86. Caldwell BM, Hersher L. Mother-infant interaction during the first year of life. *Merrill-Palmer Q* 1964; 10: 119-28

87. Caldwell B, Snyder C. Home Observation for Measurement of the Environment (Instruction Manual). Seattle, University of Washington 1978
88. Campbell J. Breastfeeding and birth control. *Lancet* 1991; 337: 911
89. Canahuati J. One country's story: the PROALMA program in Honduras. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 17-24
90. Cant A, Marsden RA, Kilshaw PJ. Egg and cow's milk hypersensitivity in exclusive breast fed infants with eczema, and detection of egg protein in breast milk. *BMJ* 1985; 291: 932-5
91. Carey WB. Clinical applications of infant temperament measurements. *J Pediatr* 1972; 81: 823-8
92. Carvalho M, Robertson S, Merkatz R, Klaus M. Milk intake and frequency of feeding in breast-fed infants. *Early Human Dev* 1982; 7: 155-63
93. Carvalho MCA, Cordeiro M, Silva AV, Tomé T, Nascimento MC, Duarte A, Salema ME, Soutelo MF, Falcão JM, Miranda A. Aleitamento materno. Estudo da prevalência em seis distritos do Continente. *Revista da DGCSP* 1990: 1-33
94. Carver JD, Pimentel B, Cox WI, Barness LA. Dietary nucleotide effects upon immune function in infants. *Pediatrics* 1991; 88: 359-63
95. Casaer P, Daniels H, Devlieger H, De Cock P, Eggermont E. Feeding behavior in pre-term neonates. *Early Human Dev* 1982; 7: 331-46
96. Casey R, Rieckhoff M, Beebe SA, Pinto-Martin J. Obstetric and perinatal events: The accuracy of maternal report. *Clin Pediatr* 1992: 200-4
97. Chandra RK. Prospective studies of the effect of breast feeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand* 1979; 68: 691-4
98. Chandra RK, Puri S, Hamed A. Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high risk infants. *BMJ* 1989; 299: 228-30
99. Chateau P., The importance of the neonatal period for the development of synchrony in the mother-infant dyad- A review. *Birth Family J* 1977; 4: 10-23
100. Chateau P, Holmberg H, Jakobsson K, Winberg B. A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Dev Med Child Neurol* 1977; 19: 575-84
101. Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour post-partum. *Acta Pediatr Scand* 1977; 66 : 137-43
102. Chateau P. Early post-partum contact and later attitudes. *Int J Behav Dev* 1980; 3: 273-86
103. Chen Y, Yu S, Li WX. Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life. *Pediatrics* 1988 ; 81: 58-62
104. Chessex P, Reichman B, Verellen G, Putet G, Smith JM, Heim T, Swyer PR. Quality of growth in premature infants fed their own mother's milk. *J Pediatr* 1983; 102: 107-12
105. Christensen J, Dubignon J, Campbell D. Variations in intra-oral stimulation and nutritive sucking. *Child Dev* 1976; 47: 539-42
106. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81: 488-93

107. Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 1995; 84: 468-73
108. Clarke SK, Harmon RJ. Infant-initiated weaning from the breast in the first year. *Early Human Dev* 1983; 8: 151-6
109. Clemens J, Rao M, Ahmed F, Ward R, Huda S, Chakraborty J, Yunus M, Khan MR, Ali M, Kay B, Loon F, Sack D. Breast-feeding and the risk of life-threatening rotavirus diarrhea: prevention or postponement. *Pediatrics* 1993; 92: 680-5
110. Cochi SL, Fleming DW, Hightower AW, Limpakarnjanarat K, Facklam RR, Smith D, Sikes RK, Broome CV. Primary invasive haemophilus influenzae type b disease: A population-based assessment of risk factors. *J Pediatr* 1986; 108: 887-96
111. Código de Ética de comercialização de substitutos do leite materno, biberões e tetinas. In: Salazar de Sousa J, Carvalho CA. *Nutrição em Pediatria*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde, 1983: 87-91
112. Cohen D J. The crying newborn's accommodation to the nipple. *Child Dev*: 89-100
113. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Determinants of growth from birth to 12 months among breast-fed honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods. *Pediatrics* 1995; 96: 504-10
114. Colebunders R, Kapita B, Nekwei W, Bahze Y, Lebughe I, Oxtoby M, Ryder R. Breastfeeding and transmission of HIV. *Lancet* 1988; December 24/31: 1487
115. Coll CTG. The consequences of teenage childbearing in traditional Puerto Rican culture. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 111-32
116. Connor W, Neuringer M, Reisbick S. Essential fatty acids: the importance of n-3 fatty acids in the retina and brain. *Nutr Reviews* 1992; 2: 21-9
117. Consensus Statement. Breastfeeding as a family planning method. *Lancet* 1988, November 19: 1204-5
118. Coppa G V, Gabrielli O, Giorgi P, Catassi C, Montanari MP, Varaldo PE, Nichols BL. Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells. *Lancet* 1990; 335: 569-71
119. Couly G. Les formes graves néo-natales du syndrome de Pierre Robin. *Arch Fr Pediatr* 1984; 41: 591-4
120. Couly G. La succion, indice qualitatif de maturation néonatale. *Arch Fr Pediatr* 1985; 42: 743-5
121. Coward WA, Sawyer MB, Whitehead RG, Prentice AM. New method for measuring milk intakes in breast-fed babies. *Lancet* 1979; 2: 13-4
122. Craig S, Tyson JE, Samson J, Lasky RE. The effect of early contact on maternal perception of infant behavior. *Early Human Dev* 1982; 6: 197-204
123. Cramer BG. Objective and subjective aspects of parent-infant relations: An attempt at correlation between infant studies and clinical work. *Handbook of infant development*. New York J. Doniger Osofsky (Ed), John Wiley & Sons Inc 1987: 1037-57

124. Creyghton ML. Breast-feeding and Baraka in Northern Tunisia. In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992: 37-58
125. Crnic LS, Pennington BF. Developmental psychology and the neurosciences: an introduction. *Child Dev* 1987; 58: 533-8
126. Cronenwett L, Stukel T, Kearney M, Barrett J, Covington C, Del Monte K, Reinhardt, Rippe L. Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. *Pediatrics* 1992; 90: 760-6
127. Crook CK, Lipsitt LP. Neonatal nutritive sucking: effects of taste stimulation upon sucking rhythm and heart rate. *Child Dev* 1976; 47: 518-22
128. Crook C K. The organisation and control of infant sucking. *Adv Child Dev Behav* 1979; 14: 209-52
129. Cruz JR, Gil L, Cano F, Caceres P, Pareja G. Breast milk anti-escherichia coli heat-labile toxin IgA antibodies protect against toxin-induced infantile diarrhea. *Acta Paediatr Scand* 1988; 77: 658-62
130. Cukier-Mémeury F, Lézine I, Ajuriaguerra J. Les postures d'allaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiatrie de l'enfant.* 1979; 22: 503-518
131. Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991; 118: 659-66
132. Cunningham A S. Role of the pediatrician in promoting breast-feeding (reply). *J Pediatr* 1991 ; 119: 843-4
133. Cunningham A S. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. *J Pediatr* 1977; 90: 726-9
134. Cunningham N, Anisfeld E, Casper V, Nozice M. Infant carrying, breast feeding, and mother-infant relations (letter). *Lancet* 1987; 1: 379
135. Dahl M, Kristiansson B. Early feeding in an affluent society. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 881-8
136. Daniels H, Devlieger H, Casaer P, Ramaekers V, Broek JVD, Eggermont E. Feeding, behavioral state and cardiorespiratory control. *Acta Paediatr Scand* 1988; 77: 369-73
137. David C, David P, Lozy M. Determinants of breastfeeding duration and nutrition in a transition society. *J Trop Pediatr* 1983: 45-9
138. Davis DH, Thoman EB. The early social environment of premature and fullterm infants. *Early Human Dev* 1988; 17: 221-32
139. Davis MK, Savitz DA, Graubard BI. Infant feeding and childhood cancer. *Lancet* 1988: 365-8
140. Delgado HL, Valverde VE, Martorell R, Klein RE. Relationship of maternal and infant nutrition to infant growth. *Early Human Dev* 1982; 6: 273-86
141. Delight E, Goodall J, Jones PW. What do parents expect antenatally and do babies teach them. *Arch Dis Child* 1991; 66: 1309-14
142. DeLucchi C, Pita ML, Faus MJ, Molina JA, Uauy R, Gil A. Effects of dietary nucleotides on the fatty acid composition of erythrocyte membrane lipids in term infants. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1987; 6: 568-74

143. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLIND study: Relationship to growth velocity, morbidity, and activity levels. *J Pediatr* 1991; 119: 538-47
144. Dewey KG, Lonnerdal B. Infant self-regulation of breast milk intake. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 893-8
145. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume: The DARLING study. *Pediatrics* 1991; 87: 829-37
146. Dewey KG, Heinig Mj, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995; 126: 696-702
147. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, Salmenpera L, Whitehead RG, Yeung DL and the World Health Organization Working Group on Infant Growth. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: A pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *Pediatrics* 1995; 96: 495-503
148. Discussion. Breastfeeding promotion and delivery systems: the experience oh health care professionals. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31 (Suppl. 1): 67-8
149. Discussion. Breastfeeding in systems related to health care. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31 (Suppl.1): 111-3
150. Discussion. Breastfeeding promotion in other health programs. *Int J Gynecol Obstetr*. 1990; 31 (Suppl.1): 135-7
151. Discussion. Technical working groups A and B reports. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31 (Suppl.1): 143-4
152. -Discussion. Technical working groups C and D reports. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31 (Suppl.1): 149-51
153. Downham MAPS, Scott R, Sims DG, Webb JKG, Gardner PS. Breast-feeding protects against respiratory virus infections. *BMJ* 1976; 2: 274-6
154. Drewett RF, Woolridge M. Sucking patterns of human babies on the breast. *Early Human Dev* 1979; ¼: 315-20
155. Drewett RF, Woolridge M. Milk taken by human babies from the first and second breast. *Physiol Behav* 1981; 26: 327-9
156. Drewett RF, Bowen-Jones A, Dogterom J. Oxytocin levels during breast-feeding in established lactation. Brief report 1982: 245-8
157. Drewett R F. Returning to the suckled breast: a further test of Hall's hypothesis. *Early Human Dev* 1982; 6: 161-3
158. Drewett RF, Woolridge MW, Greasley V, McLeod CN, Hewison J, Williams AF, Baum JD. Evaluating breast-milk intake by test weighing: a portable electronic balance suitable for community and field studies. *Early Human Dev* 1984; 10: 123-6
159. Drury PJ, Crawford MA. Acides gras essentiels du lait humain. In: Ballabriga A, Brunser O, Dobbing J, Gracey M, Senterre J. *Nutrition du jeune enfant*. New York, Raven Press 1990: 302-12

160. Dubignon J, Campbell D, Curtis M, Partington MW. The relation between laboratory measures of sucking, food intake, and perinatal factors during the newborn period. *Child Dev* 1969; 40: 1107-20
161. Durrett ME. Attachment and the mother's perception of support from the father. *Int J Behav Dev* 1984; 7: 168-76
162. Dusdieker LB, Booth BM, Seals BF, Ekwo EE. Investigation of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women. *Soc Sci Med* 1985; 20: 695-703
163. Editorial. If Queen Victoria had known about LAM. *Lancet* 1991; 337: 703-4
164. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Dev* 1981; 52: 44-52
165. Egeland B, Farber A. Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Dev* 1984; 55: 753-71
166. Eibl MM, Wolf HM, Furnkranz H, Rosenkranz A. Prevention of necrotizing enterocolitis in low-birth-weight infants by IgA-IgG feeding. *N Engl J Med* 1988; 319: 1-7
167. Eid EE. Follow-up study of physical growth of children who had excessive weight gain in first six months of life. *BMJ* 1970; 2: 74-6
168. Ekwo EE, Dusdieker L, Booth B, Seals B. Pshychosocial factors influencing the duration of breastfeeding by primigravidas. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73: 241-7
169. Elander G, Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73: 237-40
170. Elder M S. The effects of temperature and position on the sucking pressure of newborn infants. *Child Dev* 1970; 41: 95-102
171. Elias MF; Nicolson NA, Bora C, Johnson J. Sleep/Wake patterns of breast-fed infants in the first two years of life. *Pediatrics* 1986; 77: 322-9
172. Elmer E, Gregg GS. Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics* 1967; 40: 596-602
173. Endresen EH, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr Scand* 1995; 84: 719-24
174. Entwisle DR, Doering SG, Reilly TW. Sociopsychological determinants of women's breastfeeding behavior: A replication and extension. *Am J Orthopsychiatr* 1982; 52: 244-60
175. Escarce MEW. A cross-cultural study of Nepalese neonatal behavior. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 65-86
176. ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION: Aggett PJ, Haschke F, Heine W, Hernell O, Kozletzko B, Launiala K, Rey J, Rubino A, Schoch G, Senterre J, Tormo R. Comment on the content and composition of lipids in infant formulas. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80: 887-96
177. Eyal F, Sagi E, Arad I, Avital A. Necrotizing enterocolitis in the very low birthweight infant: expressed breast milk feeding compared with parental feeding. *Arch Dis Child* 1982; 57: 274-276
178. Fallon AE, Rozin P, Pliner P. The child's conception of food: the development of food rejections with special references to disgust and contamination sensitivity. *Child Dev* 1984; 55: 566-75

179. Farber EA, Vaughn B, Egeland B. The relationship of prenatal maternal anxiety to infant behavior and mother-infant interaction during the first six months of life. *Early Human Dev* 1981; 5: 267-77
180. Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruszka ME. Factors related to early termination of breast feeding in an urban population. *Pediatrics* 1986; 78: 210-5
181. Feldman SS, Nash SC, Aschenbrenner BG. Antecedents of fathering. *Child Dev* 1983; 54: 1628-36
182. Fernandes L, Sousa AM, Guimarães H, Lemos L, Santos NT. Incidência do aleitamento materno na maternidade do Hospital de São João. *Jornal do médico* 1987; 2224: 1028-33
183. Ferrer PAR, Slobodianik NH, López N, Sanbucetti ME, Sanahuja JC. Immunoglobulin A level in human milk from mothers delivering preterm. *Am J Clin Nutr* 1984; 40: 465-7
184. Field T, Pawlby S. Early face-to-face interactions of british and american working- and middle-class mother-infant dyads. *Child Dev* 1980; 51: 250-3
185. Field TM, Wildmayer SM, Stringer S, Ignatoff E. Teebage, lower class, black mothers and their preterm, infants: an intervention and developmental follow-up. *Child Dev* 1980; 51: 426-36
186. Field T, Ignatoff E, Stringer S, Brennan J, Greenberg R, Widmayer S, Anderson GC. Nonnutritive sucking during tube feedings: effects on preterm neonates in an intensive care unit. *Pediatrics* 1982; 70: 381-4
187. Filho JM. Como e porque amamentar. São Paulo, Sarvier Editora de Livros Médicos, 1984
188. Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey, Prentice-Hall 1980.
189. Fisher C. A midwife's view of the history of modern breastfeeding practices. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 47-50
190. Fleming DW, Leibemhaut MH, Albanes D, Cochi SL, Hightower AW, Makintube S, Helgerson SD, Broome CV. Secondary hemophilus influenzae type-b in day-care facilities. *JAMA* 1985; 254: 509-14
191. Floyd RF, Federspiel CF, Schaffner W. Bacterial meningitis in urban and rural Tennessee. *Am J Epidemiol* 1974; 99: 395-7
192. Flynn AM, Docker M, Brown JB, Kennedy KI. Ultrasonographic patterns of ovarian activity during breastfeeding. *Am J Obstetr Gynecol* 1991; 165: 2027-31
193. Fosson A, Wilson J. Family interactions surrounding feedings of infants with nonorganic failure to thrive. *Clin Pediatr* 1987; 26: 518-23
194. Francis PL, Self PA, Horowitz FD. The behavioral assessment of the neonate: An overview. *Handbook of infant development. Handbook of infant development.* New York J. Doniger Osofsky (Ed), John Wiley & Sons Inc 1987: 723-78
195. Frank DA, Wirtz SJ, Sorenson JR, Heeren T. Commercial discharge packs and breastfeeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics* 1987; 80: 845-54

196. Fraser DW, Darby CP, Koehler RE. Risk factors in bacterial meningitis: Charleston County, South Carolina. *J Infect Dis* 1973; 127: 271-7
197. Fraser DW, Geil CC, Feldman RA. Bacterial meningitis in Bernalillo County, New Mexico. A comparison with three other American populations. *Am J Epidemiol* 1974; 100: 29-34
198. Freed GL, Landers S, Schanler RJ. A practical guide to successful breast-feeding management. *AJDC* 1991; 145: 817-921
199. Freed GL, Landers S, Schanler RJ. A practical guide to successful breast-feeding management. *AJDC* 1991; 145: 917-21
200. Freed GL, Fraley JK. Effect of expectant mothers' feeding plan on prediction of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Am J Perinatol* 1993; 10: 300-3
201. Freed GL, Clark SJ, Lohr JA, Sorenson JR. Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: A national study of residents and practitioners. *Pediatrics* 1995; 96: 490-4
202. Fricker HS, Hindermann R, Bruppacher R. The Aarau study on pregnancy and the newborn: an epidemiologic investigation of the course of pregnancy in 996 Swiss women, and its influence on Newborn behavior using the Brazelton scale. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 27-64
203. Gabiano C, Tovo PA, Martino M, Galli L, Giaquinto C, Loy A, Schoeller MC, Giovannini M, Ferranti G, Rancilio L, Caselli D, Segni G, Livadiotti S, Conte A, Rizzi M, Viggiano D, Mazza A, Ferrazzin A, Tozzi AE, Cappello N. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk of infection and correlates of transmission. *Pediatrics* 1992; 90: 369-74
204. Gaensbauer TJ, Emde RN. Wakefulness and feeding in human newborns. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 894-7
205. Galst JP. Television food commercials and pro-nutritional public service announcements determinants of young childrens' snack choices. *Child Dev* 1980; 51: 935-8
206. García RR, Schaefer LA. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Bol Sanit Panam* 1991; 111: 1-15
207. Garza C, Butte NF. Energy concentration of human milk estimated from 24-h pools and various abbreviated sampling schemes. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1986; 5: 943-8
208. Garza C, Butte NF. Energy intakes of human milk-fed infants during the first year. *J Pediatr* 1990; 117: s124-31
209. Garza C, Butte NF, Goldman AS, Butte NF. Human milk and infant formula. In: RM Suskind and L. Lewinter *Textbook of Pediatric Nutrition*. New York, Suskind Raven Press 1993: 33-42
210. Gebriel ZW. The breast-feeding situation in Ethiopia. In *Assignment children, Breast-feeding and Health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF 1981: 201-11
211. Gentry EF, Aldrich CA. Rooting reflex in the newborn infant: incidence and effect on it of sleep. *AJDC* 1948; 75: 528-39

212. Gesell A, Ames LB. Early evidences of individuality in the human infant. In: Stone LJ, Smith HT, Murphy LB, eds. *The competent infant*. 1st ed. London: Tavistock Publications Limited, 1974: 71-4
213. Gil A, Martínez A, Molina JA, Sanchez-Medina F. Effect of dietary nucleotides on the plasma fatty acids in at-term neonates. *Human nutrition: clinical nutrition* 1986; 40c: 185-95
214. Gill NE, Behnke M, Conlon M, McNeely JB, Anderson GC. Effect of nonnutritive sucking on behavioral state in preterm infants before feeding. *Nurs Res* 1988; 37: 347-50
215. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartman RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81: 484-7
216. Glass RI, Svennerholm AM, Stoll BJ. Protection against cholera in breast fed children by antibodies in breast milk. *N Engl J Med* 1983; 308: 1389-92
217. Glode M, Daum RS, Goldmann DA, Leclair J, Smith A. Hemophilus influenzae type B meningitis: a contagious disease of children. *BMJ* 1980: 899-901
218. Godin G. L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. In: *Sciences Sociales et Santé*. Liège. Université de Liège 1991 IX: 67-94
219. Goldberg S. Parent-infant bonding: another look. *Child Dev* 1983; 54: 1355-82
220. Goldman AS, Thorpe LW, Goldblum RM, Hanson LA. Anti-inflammatory properties of human milk. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 689-95
221. Gomes-Pedro J C. Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe. Lisboa. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa 1982
222. Gomes-Pedro J. Newborn infant behaviour and early child interaction. In: *Rehabilitation International* (ed) 1984: 15-21
223. Gomes-Pedro J, Almeida JB, Costa CS, Barbosa A. Influence of early mother-infant contact on dyadic behavior during first month of life. *Dev Med Child Neurol* 1984; 26: 657-64
224. Gomes-Pedro J, Almeida JB, Costa CS, Barbosa A, Fernandes MJL, Lacerda N, Gouveia R, Torgal F. Regulation of state in newborn. *J Perinatol Med* 1984; 12: 66-8
225. Gomes-Pedro J, Almeida JB, Costa CS, Barbosa A, Fernandes MJL, Lacerda N, Gouveia R, Almeida M, Romano C, Torgal F. Evolution of motor processes in the first month of life. *Motricidade humana* 1985; 1: 39-48
226. Gomes-Pedro J. A criança e a comunidade. *J Soc Ciências Médicas de Lisboa* 1986; 4: 171-9
227. Gomes-Pedro J, Almeida JB, Costa CS, Barbosa A, Fernandes MJL, Lacerda N, Gouveia R, Torgal F. State balance during the first month of life. *Internat Paediatr* 1986; 1: 236-8
228. Gomes-Pedro J, Barbosa A, Almeida JB, Costa CS, Gouveia R, Torgal F, Levy ML. Evolution de la réponse physiologique au stress pendant la période néonatale. *Arch Fr Paediatr* 1986; 43: 775-8
229. Gomes-Pedro J, Costa C, Almeida JB, Barbosa A. La orientacion sensorial del recién nacido. *Arch Paediatr* 1986; 37: 253-57
230. Gomes-Pedro J, Lacerda N, Lobo-Fernandes MJ, Gouveia R, Silva MO. Le comportement des nouveau-nés de mères adolescentes. *Ann Paediatr* 1986; 33: 839-41

231. Gomes-Pedro J, Barbosa A, Almeida JB, Costa CS. Infant behavior and temperament during the first month of life. *Psychobiol Early Dev* 1987; 37-47
232. Gomes-Pedro JC. The effects of extended contact in the neonatal period on the behavior of a sample of Portuguese mothers and infants. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 209-37
233. Gomes-Pedro J. Intervenção precoce em Pediatria. Análise de alguns dos efeitos num contexto de desenvolvimento infantil e familiar. *Rev Port Pediatr* 1991; 22: 43-52
234. Gomes-Pedro J, Gouveia R, Patricio M, Goldschmidt T, Carvalho A, Torgal-Garcia F. Risk and identity in the perinatal period. Challenges and evocations for an early intervention in intensive care. In: *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Monduzzi Editore. International Proceedings Division 1995: 163-70
235. Gray-Donald. Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial. *Pediatrics* 1985; 75: 514-8
236. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, Gehret JC, Labbok MH. Risk of ovulation during lactation. *Lancet* 1990; 335: 25-9
237. Greaves JP, Hendrata L. Breastfeeding and growth monitoring. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 121-3
238. Greco I, Auricchio S, Mayer M, Grimaldi M. Case control study on nutritional risk factors in celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7: 395-9
239. Green JA, Gustafson GE, West MJ. Effects of infant development on mother-infant interactions. *Child Dev* 1980; 51: 199-207
240. Greenberg MT, Cmic KA. Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Dev* 1988; 59: 554-70
241. Greenough WT, Black JE, Wallace CS. Experience and brain development. *Child Dev* 1987; 58: 539-59
242. Greer FR, Apple RD. Physicians, formula companies, and advertising. A historical perspective. *AJDC* 1991; 145: 282-6
243. Greer FR, Marshall S, Cherry J, Suttie JW. Vitamin K status of lactating mothers, human milk, and breast-feeding infants. *Pediatrics* 1991; 88: 751-756
244. Gregg JEM. Attitudes of teenagers in Liverpool to breast feeding. *BMJ* 1989; 299: 147-8
245. Greiner T, Baumslag N, Winnikoff B. Technical working group A report: breastfeeding promotion and support in hospitals and maternity care institutions. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31 (Suppl.1): 139-40
246. Grossman LK, Larsen-Alexander JB, Fitzsimmons SM, Cordero L. Breastfeeding among low-income, high-risk women. *Clin Pediatr* 1989; 28: 38-42
247. Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB, Sachs L, Harter C. The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr* 1990; 29: 30-7
248. Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *AJDC* 1990; 144: 471-4

249. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children *Revista*. In: *Early Childhood Development. Practice and Reflections*. Number 8. The Hague, Bernard Van Leer Foundation 1995
250. Grummer-Strawn LM. Does prolonged breast-feeding impair child growth? A critical review. *Pediatrics* 1993; 91: 766-71
251. Guerra AJM, Santos NT, Santos LA, Carreiro E, Morais MR, Prata A, Silva D. Avaliação nutricional infantil. Revisão bibliográfica. *Rev Port Pediatr* 1990; 21: 5-46
252. Guigue L, Pibarot A, Blanc JF. Facteurs influençant le choix de l'allaitement par les mères. Résultats d'une enquête en maternités publiques. *Pédiatrie* 1989; 44: 53-8
253. Guilleminault C, Coons S. Apnea and bradycardia during feeding in infants weighing >2000gm. *J Pediatr* 1984; 104: 932-5
254. Gunnlaugsson G, Silva MC, Smedman L. Does age at the start of breast feeding influence infantile diarrhoea morbidity? A case-control study in periurban Guinea-Bissau. *Acta Paediatr* 1995; 84: 398-401
255. Gunther M. Infant behavior at the breast. In Foss BM (ed), *Determinants of infant behaviour* (Vol. I). London 1961: 37-44
256. Gustafsson D, Löwhagen T, Anderson K. Risk of developing atopic disease after early feeding with cows' milk based formula. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1008-10
257. Hack M, Estabrook MM, Robertson SS. Development in sucking rhythm in preterm infants. *Early Human Dev* 1985; 11: 133-40
258. Haffejee IE. Cow's milk-based formula, human milk, and soya feeds in acute infantile diarrhea: a therapeutic trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1990; 10: 193-8
259. Hales DJ, Lozoff B, Sosa R, Kennell JH. Defining the limits of the maternal sensitive period. *Dev Med Child Neurol* 1977; 19: 454-61
260. Hall B. Changing composition of human milk and early development of an appetite control. *Lancet* 1975; 1: 779-81
261. Hambræus L. Lait humain: aspects nutritionnels. In: Ballabriga A, Brunser O, Dobbins J, Gracey M, Senterre J. *Nutrition du jeune enfant*. New York, Raven Press 1990: 289-301
262. Hamburger RN, Heller S, Mellon MH, O'Connor RD, Zeiger R S. Current status of the clinical and immunologic consequences of a prototype allergic disease prevention program. *Ann Allergy* 1983; 51: 281-90
263. Hamill PVV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RB. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 607-29
264. --Hammer LD. The development of eating behavior in childhood. *Ped Clin North Am* 1992; 39: 379-94
265. Hammond WH. Body measurements of pre-school children. *Br Med J Prev Med* 1955; 9: 152-8
266. Hanson LA, Bergstrom S. The link between infant mortality and birth rates-the importance of breastfeeding as a common factor. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79: 481-9

267. Hanson LA, Ashraf R, Zaman S, Karlberg J, Lindblad BS, Jalil F. Breast feeding is a natural contraceptive and prevents disease and death in infants, linking infant mortality and birth rates. *Acta Paediatr* 1994; 83: 3-6
268. Harlow HF. Primary affectional patterns in primates. *Am J Orthopsych* 1960; 30: 676-84
269. Harris JM. The effects of video-taped demonstrations of the Brazelton Neonatal Assessment Scale on parent's attitudes, Behavior and Knowledge of their infant. Master Thesis. University of Texas Graduate School of Biomedical Sciences of Galveston, UMI 1987
270. Hart H, Bax M, Jenkins S. Community influences on breast feeding. *Breast Feeding* 1980; 6: 175-87
271. Hastrup K. A question of reason: Breast-feeding Patterns in Seventeenth- and eighteenth-century Iceland. In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992: 91-108
272. Hayden GF, Nowacek GA, Koch W, Kattwinkel J. Providing free samples of baby items to newly delivered parents. An unintentional endorsement? *Clin Pediatr* 1987; 26: 111-5
273. Haynes CF, Cutler C, Gray J, O'Keefe K, Kempe RK. Non-organic failure to thrive: decision for placement and videotaped evaluations. *Child Abuse Neglect* 1983; 7: 309-19
274. Haynes CF, Cutler C, Gray J, O'Keefe K, Kempe RS. Non-organic failure to thrive: implications of placement through analysis of videotaped interactions. *Child Abuse Neglect* 1983; 7: 321-28
275. Hediger DM. An application of attachment theory to the study of nursing mothers. Master thesis, California School of Professional Psychology, Los Angeles, UMI 1992
276. Helsing E. Infant feeding practices in northern Europe. In *Assignment children, Breast-feeding and Health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 73-49
277. Helsing E. Supporting breastfeeding: what governments and health workers can do - European experiences. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 69-76
278. Hendry LS. Oral behavior of newborn infants as a function of age and time since feeding. *Child Dev* 1964; 35: 2011-208
279. Herbert M, Sluckin W, Sluckin A. Mother-to-Infant "Bonding". *J Child Psychol Psychiatr* 1982; 23: 205-21
280. Hemell O, Bläckberg L, Chen Q, Nilsson A. Utilization of human milk long-chain polyunsaturated fatty acids. In: Koletzko A, Okken J, Rey J, Salle B, Biervliet JP. *Recent Advances in Infant Feeding.* Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York 1992: 3-8
281. Hide DW, Guyer BM. Clinical manifestations of allergy related to breast and cow's milk feeding. *Arch Dis Child* 1981; 56: 172-5
282. Hide Dw. Cows' milk allergy. Editorial. *Clin Exper Allergy* 1993: 79-80
283. Hide DW. Food allergy in children. Editorial. *Clin Exper Allergy* 1994; 24: 1-2
284. Hide DW, Gant C. Hypoallergenic formulae-have they a therapeutic role? Editorial. *Clin Exper Allergy* 1994; 24: 3-4

285. Hideki Y, Shigeyoshi S, Takashi N, Kanji N, Takayoshi K. Epidermal growth factor in cow's milk and milk formulas. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 233-5
286. Hill LF. A salute to La Leche League International. *J Pediatr* 1968; 73: 161-2
287. Hillervik-Lindquist C. Studies on perceived breast milk insufficiency. Doctorial thesis at Uppsala University, 1991. *Acta Paediatr Scand* 1991: 6-27
288. Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjolin S. Studies on perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for breast milk consumption and growth. *Acta Paediatr* 1991; 80: 297-303
289. Hinde RA. Attachment:some conceptual and biological issues. In: The place of attachment in human behavior. New York, Parker CM, Stevenson-Hinde J Basic Books Inc Publishers 1982: 60-76
290. Ho M, Glass RI, Pinsky PF, Anderson LJ. Rotavirus as a cause of diarrheal morbidity and mortality in the United States. *J Infect Dis* 1988; 158: 1112-6
291. Ho M, Glass RI, Pinsky PF, Young-Okoh N, Sappenfield WM, Buehler JW, Gunter N, Anderson LJ. Diarrheal deaths in American children: are they preventable? *JAMA* 1988; 260: 3281-5
292. Hofer MA. Early social relationships: a psychologist's view. *Child Dev* 1987; 58: 633-47
293. Hofer MA. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 9-18
294. Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman W-L, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstetr Gynaecol* 1991; 98: 756-64
295. Hogan R, Martinez J. Breastfeeding as an intervention within diarrheal diseases control programs: WHO/CDD activities. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 115-9
296. Hogan R, Cravero K, Dabbs C. Technical working group D report: government and donor support for breastfeeding in health and health-related programs. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31(Suppl.1): 147-8
297. Holt GM, Wolkind SN. Early abandonment of breast feeding:causes and effects. *Child: Care Health Dev* 1983; 9: 349-55
298. Houston MJ, Howie PW, McNeilly AS. Factors affecting the duration of breast feeding: 1.Measurement of breast milk intake in the first week of life. *Early Human Dev* 1983; 8: 49-54
299. Houston MJ, Howie PW, Smart L, McArdle T, McNeilly AS. Factors affecting the duration of breast feeding: 2.Early feeding and social class. *Early Human Dev* 1983; 8: 55-63
300. Howie PW, Houston MJ, Cook A, Smart L, McArdle T, McNeilly A S. How long should a breast feed last? *Early Human Dev* 1981; 5: 71-7
301. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey C. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ* 1990; 300: 11-6
302. Howie PW. Breastfeeding: a natural method for child spacing. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 1990-1

303. Hunter RS, Kilstrom N, Kraybill EN, Loda F. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants. A prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics* 1978; 61: 629-35
304. Hwang C-H. Aspects of the mother-infant relationship during nursing, 1 and 6 weeks after early extended post-partum contact. *Early Human Dev* 1981; 5: 279-87
305. Hwang CF. Mother-infant interaction; effects of sex of infant on feeding behaviour. *Early Human Dev* 1978; 2/4: 341-49
306. Ingram TTS. Clinical significance of the infantile feeding reflexes. *Dev Med Child Neurol* 1962; 4: 159-69
307. Innis SM, Nelson CM, Rioux MF, King DJ. Development of visual acuity in relation to plasma and erythrocyte w-6 and w-3 fatty acids in healthy term gestation infants. *Am J Clin Nutr* 1994; 60: 347-52
308. Issler H, Leone C, Quintal V S. Duração do leite materno em uma área urbana de S.Paulo, Brasil. *Bol Of Sanit Panam* 1989; 106: 513-22
309. Istre GR, Conner JS, Broome CV, Hightower A, Hopkins RS. Risk factors for primary invasive haemophilus influenzae disease: increased risk from day care attendance and school-aged household members. *J Pediatr* 1985; 106: 190-5
310. Italian multicentre study. Epidemiology, clinical features, and prognostic factors of paediatric HIV infection. *Lancet* 1988; November 5: 1043-5
311. Jacobson SW, Frye KF. Effects of maternal social support on attachment. *Child Dev* 1991; 62: 572-82
312. Jacobson SW, Jacobson JL, Frye KF. Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics* 1991; 88: 728-36
313. Jakobsson I, Lindberg T. A prospective study of cow's milk protein intolerance in Swedish infants. *Acta Paediatr Scan* 1979; 68: 853-9
314. Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast fed infants: a double blind crossover study. *Pediatrics* 1983; 71: 268-71
315. Jakobsson I Titulo: Transfer of antigens via breast milk In: Businco L, Oehling A, Renner B, Morán J, Food allergy in infancy. London, Editorial Garsi 1992: 127-32
316. Jeason UC, Richard J. Factors influencing breastfeeding behaviour. *Indian Pediatr* 1989; 26: 997-1002
317. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Current concepts in nutrition "Breast is Best": modern meanings. *New Eng J Med* 1977; 297: 912-15
318. Jelliffe DB. Assessment of nutritional status of the community. World Health Organization. Monographies Series 1969; 53
319. Jenner S. The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. *Child: Care Health Dev* 1988: 319-28
320. Jerome NW. Taste experience and the development of a dietary preference for sweet in humans: ethnic and cultural variations in early taste experience. In: Weiffenbach J M. Taste and development. The genesis of sweet preference. Mariland 1977: 235-48

321. Joaquim T. Dar à luz. Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal. Lisboa: Publicações Dom Quixote. Coleção Portugal de Perto 1993
322. Joffe A, Radius S M. Breast versus bottle: correlates of adolescent mothers' infant-feeding practices. *Pediatrics* 1987; 79: 689-95
323. Johnson P, Salisbury DM. Preliminary studies on feeding and breathing in the newborn. In: Weiffenbach J M. Taste and development. The genesis of sweet preference. *Mari-land* 1977: 111-24
324. Jones DA, West RR. Lactation nurse increases duration of breast feeding. *Arch Dis Child* 1985; 60: 772-4
325. Jones DA. The choice to breast feed or bottle feed and influences upon that choice: a survey of 1525 mothers. *Child: Care Health Dev* 1987; 13: 75-85
326. Judd DM. Two applications of the Neonatal Behavioral Assessment Scale with mother-infant dyads. Master thesis. University of Southern Mississippi, UMI 1988
327. Kahn A, Mozin MJ, Blum D, Casimir G, Duchateau, Jost R, Pahud J. Difficulty in initiating and maintaining sleep associated with cow's milk allergy in infants. *Food Allergy* 1988; 17: 63-9
328. Kallio MJ, Salmenpera L, Siimes MA, Perheentupa J, Miettinen T A. Exclusive breast-feeding and weaning: effect on serum cholesterol and lipoprotein concentrations in infants during the first year of life. *Pediatrics* 1992; 89: 663-6
329. Kanawati AA, McLaren DS. Assessment of marginal nutrition. *Nature* 1970; 228: 573-5
330. Karger RH. Synchrony in mother-infants' interaction. *Child Dev* 1979; 50: 882-5
331. Kato T. Follow-up study on the behavioral development of Japanese neonates. *Biol Neonate* 1991; 60: 75-85
332. Keefer CH, Tronick E, Dixon S, Brazelton TB. Specific differences in motor performance between Guianian and American newborns and a modification of the neonatal behavioral assessment state. *Child Dev* 1982; 53: 754-9
333. Keifer KA. Breast-feeding, alpha-antitrypsin deficiency, and liver disease? *JAMA* 1985; 254: 3036
334. Keith KA. Choice of infant feeding method for eight first time mothers. Master thesis. Adelphi University, UMI 1993
335. Kemper KJ, Forsyth BW, McCarthy PL. Persistent perceptions of vulnerability following neonatal jaundice. *AJDC* 1990; 144: 238-41
336. Kennedy KI, Parenteau-Carreau S, Flynn A, Gross B, Brown JB, Visness C. The natural family planning-lactational amenorrhea method interface: observations from a perspective study of breastfeeding users of natural family planning. *Am J Obstetr Gynecol* 1991; 165: 2020-6
337. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992; 339: 227-30
338. Kennell JH. Are we in the midst of a revolution? *AJDC* 1980; 134: 303-10

339. Kennell JH, Klaus MH. The perinatal paradigm: is it time for a change? *Clin Perinatol* 1988; 15: 801-13
340. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labour in a US hospital. *JAMA* 1991; 265: 2197-201
341. Kennell J. O melhor começo para uma infância menos violenta e menos stressante. Comunicação no Simpósio Internacional "Stress e Violência". Lisboa 1995
342. Kestermann G. Assessment of individual differences among healthy newborns on the Brazelton scale. *Early Human Dev* 1981; 5: 15-27
343. Keverne EB, Kendrick KM. Maternal behavior in sheep and its neuroendocrine regulation. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 47-56
344. Khatib-Chahidi J. Milk Kinship in Shi'ite Islamic Iran. In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992: 109-32
345. Khin-Maung-U, Nyunt-Nyunt-Wai, Myo-Khin, Mu-Mu-Khin, Tin-U, Thane-Toe. Effect on clinical outcome of breast-feeding during acute diarrhoea. *BMJ* 1985; 290: 587-9
346. Kjellman NIM, Johansson SGO. Soy versus cow's milk in infants with a biparental history of atopic disease: development of atopic disease and immunoglobins from birth to 4 years of age. *Clin Allergy* 1979; 9: 347-58
347. Kjellman N-I M, Fälth-Magnusson K, Björkstén B. Effect of maternal dietary restrictions during pregnancy and lactation on development of food allergy and atopic disease to 4-5 years of age. In: Businco L, Oehling A, Renner B, Morán J, *Food allergy in infancy.* London, Editorial Garsi 1992: 121-6
348. Klaus MH, Kennell JH. Mothers separated from their newborn infants. *Pediatr Clin North Am* 1970; 17: 1015-37
349. Klaus MH, Richard J, Kreger NC, McAlpine W, Stefa M, Kennell JH. Maternal attachment-importance of the first post-partum days. *N Engl J Med* 1972; 286: 460-3
350. Klaus MH, Kennell JH. Parent-to-infant attachment. In: Hull D, ed. *Recent Advances in Paediatrics.* London: Churchill Livingstone, 1976: 129-52
351. Klaus MH. The biology of parent-to-infant attachment. *Birth Family J* 1978; 5: 200-3
352. Klaus MH, Kennell JH. An early maternal sensitive period? A theoretical analysis. In: Stren D. ed. *Intensive Care in the Newborn II,* 1979: 381-7
353. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *BMJ* 1986; 293: 585-7
354. Klein M, Stern L. Low birthweight and the battered child syndrome. *AJDC* 1971; 122: 15-8
355. Klein P. Stability and change in interaction of Israeli mothers and infants. *Infant Beh Dev* 1988; 11: 55-70
356. Kocturk T, Zetterstrom R. Breast-feeding and its promotion. *Acta Paediatr* 1988; 77: 183-90
357. Kocturk T, Zetterstrom R. The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78: 817-23

358. Koepke JE, Barnes P. Amount of sucking when a sucking object is readily available to human newborns. *Child Dev* 1982; 53: 978-83
359. Koletzko S, Sherman P, Corey M, Griffiths, Smith A. Role of infant precursors in development of Crohn's disease in childhood. *BMJ* 1989; 298: 1617-8
360. Koletzko S, Griffiths A, Corey M, Smith C, Sherman P. Infant feeding practices and ulcerative colitis in childhood. *BMJ* 1991; 302: 1580-1
361. Koniak-Griffin D, Verzemnieks I. Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Iss Compr Pediatr Nurs* 1991; 14: 1212-38
362. Korner A F, Chuck B, Dontchos S. Organismic determinants of spontaneous oral behavior in neonates. *Child Dev* 1968; 39: 1145-57
363. Korner A F. Individual differences at birth: implications for early experience and later development. *Am J Orthopsychiatr* 1971; 41: 608-19
364. Korner AF. State as variable, as obstacle, and as mediator of stimulation in infant research. *Merril-Palmer Q* 1972; 18: 77-94
365. Korner AF. Conceptual issues in infancy research. *Handbook of infant development*. New York J. Doniger Osofsky (Ed), John Wiley & Sons Inc 1987: 769-86
366. Korner AF, Brown BW, Reade EP, Stenenson DK, Fernbach SA, Thom VA. State behavior of preterm infants as a function of development, individual and sex differences. *Infant Behav Dev* 1988; 11: 111-25
367. Kramer MS, Moroz B. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent atopic eczema? *J Pediatr* 1981; 98: 546-50
368. Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity. *J Pediatr* 1981; 98: 883-7
369. Kramer M S. Does breast-feeding help protect against atopic disease? biology, methodology, and a golden jubilee of controversy. *J Pediatr* 1988; 112: 181-90
370. Kron RE, Stein M, Goddard KE. Newborn sucking behavior affected by obstetric sedation. *Pediatrics* 1966; 37: 1012-6
371. Kron RE, Ipsen J, Goddard KE. Consistent individual differences in the nutritive sucking behavior of the human newborn. *Psychosomatic Med* 1968; 30: 151-61
372. Kunz C, Rudloff S. Biological functions of oligosaccharides in human milk. *Acta Paediatr* 1993; 82: 903-12
373. Kurinij N, Shiono P H. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991; 88: 745-50
374. Kushner K. The effect of infant state modulation on parent-infant reciprocity: impact of a nursing program. Master thesis, University of Washington, School of Nursing, Seattle, UMI 1987
375. Labbok MH, Howie PW. Overview and summary: the interface of breastfeeding, natural family planning, and the lactational amenorrhoea method. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 2013-4

376. Labbok MH, Stallings RY, Shah F, Perez A, Klaus H, Jacobson M, Muruthi T. Ovulation method use during breastfeeding: is there increased risk of unplanned pregnancy? *Am J Obstetr Gynecol* 1991; 165: 2031-6
377. Lamb ME. Early contact and maternal-infant bonding:one decade later. *Pediatrics* 1982; 70: 763-8
378. Landers C. A psychobiological study of infant development in South India. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 169-208
379. Lannoy J. Nature et fonction de l'attachement. *Psychiatrie de l'enfant XVI*; 1: 251-68
380. Larson K L, Ayllon T, Barrett D H. A behavioral feeding program for failure to thrive infants. *Behav Res Ther* 1987; 25: 39-47
381. Lawrence RA. The management of lactation as a physiologic process. *Clin Perinatol* 1987; 14: 1-10
382. Lawrence RA. Breast-feeding trends: a cause for action. *Pediatrics* 1991; 88: 867-8
383. Lawrence R. The clinician's role in teaching proper infant feeding techniques. *J Pediatr* 1995; 126: 112-7
384. Le Blanc M. Comparaison du comportement de mères d'enfant a terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé. *Psychiatrie de l'enfant* 1989; 1: 249-68
385. Lebrun F. A vida conjugal no antigo regime. Lisboa, Edições Rolim, Coleção Prisma
386. Lecerf JM, Sivery A. Allaiter aujourd'hui: ce qui n'influe pas sur le choix. *La Revue de Pédiatrie* 1987; 23: 485-94
387. Lefebvre F. L'allaitement du nouveau-né de petit poids de naissance. *Pédiatrie* 1991; 46: 405-10
388. Leijon I. Assesment of behavior on the Brazelton scale in healthy preterm infants from 32 conceptional weeks until full-term age. *Early Human Dev* 1982; 7: 109-18
389. Leijon I, Finnstrom O. Correlation between neurological examination and behavioral assessment of the newborn infant. *Early Human Dev* 1982; 7: 119-30
390. Leinbach NY. Differences in the neonatal feeding behaviors of urban adolescent mothers compared with their resources for childrearing. Master thesis. Boston College, UMI 1988
391. Leitão FAR. Interação mãe-criança e atividade simbólica. Os comportamentos da díade e a emergência do jogo simbólico na criança normal e na criança com síndrome de Down. Lisboa, Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana: 80-82, 1992
392. Lenard H-G, Bernuth H, Prechtel HFR. Reflexes and their relationship to behavioral state in the newborn. *Acta Pediatr Scand* 1968; 57: 177-85
393. Lepage P, Munyakazi C, Hennart P. Breastfeeding and hospital mortality in children in rwanda. *Lancet* 1981 August 22: 409-11

394. Lepage P, Perre P, Carael M, Nsengumuremyi F, Nkurzunziza J, Butzler JP, Sprecher S. Postnatal transmission of HIV from mother to child. *Lancet*, August 15; 1987: 400-2
395. Lepecq JC, Rigoard MT, Salzarulo P. Spontaneous non-nutritive sucking in continuously fed infants. *Early Human Dev* 1985; 12: 279-84
396. Lerebours B, Czernichow P, Pellerin AM, Froment L, Laroche T. L'alimentation du nourrisson jusqu'à 4 mois en Seine-Maritime. *Arch Fr Pediatr* 1991; 48: 391-5
397. Lerner HE. Effects of the nursing mother-infant dyad on the family. *Am Orthopsych Assoc* 1979: 339-48
398. Lester BM, Emory EK, Hoffman SL. A multivariate study of the effects of high-risk factors on performance on the Brazelton neonatal assessment scale. *Child Dev* 1976; 47: 515-17
399. Lester BM, Hoffman J, Brazelton TB. The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Dev* 1985; 56: 15-27
400. Lestradet H. Laits et immunité. *Cah Nut Diet* 1986; 23: 297-308
401. Leventhal JM, Shapiro ED, Aten CB, Berg AT, Egerter SA. Does breast-feeding protect against infections in infants less than 3 months of age? *Pediatrics* 1986; 78: 896-903
402. Levi J. Establishing breast feeding in hospital. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1281-5
403. Levine L, Coll CTG, Oh W. Determinants of mother-infant interaction in adolescent mothers. *Pediatrics* 1985; 75: 23-9
404. Levy Aires A, Duarte A, Sousa C. Inquérito sobre aleitamento materno. Distrito de Setúbal-1993. *Acta Ped Port* 1993; 26: 177-83
405. Levy L. A alimentação no primeiro ano de vida. *Rev Port Pediatr* 1994; 25: 191-204
406. Levy L, Tuna ML, Mendes MMR. Atitudes e conhecimentos dos adolescentes escolarizados face ao aleitamento materno. *Arq Med* 1994; 8: 12-5
407. Levy L, Tuna ML, Mendes MMR. Atitudes e conhecimentos dos adolescentes face ao aleitamento materno. *Rev Port Pediatr* 1994; 25: 205-11
408. Lézine I, Robin M, Cortial C. Observations sur le couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires. *Psychiatrie de l'enfant XVIII*; 1: 75-146
409. Lier L. Mother-infant relationship in the first year of life. *Acta Pediatr Scand* 1988; 344: 31-42
410. Lifschitz CH, Hawkins HK, Guerra C, Byrd N. Anaphylactic shock due to cow's milk protein hypersensitivity in a breast-fed infant. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7: 141-4
411. Lilja G, Dannaeus A, Foucard T, Graff-Lonnevig V, Johansson SGO, Öman H. Effects of maternal diet during late pregnancy and lactation on the development of IgE and egg- and milk-specific IgE and IgG antibodies in infants. *Clin Exper Allergy* 1991; 21: 195-202
412. Lima MLP. Atitudes. In Vala J, Monteiro MB. *Psicologia Social*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 1993: 167-99
413. Lipsitt LP. Taste in human neonates: its effects on sucking and heart rate. In: Weiffenbach J M. *Taste and development. The genesis of sweet preference*. Mariland 1977: 125-42
414. Lipsitt LP. The study of sensory and learning processes of the newborn. *Clin Perinatol* 1977; 4: 163-86

415. Lipsitt LP, Crook C, Booth CA. The transitional infant: behavioral development and feeding. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 485-96
416. Liptak GS, Keller BB, Feldman AW, Chamberlin RW. Enhancing infant development and parent-practitioner interaction with the Brazelton neonatal assessment scale. *Pediatrics* 1983 ; 72: 71-8
417. Lobo ML. Parent-infant interaction during feeding when the infant has congenital heart disease. *J Pediatr Nurs* 1992; 7: 97-105
418. Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995; 126: 507-14
419. Loughlin HH, Clapp-Channing N, Gehlbach SH, Pollard JC, McCutchen TM. Early termination of breast-feeding: Identifying those at risk. *Pediatrics* 1985; 75: 508-13
420. Lozoff B, Brittenham GM, Trause MA, Kennell JH, Klaus MH. The mother-newborn relationship: Limits of adaptability. *J Pediatr* 1977; 91: 1-12
421. Lucas A, Lucas PJ, Baum JD. Pattern of milk flow in breast-fed infants. *Lancet* 1979; 1: 57-58
422. Lucas A, Drewett RB, Mitchell MD. Breast-feeding and plasma oxytocin concentrations. *BMJ* 1980; 281: 834-5
423. Lucas A, Lucas PJ, Baum JD. Differences in the pattern of milk intake between breast and bottle fed infants. *Early Human Dev* 1981; 5: 195-9
424. Lucas A. Availability of preterm milk (letter). *Lancet* 1983; i: 1045-6
425. Lucas A, Morley R, Lucas PJ, Davis JA, Bamford MF, Crowle P, Dossetor JFB, Pearce R, Boon A. Factors associated with maternal choice to provide breast milk for low birthweight children. *Arch Dis Child* 1988; 63: 48-52
426. Lucas A, Brooke OG, Morley R, Colkr TJ, Bamford MF. Early diet of preterm infants and subdevelopment of allergic or atopic disease: randomised prospective study. *BMJ* 1990; 300: 837-40
427. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990; 336: 1519-23
428. Lucas A, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Boon AJ, Powell R. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet* 1990; 335: 1477-81
429. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339: 261-4
430. Lutter CK, Mora JO, Habich J-P, Rasmussen KM, Robson DS, Herrera MG. Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation. *Am J Clin Nutr* 1990; 51:
431. Lyon M-L, Chilver G, White DG, Woollett A. Current maternal attitudes to infant feeding methods. *Child:Care Health Dev* 1981; 7: 145-51
432. Lyons NB. Behavioral differences in premature and full-term mother-infant pairs during a feeding interaction. Master thesis, Seattle, University of Washington, UMI 1981.

433. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein S. Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Dev* 1990; 61: 85-98
434. Lytton H. Three approaches to the study of parent-child interaction: ethological interview and experimental. *J Child Psychol Psychiatr* 1973; 14: 1-17
435. ML /JBM. Breastfeeding, birth spacing, and nutrition. *Scn news* 1992; 7: 7-14
436. MacFarlane PI, Miller V. Human milk in the management of protracted diarrhoea of infancy. *Arch Dis Child* 1984; 59: 260-5
437. MacFarlane A. Morbilidade e mortalidade na Adolescência. Qual o papel do stress e da violência ? A experiência do Reino Unido. Comunicação ao Simpósio Internacional "Stress e Violência". Lisboa 1995
438. Macias G O'L. A women's movement in Nicaragua, an advocate of breast-feeding. In *Assignment children, Breast-feeding and health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 117-38
439. Mackerras D. Fashions in breastfeeding. *Lancet* 1992; 339: 253
440. Mackie EJ. Water supplementation of breast-fed infants in Ghana. *Lancet* 1991; 338: 251
441. Macquart-Moulin G, Fancello G, Vincent A, Julian C, Baret C, Ayme S. Évaluation des effets d'une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois. *Rev Epidém Santé Publ* 1990; 38: 201-9
442. Madeley RJ, Hull D, Holland T. Prevention of postneonatal mortality. *Arch Dis Child* 1986; 61: 459-63
443. Maehr JC, Lizarraga JL, Wingard DL, Felice ME. A comparative study of adolescent and adult mothers who intend to breastfeed. *J Adolescent Health* 1993; 14: 453-7
444. Maekawa K, Yokoi S. Sucking response to taste and infant temperament. *Jikeikai Med.* 1984; 31: 229-35
445. Maher V. *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992
446. Maher V. Breast-feeding in cross-cultural perspective: paradoxes and proposals. In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992: 1-36
447. Maher V. Breast-feeding and maternal depletion: Natural law or cultural arrangements? In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992: 151-80
448. Mandl PE. Some examples of the many models of rooming-in. In *Assignment children, Breast-feeding and health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 107-16
449. Manstead ASR, Proffitt C, Smart JL. Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 657-71
450. Manstead ASR, Plevin CE, Smart JL. Predicting mothers' choice of infant feeding method. *Br J Soc Psychol* 1984; 23: 223-31

451. Marild S, Jodal U, Hanson LA. Breastfeeding and urinary-tract infection (Letter). *Lancet* 1990, October 13: 942
452. Marini A, Agosti M, Motta G. A dietary prevention program including hydrolysed formula for high risk atopic babies:0-24 months follow-up. In: Koletzko A, Okken J, Rey J, Salle B, Biervliet JP. *Recent Advances in Infant Feeding*. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York 1992: 109-20
453. Mathew OP, Clark ML, Pronske ML, Luna-Solarzano HG, Peterson MD. Breathing pattern and ventilation during oral feeding in term newborn infants. *J Pediatr* 1985; 106: 810-3
454. Mathew OP, Bhatia J. Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. *AJDC* 1989; 143: 588-92
455. Mathew OP. Determinants of milk flow through nipple units. *AJDC* 1990; 144: 222-4
456. Mathew OP. Science of bottle feeding. *J Pediatr* 1991; 118: 511-9
457. Mathew OP. Breathing patterns of preterm infants during bottle feeding: role of milk flow. *J Pediatr* 1991; 119: 960-5
458. McDowell I, King FS. Interpretation of arm circumference as an indicator of nutritional status. *Arch Dis Child* 1982; 57: 292-6
459. McGowan JS, Marsh RR, Fowler SM, Levy SE, Stallings VA. Developmental patterns of normal nutritive sucking in infants. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33: 891-7
460. McKenna JJ, Mosko SS. Sleep and arousal, synchrony and independence, among mothers and infants sleeping apart and together (same bed): an experiment in evolutionary medicine. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 94-102
461. McLaren DS, Read WWC. Classification of nutritional status of children. *Lancet* 1972; ii: 146
462. McNeilly AS, Robinson ICAF, Houston MJ, Howie PW. Release of oxytocin and prolactin in response to sucking. *BMJ* 1983; 286: 257-9
463. Mennella JA, Beauchamp GK. The transfer of alcohol to human milk: effects on flavor and the infant's behavior. *N Eng J Med* 1991; 325: 3-12
464. Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursling's behavior. *Pediatrics* 1991; 88: 737-44
465. Metz M N. Teaching parents a strategy for enhancing infant development. *Child Dev* 1980; 51: 583-6
466. Meyer EC, Coll CT, Lester BM, Boukydis CF, McDonough SM, Oh W. Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics* 1994; 93: 241-6
467. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors *Acta Paediatr* 1994; 83: 565-71
468. Millot JL, Filiatre JC, Montagner H. Maternal tactile behavior correlated with mother and newborn infant characteristics. *Early Human Dev* 1988; 16: 119-29

469. Minde K, Whitelaw A, Brown J, Fitzhardinge P. Effect of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Dev Med Child Neurol* 1983; 25: 763-77
470. Minford AMB, MacDonald A, Littlewood JM. Food intolerance and food allergy in children: a review of 68 cases. *Arch Dis Child* 1982; 57: 742-7
471. Miskelly FG, Burr ML, Vaughan-Williams E, Fehily AM, Butland BK, Merrett TG. Infant feeding and allergy. *Arch Dis Child* 1988; 63: 388-93
472. Modney BK, Hatton GI. Maternal behaviors: evidence that they feed back to alter brain morphology and function. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 29-32
473. Mogan J. What can nurses learn from structured observations of mother-infant interactions? *Iss Compr Pediatr Nurs* 1987; 10: 67-73
474. Moore T, Ucko LE. Night waking in early infancy: Part I. *Arch Dis Child* 1957; 32: 333-42
475. Mora JO, Sanchez R, Paredes B, Herrera MG. Sex related effects of nutritional supplementation during pregnancy on fetal growth. *Early Human Dev* 1981; 5: 243-51
476. Morley R, Cole TJ, Powell R, Lucas A. Mothers' choice to provide breast milk and developmental outcome. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1382-5
477. Mota HC. Aleitamento materno (vantagens e dificuldades). In: Alimentação do lactente, DGS e SPP ed. 1976: 124-37
478. Mota H C. The taste of milk. *Arch Dis Child* 1990; 65: 647
479. Mullen MK, Coll CG, Vohr BR, Muriel AC, Oh W. Mother-infant feeding interaction in full-term small-for-gestational-age infants *J Pediatr* 1988; 112: 143-8
480. Nakajima H, Grant J P. Appendix 3: protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31(Suppl.1): 171-83
481. Nakano C, Takashima S, Takeshita K. Carnitine concentration during the development of human tissues. *Early Human Dev* 1989; 19: 21-7
482. Narayanan I, Prakash K, Bala S, Verma RK. Partial supplement with expressed breast-milk for prevention of infection in low-birth-weight infants. *Lancet* 1980; 2: 561-3
483. Narayanan I, Prakash K, Prabhakar AK, Gujral VV. A planned prospective evaluation of the anti-infective property of varying quantities of expressed human milk. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 441-5
484. Narayanan I, Prakash K, Murthy NS, Gujral VV. Randomised controlled trial of effect of raw and holder pasteurised human milk and of formula supplements on incidence of neonatal infection. *Lancet* 1984: 1111-3
485. Narayanan I, Mehta R, Choudhury DK, Jain BK. Sucking on the "emptied" breast: non-nutritive sucking with a difference. *Arch Dis Child* 1991; 66: 241-4
486. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: Toward a formal definition. *J Pediatr* 1995; 126: 125-9
487. Nelson SE, Rogers RR, Ziegler EE, Fomon SJ. Gain in weight and length during early infancy. *Early Hum Dev* 1989; 19: 223-239

488. Neuspiel DR, Hamel SC, Hochberg E, Greene J, Campbell D. Maternal cocaine use and infant behavior. *Neurotoxicol Teratol* 1991; 13: 229-33
489. Newman J. How Breast Milk Protects Newborns. *Sci Am* December 1995: 58-61
490. Newman J. Formula companies and the medical profession-(letter) *AJDC* 1991; 145: 1089-90
491. Newton RW, Webster PA, Binu PS. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of preterm labor. *BMJ* 1987; 2: 411
492. Nijhuis JG, Staisch KJ, Martin CB, Prechtel HFR. A sinusoidal-like fetal heart-rate pattern in association with fetal sucking-report of two cases. *Europ J Obstetr Reprod Biol* 1984; 16: 353-8
493. Nissen E, Lilja G, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidsson AB, Uvnas-Moberg K, Widstrom AM. Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. *Acta Paediatr* 1995; 84: 140-5
494. Norman P, Smith L. The theory of planned behaviour and exercise: an investigation into the role of prior behaviour, behavioural intentions and attitude variability. *Eur J Soc Psychology* 1995; 25: 403-15
495. Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A. Imaging evaluation of breast-feeding and bottle-feeding systems. *J Pediatr* 1995; 126: 130-4
496. Numan M. A neural circuitry analysis of maternal behavior in the rat. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 19-28
497. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstetr Gynecol Scand* 1991; 70: 205-9
498. Nysenbaum AN, Smart JL. Sucking behavior and milk intake of neonates in relation to milk fat content. *Early Human Dev* 1982; 6: 205-13
499. Ogden KM, Keith RM. Good nipples promote successful breast feeding. *J Pediatr* 1955; 46: 210-4
500. Olson AL, Rebouche CJ. Renal conservation of carnitine by infants and adults: no evidence of developmental regulation. *Early Human Dev* 1989; 19: 29-38
501. Oshio S. Mother's mental representation of her infant and its effect on infant organization and mother's perception of self. Master thesis. University of Washington, UMI 1993
502. Osofsky J, Danzger B. Relationship between neonatal characteristics and mother-infant interaction. *Dev Psychol* 1974; 10: 124-30
503. Osofsky J D. Neonatal characteristics and mother-infant interaction in two observational situations. *Child Dev* 1976; 47: 1138-47
504. Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. Les cahiers du nouveau-né 3. D'amour et de lait. Paris, Éditions Stock, 1980
505. Pabst HF, Godel J, Grace M, Spady DW. Effect of breast-feeding on immune response to BCG vaccination. *Lancet* 1989: 295-7
506. Pabst HF, Spady DW. Effect of breast-feeding on antibody response to conjugate vaccine. *Lancet* 1990; 336: 269-70

507. Page PA. An investigation of the relationship between maternal-infant patterns of synchrony during feeding, preterm state and parent-administered state modulation treatment. Master thesis. University of Washington, UMI 1992
508. Palisin H. The neonate perception inventory: Failure to replicate. *Child Dev* 1980; 51: 737-42
509. Paludetto R, Mansi G, Rinaldi P, Luca TD, Corchia C, Curtis MD, Andolfi M. Behavior of preterm newborns reaching term without any serious disorder. *Child Dev* 1982; 6: 357-63
510. Panter-Brick C. Working mothers in rural Nepal. In Maher M, *The Anthropology of Breast-Feeding. Natural law or social construct.* Oxford, Berg Publishers Limited, 1992, 133-50
511. Papousek H, Papousek M. Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. *Handbook of infant development.* Handbook of infant development. New York J. Doniger Osofsky (Ed), John Wiley & Sons Inc 1987: 669-720
512. Pardal MS. Epidemiologia e promoção do aleitamento materno. In: Salazar de Sousa J, Carvalho CA. *Nutrição em Pediatria.* Lisboa, Direcção Geral de Saúde, 1983: 47-54
513. Parker S J, Barrett D E. Maternal type A behavior during pregnancy, neonatal crying and early infant temperament: do type A women have type A babies? *Pediatrics* 1992; 89: 474-9
514. Parkin JM, Hey EN, Clowes JS. Rapid assessment of gestational age at birth. *Arch Dis Child* 1976; 51: 259-63
515. Parlato MB. The use of mass media to promote breastfeeding. *Int J Gynecol Obstet.* 1990; 31: 105-10
516. Parseval GD, Bigeargeal J. *Objectif Bébé. Une nouvelle science: la bébologie.* Paris, Autrement Revue 1985
517. Pascoe JM, French J. Development of positive feelings in primiparous mothers toward their normal newborns. A descriptive study. *Clin Pediatr* 1989; 28: 452-6
518. Pechevis M. Training health personnel in the area of breast-feeding. In *Assignment children, Breast-feeding and health,* Genève: Dr PE Mandl, UNICEF 1981: 91-106
519. *Pediatric forum.* Formula companies and the medical profession. *AJDC* 1991; 145: 1088-9
520. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican Women. *Early Human Dev* 1992; 31: 25-40
521. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994; 84: 89-97
522. Perez A, Valdes V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *Am J Obstetr Gynecol* 1991; 165: 2039-44
523. Perez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet* 1992; 339: 968-70

524. Pezzati M, Biagioli-Cosenza E, Mainardi G, Cianciulli D, Carbone C, Biadaioli R, Danesi G, Romano S. Influenza del contatto precoce madre-figlio in sala parto sull'allattamento al seno a breve e lungo termine. *Minerva Pediatr* 1994; 46: 549-52
525. Pinilla T, Birch L. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns. *Pediatrics* 1993; 91: 436-44
526. Pirie A. Role of the pediatrician in promoting breast-feeding. *J Pediatr* 1991; 119: 843-4
527. Pisacane A, Graziano L, Zona G. Breastfeeding and urinary tract infection (Letter). *Lancet* 1990: 50
528. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpelino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. *J Pediatr* 1992; 120: 87-9
529. Pisacane A, Caracciolo G, Luca U, Grillo G, Simeone C, Impagliazzo N, Mazzarella G. Infant feeding and idiopathic intussusception. *J Pediatr* 1993; 123: 593-5
530. Pita ML, Fernandez MR, De-Lucchi C, Medina A, Martinez-Valverde A, Uauy R. Changes in the fatty acid pattern of red blood cell phospholipids induced by type of milk, dietary nucleotide supplementation, and postnatal age in preterm infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7: 740-7
531. Pollitt E, Conscuazio B, Goodkin F. Changes in nutritive sucking during a feed in two-day and thirty-day old infants. *Early Human Dev* 1981; 5: 201-10
532. Pollitt E, Mueller W. Maternal nutrition supplementation during pregnancy interferes with physical resemblance of siblings at birth according to infant sex. *Early Human Dev* 1982; 7: 251-6
533. Ponder DL, Innis SM, Benson JD, Siegman JS. Docosahexaenoic acid status of term infants fed breast milk or infant formula containing soy oil or corn oil. *Pediatr Res* 1992; 32: 683-7
534. Poskitt EME, Cole TJ. Nature, nurture and childhood overweight. *BMJ* 1978; 1: 603-5
535. Pöysä L, Pulkkinen A, Korppi M, Remes K, Juntunen-Backman. Diet in infancy and bronchial hyperreactivity, later in childhood. *Pediatric Pulmol* 1992; 13: 215-21
536. Prechtl HFR, Beintema D. The neurological examination of the full term newborn infant. London: SIMP/William Heinemann Medical Books, 1964
537. Prentice A. Breast feeding increases concentration of IgA in infants'urine. *Arch Dis Child* 1987; 62: 792-5
538. Prentice AM, Lucas A, Vasquez-Velasquez L, Davies PSW, Whitehead RG. Are current dietary guidelines for young children a prescription for overfeeding? *Lancet* 1988, November 5: 1066-8
539. Prentice A M. Can maternal dietary supplements help in preventing infant malnutrition? *Acta Pediatr Scand Suppl* 1991; 374: 67-77
540. Prentice A. Breast feeding and the older infant. *Acta Pediatr Scand* 1991 Suppl; 374: 78-88
541. Pullan CR, Toms GL, Martin AJ, Gardner PS, Webb JK G, Appleton DR. Breast-feeding and respiratory syncytial virus infection. *BMJ* 1980; 281: 1034-6

542. Quillin SI. Growth and development of infant and mother and mother-infant synchrony. Master thesis. Dissertation submitted to Wayne State University, Detroit, UMI 1983
543. Raiha N C R. Nutrition of the low-birth-weight infant. In: Kretchmer N, Minkowski A. Nutritional adaptation of the gastrointestinal tract of the newborn. New York Raven Press 1983: 185-90
544. Ramalho PM. A doença celíaca na criança em Portugal. Dissertação de Doutoramento apresentada à FML. Lisboa 1988
545. Ramsay M, Gisel EG, Boutry M. Non-organic failure to thrive: Growth failure secondary to feeding-skills disorder. *Dev Med Child Neurol* 1993; 35: 285-97
546. Rea MF. The Brazilian national breastfeeding program: a success story. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 79-82
547. Read LC, Tarantal A, George-Nascimento C. Effects of the recombinant human epidermal growth factor on the intestinal growth of fetal rhesus monkeys. *Acta Paediatr Scand* 1989; 351: 97-103
548. Redmond SR, Pichichero ME. Hemophilus influenzae type B disease. *JAMA* 1984; 252: 2581-4
549. Reiff MI, Essock-Vitale SM. Hospital influences on early infant feeding practices. *Pediatrics* 1985; 76: 872-9
550. Relucio-Clavano N. The results of a change in hospital practices-a paediatrician's campaign for breast-feeding in the Phillipines. In Assignment children, Breast-feeding and health, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF 1981: 139-66
551. Report of the Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding Practices and Infant Health. *Pediatrics Supplement* 1984; 74: 579-762
552. Report of the 91st Ross Conference on Pediatric Research. The breastfed Infant: A model for Performance. Columbus, Published by Ross Laboratories, 1986
553. Rich OJ. Maternal-infant bonding in homeless adolescents and their infants. *Maternal-Child Nurs J* 1991; 19:
554. Richards MPM, Bernal JF. An observational study of mother-infant interaction. In: Blurton Jones N, Ed. Ethological studies of child behaviour. 1st ed. London: Cambridge University Press, 1976: 175-97
555. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336: 1105-7
556. Roberton DM, Paganelli R, Dinwiddie R, Levinski RJ. Milk antigen absorption in the preterm and term neonate. *Arch Dis Child* 1982; 57: 369-72
557. Robillard PY, Mashako L, Navarro J. Intérêt de la mesure du rapport périmètre braquial/périmètre crânien (PB/PC) dans l'évaluation du statut nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant. *Arch Fr Pédiatr* 1988; 45: 5-10
558. Rochat P. Oral touch in young infants: response to variations of nipple characteristics in the first months of life. *Int J Behav Dev* 1983; 6: 123-33

559. Roman CAK. The effect of individual and group educational interventions on first time breastfeeding mothers with implications for nursing. Master thesis. Wayne State University, UMI 1992
560. Rosen MG. Doula at the bedside of the patient in labour. *JAMA* 1991; 265: 2236-7
561. Rosenblatt JS. Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 3-8
562. Rosenblum LA, Andrews MW. Influences of environment demand on maternal behavior and infant development. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 57-63
563. Rosenstein D, Oster H. Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child Dev* 1988; 59: 1555-68
564. Rosenthal MK. State variations in the newborn and mother-infant interaction during breast-feeding: some sex differences. *Dev Psychol* 1983; 19: 740-5
565. Rosenthal MK. Mothers and newborns: dyadic interactions in different socio-economic groups in Israel. *Early Human Dev* 1985; 12: 61-70
566. Rosser PL, Randolph SM. Black American infants: The Howard University normative study. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 133-68
567. Roumell NA. The effects of in utero cocaine exposure on neurobehavioral organization. Master thesis. Wayne State University, UMI 1990
568. Rubio AM, Jimenez MV, Fernandez MG. Promoción de la lactancia materna desde el medio extrahospitalario. El pediatra y la promoción de la lactancia materna. *Actualidad Nutricional* 1995; 12: 19-25
569. Ruff C. How well do adolescents mother? *MCN* 1987; 12: 249-53
570. Ruuska T, Vesikari T. A prospective study of acute diarrhoea in finnish children from birth to 2 ½ years of age. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80: 500-7
571. Ryan AS, Martinez GA. Breast-feeding and the working mother: a profile. *Pediatrics* 1989; 83: 524-31
572. Ryan AS, Wysong JL, Martinez GA, Simon SD. Duration of breast-feeding patterns established in the hospital. Influencing factors. *Clin Paediatr* 1990; 29: 99-107
573. Ryan AS, Rush D, Krieger FW, Lewandowski GE. Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics* 1991; 88: 719-27
574. Saarinen UM, Kajosaari M, Backman A. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease. *Lancet* 1979; 2: 163-6
575. Saarinen UM. Prolonged breast feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 567-71
576. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991; 337: 929-33
577. Sachdev HPS, Kumar S, Singh KK, Satyanarayana L, Puri RK. Risk factors for fatal diarrhea in hospitalized children in India. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1991; 12: 76-81

578. Saco-Pollitt C. Egocultural context of developmental risk: Birth in the high altitudes(Peru). In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development.* New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 3-26
579. Sagi A, Jaffe M, Tirosh E, Findler L, Harel J. Maternal risk status and outcome measures: a three-stage study in Israel. *Child Psychiatry Human Dev* 1988; 19: 145-57
580. Salariya EM, Easton PM. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978, 23, November 25: 1141-3
581. Salzarulo P, Fagioli I, Ricour C. Long term continuously fed infants do not develop heart rate circadian rythm. *Early Human Dev* 1985; 12: 285-289
582. Sameroff A. Nonnutritive sucking in newborns under visual and auditory stimulation. *Child Dev* 1967; 2: 443-52
583. Sameroff AJ. VIII. Summary and conclusion: The future of newborn assessment. *Soc Res Child Dev Monography* 1978; 43: 102-23
584. Sanchez-Pozo A, Pita ML, Martinez A, Molina JA, Gil A. Effects of dietary nucleotides upon lipoprotein pattern of newborn infants. *Nutr Res* 1986; 6: 763-71
585. Santos NT, Guerra AJM, Morais MR, Tovar MJ, Neves P, Lourenço L, Silva M. Estudo sobre a prevalência e duração do aleitamento materno em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais. *Rev Port Pediatr* 1984; 15: 3-48
586. Santos NT, Silva DV, Guerra AJMS, Santos LA. Atitudes e conhecimento do adolescente de escolas secundárias sobre aleitamento materno *Rev Paulista Pediatria* 1985; 11: 26-30
587. Santos NT, Silva DV, Guerra AJMS, Santos LA, Aguiar A. Atitudes e conhecimento do adolescente de escolas secundárias sobre aleitamento materno. *Saúde Infantil* 1986; 2: 123-31
588. Santos AL, Azevedo JM, Guerra AJM, Silva D, Amado F, Rodrigues V, Santos NT. Amamentação no 1ºano de vida: estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 meses de idade. *Arq Med* 1988, 2: 56-61
589. Savage F. The need for action. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31(Suppl.1): 11-5
590. Savilahti E, Tainio VM, Salmenpera L, Simes MA, Perheentupa J. Prolonged exclusive breast feeding and heredity as determinants in infantile atopy. *Arch Dis Child* 1987; 62: 269-73
591. Scheiner AP, Sexton ME. Prediction of developmental outcome using a perinatal risk inventory. *Pediatrics* 1991; 88: 1135-43
592. Schlech III W, Ward JI, Band JD, Hightower A, Fraser DW, Broome CV. Bacterial meningitis in The United States, 1978 through 1981. *JAMA* 1985; 253: 1749-54
593. Schmitz J, Bresson JL. L'Allaitement au sein prévient-il la survenue ultérieure de manifestations d'allergie? *Arch Fr Pediatr - Editorial* 1988; 45: 81-4
594. Schmitz J, Bresson JL. Prevention of allergy through nutrition. Regimes in infancy. *Food allergy.* 1988; 17: 245-55
595. Sejda MJ, Campos JJ. Mother-infant "bonding": Failure to generalize. *Child Dev* 1980; 51: 775-9
596. Sempé M, Sambuc R. Une enquête auxométrique. Croissance somatique de l'enfant et durée de l'allaitement maternel. *Revue Int Pédiatrie* 1991; 214: 1-8

597. Senturia YD, Ades AE, Peckham CS. Breast-feeding and HIV infection. *Lancet* 1987; 400-1
598. Serunian SA, Broman SH. Relationship of Apgar scores and Bayley mental and motor scores. *Child Dev* 1975; 46: 696-700
599. Shah KP. Maternal nutrition in deprived populations. In *Assignment children, Breast-feeding and Health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 41-72
600. Shivpuri CR, Martin RJ, Carlo WA, Fanaroff AA. Decreased ventilation in preterm infants during oral feeding. *J Pediatr* 1983; 103: 285-9
601. Short RV, Lewis PR, Renfree MB, Shaw G. Contraceptive effects of extended lactational amenorrhoea: beyond the Bellagio Consensus. *Lancet* 1991; 337: 715-7
602. Siegel LS. Infant tests of cognitive and language development at two years. *Child Dev* 1981; 52: 545-57
603. Siigur U, Tamm A. Faecal short-chain fatty acids in breast-fed and bottle-fed infants *Acta Paediatr* 1993; 82: 536-8
604. Silber M, Larsson B, Uvnas-Moberg K. Oxytocin, somatostatin, insulin and gastrin concentrations vis-à-vis late pregnancy, breastfeeding and oral contraceptives. *Acta Obstetr Gynecol Scand* 1991; 70: 283-9
605. Silva MO. A gravidez na adolescência. Relevância clínica da intervenção pré-natal. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa 1992
606. Simopoulos AP, Grave GD. Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice. *Pediatrics Supplement. Task force on infant-feeding practices* 1984; 74: 603-14
607. Skibsted L, Lange AP. Breast-feeding in a Danish alternative birth center compared with the obstetrical ward. *Early Human Dev* 1990; 21: 115-24
608. Sloan NL, Camacho LWL, Rojas EP, Stern C. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *Lancet* 1994; 344: 782-5
609. Sloper K, McLean L, Baum JD. Factors influencing breast feeding. *Arch Dis Child* 1975; 50: 165-70
610. Smith WL, Erenberg A, Nowak A. Imaging evaluation of the human nipple during breast-feeding. *AJDC* 1988; 142: 76-8
611. Smotherman WP, Robinson SR. Milk as the proximal mechanism for behavioral change in the newborn. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 64-70
612. Solkoff N, Matuszak D. Tactile stimulation and behavioral development among low-birthweight infants. *Child Psychiatry Human Dev* 1975; 6: 33-37
613. Soulé M. L'Enfant imaginaire, l'enfant dans la tête. In: Parseval GD, Bigeargeal J. *Objetif Bébé. Une nouvelle science: la bébologie*. Paris, Autrement Revue 1985: 47-56
614. Soysa PE. The advantages of breast-feeding-a developing point of view. In *Assignment children, Breast-feeding and Health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 25-40
615. Spieler J, Aumack K, Nathusius D. Technical working group C report: breastfeeding promotion in health and health-related programs. *Int J Gynecol Obstetr* 1990; 31(Suppl.1): 145-6

616. Spira N, Ayme S. Évaluation épidémiologique de quatre interventions en santé publique. *Rev Epidém Santé Publ* 1991; 39: S75-S79
617. Stephan CW, Langlois JH. Baby beautiful: adult attributions of infant competence as a function of infant. *Child Dev* 1984; 55: 576-85
618. Stiehm ER, Vink P. Transmission of immunodeficiency virus infection by breast-feeding. *J Pediatr* 1991; 118: 410-2
619. Stintzing G, Zetterstrom R. Cow's milk allergy, incidence and pathogenetic role of exposure to cow's milk formulas. *Acta Paediatr Scand* 1979; 58: 383-7
620. Stock DL, Streissguth AP, Martin DC. Neonatal sucking as an outcome variable: comparison of quantitative and clinical assessments. *Early Human Dev* 1985; 10: 273-8
621. Strobel S. Dietary manipulation and induction of tolerance. *J Pediatr* 1992; 121: s74-s9
622. Stuff JE, Nichols BL. Nutrient intake and growth performance of older infants fed human milk. *J Pediatr* 1989; 115: 959-68
623. Sumner G, Spietz A. NCAST Caregiver/Parent-Child Interaction Feeding Manual. Seattle : NCAST Publications, University of Washington, School of Nursing 1994
624. Suzuki S, Lucas A, Lucas PJ, Coombs RRA. Immunoglobulin concentrations and bacterial antibody titres in breast milk from mothers of "preterm" and "term" infants. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72: 671-7
625. Sveger T. Breast-feeding, Alpha-antitrypsin deficiency, and liver disease? *JAMA* 1985; 254: 3036
626. de Swiet M, Fayers P, Cooper L. Effect of feeding habit on weight in infancy. *Lancet* 1977; 1: 892-4
627. Switzky LT, Vietze P. Attitudinal and demographic predictors of breast-feeding and bottle-feeding behavior by mothers of six-week-old infants. *Psychol Rep* 1979; 45: 3-14
628. Taitz. Infantile overnutrition among artificially fed infants in the Sheffield region. *BMJ* 1971; 1: 315-6
629. Takala AK, Eskola J, Palmgren J, Ronnberg P-R, Rekola P, Makela PH. Risk factors of invasive hemophilus influenzae type b disease among children in Finland. *J Pediatr* 1989; 115: 694-701
630. Tamminen T, Verronen P, Saarikoski A, Goransson A, Tuomiranta H. The influence of perinatal factors on breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72: 9-12
631. Tanner JM, Whitehouse RH. Standards for subcutaneous fat in British children. Percentils for thickness of skinfolds over triceps and below scapule. *BMJ* 1962; 1: 446-50
632. Tatzer E, Schubert MT, Timischl W, Simbruner G. Discrimination of taste and preference for sweet in premature babies. *Early Human Dev* 1985; 12: 23-30
633. Taylor B, Golding J, Wadsworth J, Butler N. Breast feeding, bronchitis and admissions for low-respiratory illness and gastroenteritis during the first five years. *Lancet* 1982: 1127-9
634. Taylor PM, Taylor FH, Campbell SB, Maloni JA, Cannon M. Extra early physical contact and aspects of the early mother-infant relationship. *Acta Paediatr Scand* 1985; 316: 3-14

635. Taylor PM, Maloni JA, Taylor FH, Campbell SB. Extra early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1985; 316: 15-22
636. Thirion M. *L'allaitement*. Paris, Éditions Ramsay, 1980
637. Thoman EB, Barnett CR, Leiderman PH. Feeding behaviors of newborn infants as a function of parity of the mother. *Child Dev* 1971; 42: 1471-83
638. Thomas RM. Social Learning Theory. In: *The International Encyclopedia of Education*. Ed. Torsten Aussen e T. Neville Postlethwaite, Pergamon Press 1985: 4633-37
639. Torrado da Silva A, Januário L, Correia AJ, Fagundes F, Ferreira P, Botte MHS. Alimentação do lactente no distrito de Coimbra. *Hosp. Ped. Coimbra- Centro de Cálculo da Universidade de Coimbra*. Manuscrito não publicado
640. Tounian P, Girardet Jph, Josset P, Pauliat S, Boccon-Gibod L, Fontaine JL. Intolérance aux hydrolysats de protéines du lait de vache à manifestations digestive. *Arch Fr Pediatr* 1992; 49: 665-8
641. Tracy RL, Ainsworth MDS. Maternal affectionate behavior and infant-mother attachment patterns. *Child Dev* 1981; 52: 1341-3
642. Tronick EZ, Cohn JF. Infant-Mother Face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Dev* 1989; 60: 85-92
643. Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL. Abnormal tympanography after supine bottle feeding. *J Pediatr* 1995; 126: 105-11
644. Tyson J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992; 89: 215-20
645. Udall JN. Breast-feeding, Alpha-antitrypsin disease, and liver disease(reply). *JAMA* 1985; 254: 3037
646. Udall JN, Dixon M, Newman AP, Wright JA, James B, Bloch KJ. Liver disease in Alpha-antitrypsin deficiency. *JAMA* 1985; 253: 2679-82
647. UNICEF secretariat. Programmes proposed by UNICEF in support of breast-feeding. In *Assignment children, Breast-feeding and health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 19-24.
648. Uvnas-Moberg K, Widström AM, Nissen E, Björvell H. Personality traits in women 4 days post partum and correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 11: 261-73
649. Uvnas-Moberg K, Widstrom AM, Werner S, Matthiesen AS, Winberg J. Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69: 301-6
650. Uvnas-Moberg K, Bruzelius G, Bileviciute I, Lundeberg T. Oxytocin increases and a specific oxytocin antagonist decreases pain threshold in male rats. *Acta Physiol Scand* 1992; 144: 487-8
651. Uvnas-Moberg K, Alster P, Hillergaart V, Ahlenius S. Oxytocin reduces exploratory behaviour and shifts the activity towards the centre of the arena in male rats. *Acta Physiol Scand* 1992; 145: 429-30
652. Vala J, Monteiro MB. *Psicologia Social*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 1993
653. Valero JM. Lactancia materna: Epidemiologia, promoción y técnica. *Pediatría* 1992; 2: 9-16

654. Vandenplas Y, Deneyer M, Sacre L, Loeb H. Preliminary data on a field study with a new hypo-allergic formula. *Eur J Pediatr* 1988; 148: 274-7
655. Vandenplas Y, Deneyer M, Sacre L, Loeb H. Influence of feeding breast milk, adapted milk formula, and a new hypoallergenic formula on allergic manifestations in infants: A field study. *Food Allergy*. 1988; 17: 257-64
656. Varendi H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell? *Lancet* 1994; 344: 989-9
657. Verronen P. Breast feeding of low birthweight infants. *Acta Paediatr Scand* 1985; 74: 495-9
658. Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 38: 33-8
659. Victora CG, Vaughan JP, Martines JC, Barcelos LB. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition? *Am J Clin Nutr* 1984; 39: 307-14
660. Victora CG, Smith PG, Barros FC. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2: 319-22
661. Victora CG, Huttly SRA, Barros FC, Vaughan JP. Caesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. *Arch Dis Child* 1990; 65: 632-4
662. Victora CG, Huttly SR, Barros FC, Vaughan JP. Breast feeding duration in consecutive offspring: a prospective study from southern Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81: 12-4
663. Viikari J, Akerblom HK, Rasanen L, Kalavainen M, Pietarinen O. Cardiovascular risk in young finns. *Acta Paediatr Scand* 1990; 365: 13-19
664. Villares ES. Promoción institucional de la lactancia materna. El pediatra y la promoción de la lactancia materna. *Actualidad Nutricional* 1995; 12: 26-33
665. Vis HL, Hennart Ph, Ruchababisha M. Some issues in breast-feeding in deprived rural areas-maternal nutrition and breast-feeding in the Kivu, Zaire. In *Assignment children, Breast-feeding and health*, Genève: Dr PE Mandl, UNICEF, 1981: 183-200
666. Visus FS-V, Lomedo JEO. Promoción de la lactancia materna a nivel hospitalario. El pediatra y la promoción de la lactancia materna. *Actualidad Nutricional* 1995; 12: 15-8
667. Vitoria JC, Ros L. Promoción prenatal de la lactancia materna. *Actualidad nutricional. El pediatra y la promoción de la lactancia materna* 1995; 12: 11-5
668. vonWindeguth BJ, Urbano RC. Teenagers and the mothering experience. *Pediatr Nurs* 1989; 15: 517-9
669. Wachs TD, Gruen GE. The Study of Early Experience. In: *Early Exper Human Dev*. New York, Plenum Press 1982: 17-40
670. Waldenstrom U. Early and late discharge after hospital birth: father's involvement in infant care. *Early Human Dev* 1988; 17: 19-28
671. Waletzky LR. Husbands' problems with breast-feeding. *Am Orthopsych Assoc* 1979: 349-52
672. Wallace JP, Inbar G, Ernsthausen K. Infant Acceptance of postexercise breast milk. *Pediatrics* 1992; 89: 1245-47
673. Walsh A. *Statistics for the Social Sciences. With Computer Applications*. New York Harper & Row, Publishers, 1988.

674. Walter T. Infancy: mental and motor development. *Am J Clin Nutr* 1989; 50: 655-66
675. Walter T, Andraca ID, Chadud P, Perales CG. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. *Pediatrics* 1989; 84: 7-17
676. Ward JI, Lum MK, Margolis HS. Haemophilus influenzae disease in Alaskan Eskimos: Characteristics of a population with an unusual incidence of invasive disease. *Lancet* 1982; 1: 1281-5
677. Waters E, Vaughn BE, Egeland BR. Individual differences in infant-mother attachment relationships at age one: Antecedents in neonatal behavior in an urban, economically disadvantaged sample. *Child Dev* 1980; 51: 208-16
678. Weinbeck P, Loustaud V, Denis F, Vidal B, Mounier M, Lumley L. Postnatal transmission of HIV infection (letter). *Lancet* February 27, 1988: 482
679. Wharton B. A quinquennium in infant feeding. *Arch Dis Child* 1982; 57: 895-7
680. Whichelow MJ. Factors associated with the duration of breast feeding in a privileged society. *Early Human Dev* 1982; 7: 273-80
681. While A E. Early infant feeding practice: socioeconomic factors and health visiting support. *Child: Care Health Dev* 1988: 129-37
682. Whitehead RG, Paul AA, Ahmed EA. Weaning practices in the United Kingdom and variations in anthropometric development. *Acta Paediatr Scand* 1986; 323: 14-23
683. Whitelaw AGL, Cummings AJ, McFadyen IR. Effect of maternal lorazepam on the neonate. *BMJ* 1981; 282: 1106-8
684. Whorwell PJ, Holdstock G, Whorwell GM, Wright R. Bottle feeding, early gastroenteritis, and inflammatory bowel disease. *BMJ* 1979: 382
685. Widstrom AM, Marchini G, Matthiesen AS, Werner S, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Nonnutritive sucking in tube-fed preterm infants: effects on gastric motility and gastric contents of somatostatin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7: 517-23
686. Widstrom AM, Thingstrom-Paulsson J. The position of the tongue during rooting reflexes elicits in newborn infants before the first suckle. *Acta Paediatr* 1993; 83: 281-3
687. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiessen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 566-572
688. Widstrom A-M, Wahlberg V, Matthiesen A-S, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Winberg J. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Dev* 1990; 21: 153-63
689. Williams CD. Child health in the Gold coast. *Lancet* 1938: 97-102
690. Winberg J, Kjellmer I, eds. The neurobiology of infant-parent interaction in the newborn period. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397: 1-2
691. Winberg J. Examining breast feeding performance: forgotten influencing factors. *Acta Paediatr* 1995; 84: 465-7
692. Winn S, Tronick EZ, Morelli GA. The infant and the group: A look at Efe caretaking practices in Zaire. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture*

- and Infant Development. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 87-110
693. Wolff PH. The serial organization of sucking in the young infant. *Pediatrics* 1968; 42: 943-56
 694. Wolff PH. Nunnutritive sucking and response thresholds in young infants. *Child Dev*; 3: 631-8
 695. Woodson RH, Costa E. The behavior of Chinese, Malay and Tamil newborns from Malasia. In *The Cultural Context of Infancy. Volume One. Biology, Culture and Infant Development*. New Jersey, edited by J. Kevin Nugent, Barry M Lester and T. Berry Brazelton 1989: 295-318
 696. Woodward DR, Rees B, Boon JA. Human milk fat content: within-feed variation. *Early Hum Dev* 1989; 19: 39-46
 697. Woodward DR, Rees B, Boon JA. The fat content of suckled breast milk: A new approach to its assessment. *Early Human Dev* 1989; 20: 183-9
 698. Woolridge MW, Baum JD, Drewett RF. Does a change in the composition of human milk affect sucking patterns and milk intake? *Lancet* 1980; 2: 1292-4
 699. Woolridge MW, Baum JD, Drewett RF. Effect of a traditional and a new nipple shield on sucking patterns and milk flow. *Early Human Dev* 1980; 4/4: 357-64
 700. Woolridge MW, How TV, Drewett RF, Rolfe P, Baum JD. The continuous measurement of milk intake at a feed in breast-fed babies. *Early Human Dev* 1982; 6: 365-73
 701. Woolridge MW, Baum JD, Drewett RF. Individual patterns of milk intake during breast-feeding. *Early Human Dev* 1982; 7: 265-72
 702. Woolridge MW, Greasley V, Silpisornkosol S. The initiation of lactation: the effect of early versus delayed contact for suckling on milk intake in the first week post-partum. A study in Chiang Mai, Northern Thailand. *Early Human Dev* 1985; 12: 269-78
 703. Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD. Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 1990; 336: 395-7
 704. Woolridge MW, Baum JD. Breast-feeding. *Rec Adv Paediatr* 1993: 175-189
 705. Wright AL, Holberg C, Taussing LM. Infant-feeding practices among middle-class anglos and hispanics. *Pediatrics* 1988; 82: 496-503
 706. Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Morgan WJ, Taussig LM. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ* 1989; 299: 946-9
 707. Wright R, Truelove SC. A controlled therapeutic trial of various diets in ulcerative colitis. *BMJ* 1965; 2: 138-41
 708. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79: 1017-22
 709. Yuen BH. Prolactin in human milk: The influence of nursing and the duration of postpartum lactation. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 583-6
 710. Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, Forsythe AB, O'Connor RD, Hamburger RN, Schatz M. Effect of combined maternal and infant food-allergen avoidance on development of atopy in early infancy: A randomized study. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84: 72-89

711. Zerfos AS, Shorr IJ, Newman CG. Office assessment of nutritional status. *Pediatr Clin North Am* 1977; 24: 253-72
712. Ziegler JB, Cooper DA, Johnson RO, Gold J. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. *Lancet*, April 20, 1985: 896-7
713. Zigler E, Abelson WD, Trickett PK, Seirz V. Is an intervention program necessary in order to improve economically disadvantaged children's IQ scores? *Child Dev* 1982; 53: 340-8
714. Zinaman MJ, Hughes V, Queenan JT, Labbok MH, Albertson B. Acute prolactin and oxytocin responses and milk yield to infant suckling and artificial methods of expression in lactating women. *Pediatrics* 1992; 89: 437-40
715. Zoysa I, Rea M, Martines J. Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health policy and planning* 1991; 6: 371-80.

12. ANEXOS

Anexo I	Autorização da impressão da Dissertação de Doutoramento
Anexo II	Protocolo de actuação
Anexo III	Declaração das mães
Anexo IV	Índice de Graffard
Anexo V	Identificação
Anexo VI	Atitudes durante a gestação
Anexo VII	Atitudes face ao aleitamento materno
Anexo VIII	Expectativas maternas face ao bebé - NPI
Anexo IX	Causas de desmame parcial
Anexo X	Causas de desmame total
Anexo XI	Estado neuro-comportamental do bebé - NBAS - 1ª parte
Anexo XII	Estado neuro-comportamental do bebé - NBAS - 2ª parte
Anexo XIII	Estado neuro-comportamental do bebé - NBAS - 3ª parte
Anexo XIV	Desenvolvimento psicomotor do bebé - BSID - Escala de desenvolvimento mental
Anexo XV	Desenvolvimento psicomotor do bebé - BSID - Escala de desenvolvimento psicomotor
Anexo XVI	Observação do ambiente em casa - HOME
Anexo XVII	Escala de avaliação da refeição -NCAFS

RESULTADOS

Anexo XVIII	Características sócio-demográficas
Anexo XIX.	Atitudes durante a gestação
Anexo XX	Atitudes face ao aleitamento materno
Anexo XXI	Idade gestacional
Anexo XXII	Expectativas maternas face ao bebé - NPI
Anexo XXIII	Causas de desmame parcial
Anexo XXIV	Causas de desmame total

Anexo XXV	Peso à nascença
Anexo XXVI	Índice de Apgar ao 1º minuto
Anexo XXVII	Sexo
Anexo XXVIII	Estado neuro-comportamental do bebé - NBAS - 3º DIA
Anexo XXIX	Estado neuro-comportamental do bebé - NBAS -30ºDIA
Anexo XXX	Média do somatório do peso
Anexo XXXI	Média do somatório da estatura
Anexo XXXII	Média do somatório do perímetro cefálico
Anexo XXXIII	Média do somatório da prega tricípital
Anexo XXXIV	Média do somatório da circunferência do braço
Anexo XXXV	Média do somatório do índice de Kanawati
Anexo XXXVI	Desenvolvimento psicomotor do bebé - Mental development index - MDI
Anexo XXXVII	Desenvolvimento psicomotor do bebé - Psychomotor development index - PDI
Anexo XXXVIII	Observação do ambiente em casa - HOME
Anexo XXXIX	Duração do aleitamento materno exclusivo
Anexo-XL	Duração do aleitamento materno não-exclusivo
Anexo XLI	Transferência de leite ao 3º dia de vida
Anexo XLII	Avaliação da refeição - NCAFS - 3º dia
Anexo XLIII	Avaliação da refeição - NCAFS - 30º dia
Anexo XLIV	Avaliação da refeição - NCAFS (NORMA)
Anexo XLV	Observação do ambiente em casa - HOME (NORMA)
Anexo XLVI	Duração do aleitamento materno exclusivo. Regressão múltipla (ajustada pelos grupos)
Anexo XLVII.	Duração do aleitamento materno não-exclusivo. Regressão múltipla (ajustada pelos grupos)
Anexo XLVIII	Transferência de leite ao 3º dia de vida. Regressão múltipla (ajustada pelos grupos)
Anexo XLIX	Avaliação da refeição - NCAFS - 3º dia. Regressão múltipla (ajustada pelos grupos)
Anexo L	Avaliação da refeição - NCAFS - 30º dia. Regressão múltipla (ajustada pelos grupos)
Anexo LI	Códigos utilizados nas regressões múltiplas

Anexo I – AUTORIZAÇÃO DA IMPRESSÃO DA DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO

É com prazer que lhe comunico que a Comissão Coordenadora do Conselho Científico na sua Reunião de 16 de Julho de 1996 e na sequência do parecer do seu Orientador, Prof. J.C. Gomes Pedro, autorizou a impressão da sua Dissertação de Doutoramento intitulada “O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO. Contributo de uma intervenção clínica”.

Anexo II – PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO

Durante o trabalho de parto:

- Selecção da amostra.
- Questionário geral sobre características sócio-demográficas da família e atitudes maternas durante a gestação.
- Questionário sobre as atitudes maternas face à amamentação.

Parto e 1º dia de vida

- Selecção da amostra.
- Intervenção I e II.

2º dia de vida

- Expectativas maternas face ao bebé (NPI).

3º dia de vida

- Consulta de saúde.
- Estado neuro-comportamental do bebé (NBAS).
- Transferência de leite durante a mamada.
- Interação mãe-bebé durante a mamada (NCAFS).
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.

1 mês

- Consulta de saúde.
- Estado neuro-comportamental do bebé (NBAS).
- Interação mãe-bebé durante a mamada (NCAFS).
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.
- Expectativas maternas face ao bebé e grau de preocupação materna sobre o comportamento do bebé durante o 1º mês de vida (NPI e Degree of Bother Inventory).

2 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.

3 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.
- Desenvolvimento psicomotor do bebé (BSID).

4 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.

5 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.

6 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.
- Desenvolvimento psicomotor do bebé (BSID).

7 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.

9 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.
- Observação do ambiente em casa do bebé (HOME).

12 meses

- Consulta de saúde.
- Avaliação nutricional.
- Inquérito alimentar.
- Desenvolvimento psicomotor do bebé (BSID).

Questionário sobre causas de desmame parcial, na consulta que teve lugar após a sua ocorrência.

Questionário sobre causas de desmame total, na consulta que teve lugar após a sua ocorrência.

Anexo III – DECLARAÇÃO DAS MÃES

Declaro que aceito que o meu bebé seja seguido até ao ano de idade pela equipa de investigação constituída pela Dra. Leonor Levy e colegas, que farão a avaliação do crescimento, desenvolvimento, regime alimentar, estado vacinal e uma visita domiciliária e ainda proporcionarão qualquer outro apoio necessário, sem que isso envolva qualquer risco ou incómodo para o meu filho. Comprometo-me ainda a comparecer nas consultas respectivas.

(Assinatura)

Lisboa / /

Anexo IV – ÍNDICE DE GRAFFARD

Classificação social internacional estabelecida pelo PROFESSOR GRAFFARD (Bruxelas)

Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios, a saber:

1. A profissão
2. Nível de instrução
3. Fontes de rendimento familiar
4. Conforto do alojamento
5. Aspecto do bairro onde habita

Numa primeira fase, deverá atribuir-se a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, obter-se-á com a soma destas pontuações o escalão que a família ocupa na sociedade.

1. A profissão

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias, segundo a profissão exercida pelo pai.

Se a mãe exercer uma profissão de nível mais elevado do que a do pai, neste caso, servirá de base para a classificação da família.

1ºGrau

- Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

2ºGrau

- Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.

3ºGrau

- Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.

4ºGrau

- Motoristas, polícias, cozinheiros, etc (operários especializados)

5ºGrau

- Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc (trabalhadores manuais ou operários não especializados)

2. O nível de instrução

As categorias são as seguintes:

1ºGrau

- Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo)

2ºGrau

- Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)

3ºGrau

- Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo)

4ºGrau

- Ensino primário completo (6 anos de estudo)

5ºGrau

- Ensino primário incompleto ou nulo

Exemplos de graus de instrução:

1ºGrau

- Catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados,
- economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.

2ºGrau

- Técnicos e peritos

3ºGrau

- Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia.

4ºGrau

- Ensino primário completo.

5ºGrau

- Um ou dois anos de escola primária, saber ler e escrever ou analfabetos.

3. Fontes de rendimento familiar

Segundo a principal fonte de rendimento da família, adoptam-se as cinco categorias seguintes:

1ºGrau

- A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida.

2ºGrau

- Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.

3ºGrau

- Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo - Tipo funcionário.

4ºGrau

- Os rendimentos resultam de salários; ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.

5ºGrau

- O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo, as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Exemplos de rendimentos familiares:

1ºGrau

- Pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou de grandes estabelecimentos comerciais.

2ºGrau

- Encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais. Profissões liberais com grandes vencimentos.

3ºGrau

- Empregados do Estado, Governo Civil ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas. Profissões liberais de médio rendimento. Caixeiros-viajantes.

4ºGrau

- Operários, empregados de comércio e escriturários.

5ºGrau

- Sem rendimentos

4. Conforto do alojamento

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva. Estabelecem-se cinco categorias:

Grupo 1º

- Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.

Grupo 2º

- Categoria intermédia: casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como as da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.

Grupo 3º

- Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.

Grupo 4º

- Categoria intermédia entre 3 e 5.

Grupo 5º

- Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

5.Aspecto do bairro habitado

Grupo 1º

- Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.

Grupo 2º

- Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas

Grupo 3º

- Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.

Grupo 4º

- Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.

Grupo 5º

- Bairros de lata

Classificação social

A soma dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

Anexo V – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Idade _____

Estado civil _____

Morada _____

Telefone _____

Escolaridade da mãe _____

Escolaridade do pai _____

Profissão da mãe _____

Anexo VI – ATITUDES DURANTE A GESTAÇÃO

- P.1. Vive na mesma casa que o pai do bebé há mais de um ano? Sim=1 Não=2
- P.2. Teve algum curso ou aulas de preparação para o parto? Sim=1 Não=2
- P.3. Vai ficar em casa com o seu bebé durante a baixa de parto? Sim=1 Não=2
- P.4. Depois das férias de parto a criança fica com quem ?
Mãe = 1
Ama = 2
Creche = 3
Familiars = 4
- P.5. A sua gravidez foi? Desejada/planeada =1 Aconteceu = 2
- P.5.1. por si e pelo pai =1 ; só por si =2
- P.5.2. Como reagiu, aceitou? Sim=1 Não=2
- P.5.3. E o pai,aceitou? Sim=1 Não=2
- P.5.4. E agora, aceitam ? Mãe Sim=1 Não=2
- P.5.5. E agora, aceitam ? Pai Sim=1 Não=2
- P.6. Já sabe de que sexo é o seu filho? Sim=1 Não=2
- P.7. Corresponde ao que desejava? Sim=1 Não=2
- P.8. Corresponde ao que o pai desejava? Sim=1 Não=2
- P.9. Tem já alguns conhecimentos sobre bebés? Sim=1 Não=2
- P.10. Como os adquiriu? Contacto directo =1
Através de outrém =2
Leitura, TV,Rádio =3
Directo+Leitura =13
- P.11. Quando é que começou a incluir o seu bebé nos seus planos de vida ? Antes da gravidez =1
Durante a gravidez =2
Nunca =3
- P.12. Quando é que começou a sentir o seu bebé como uma pessoa? Antes de o sentir mexer =1
Apenas quando ele se mexeu =2
Nunca sentiu =3
- P.13. Algum problema a preocupou muito durante a gravidez ? Sim =1 Não = 2
- P.14. Se sim, qual? Anomalias do bebé = 1

	Saúde do bebé = 2
	Problemas de trabalho = 3
	Problemas de família = 4
P.15.Vai amamentar o seu bebé?	Sim=1 Não=2
P.16.Quanto tempo vai amamentar?	
	Quando sabem = tempo real
	Não responde = 0
Outras respostas:	
	Até ter leite = 99
	Até o bebé querer = 98
	Indicação médica = 97
	Crescimento bom do bebé = 96
	Não sabe = 95
	Trabalho = 94
P.17.Se pudesse amamentava quanto tempo ?	
	Quando sabem = tempo real
	Não responde = 0
Outras respostas:	
	Até já não ter leite = 99
	O mais possível = 98
	Indicação médica = 97
	Até o bebé querer = 96
P.18.Razões da diferença?	Não responde = 0
	Trabalho = 1
	Não ter leite = 2
	Crenças mal fundadas acerca do tempo ideal de AM = 3
P.19.Porque vai amamentar?	Melhor para o bebé = 1
	Melhor para a mãe = 2
	Melhor contacto = 3
	Prático = 4
	Melhor = 5
	Melhor mãe-bebé = 12
	Melhor Mãe-bebé-contacto =123
P.20.Você foi amamentada?	Sim=1 Não=2 Não sei=3
P.21.Quanto tempo?	
Tempo real em meses	Não sei=0

Anexo VII – ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO

Abaixo estão algumas afirmações acerca de diferentes métodos de alimentação do bebé. Indique por favor na escala abaixo de cada afirmação se está muito certo ou muito errado, colocando um círculo no número de cada escala. Os números nesta e noutras escalas deste questionário representam posições tanto mais fortes quanto mais perto estão de cada extremo. Neste conjunto de escalas, por exemplo, 1 e 7 representam crenças muito fortes (muito certo ou muito errado), 2 e 6 representam crenças um pouco menos fortes (moderadamente certo ou errado), 3 e 5 representam crenças ainda menos fortes (algo certo ou algo errado) e 4 representa a média (nem certo nem errado).

A. Por favor, examine cada uma das seguintes frases, que contêm opiniões sobre as vantagens do aleitamento materno e do aleitamento artificial e indique a sua opinião.

Muito certo							Muito errado
7	6	5	4	3	2	1	
1	2	3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	
7	6	5	4	3	2	1	
7	6	5	4	3	2	1	
1	2	3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	
7	6	5	4	3	2	1	
7	6	5	4	3	2	1	
1	2	3	4	5	6	7	

11. A amamentação protege o bebé contra as infecções	7	6	5	4	3	2	1
12. A alimentação por biberão permite avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé tomou	1	2	3	4	5	6	7
13. A amamentação protege o bebé de alergias	7	6	5	4	3	2	1
14. A amamentação protege a mãe do cancro da mama	7	6	5	4	3	2	1
15. A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe	7	6	5	4	3	2	1
16. A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé	7	6	5	4	3	2	1

B. Por favor examine cada um dos aspectos dos dois métodos de alimentar um bebé, e indique a importância que eles têm para si:

Muito importante							Nada importante
1. Usar um método que me permita sair de casa, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2. Usar um método que seja bom para a minha saúde, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3. Usar um método prático, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4. Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu bebé, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5. Usar um método que não me faça sentir embaraçada, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6. Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição do bebé, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7. Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8. Usar um método que não me cause preocupações, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9. Usar um método barato, é:	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

3. A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente não devo

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

4. O meu médico pensa que eu devo absolutamente não devo

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

E. Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião de:

1. O pai do bebé

Não se importa					Importa-se muito	
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

2. A sua mãe

Não se importa					Importa-se muito	
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

3. A sua melhor amiga

Não se importa					Importa-se muito	
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

4. O seu médico

Não se importa					Importa-se muito	
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

F. Como tenciona alimentar o seu bebé ?

Peito					Biberão	
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

G. Só para quem tenciona amamentar:

<i>Tenciono continuar a amamentar mesmo se surgirem problemas</i>					<i>Desistirei de amamentar se surgirem problemas</i>	
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Anexo VIII – EXPECTATIVAS MATERNAS FACE AO BEBÉ

Neonatal Perception Inventory (NPI)

2º dia de vida

Average Baby Perception Inventory

Apesar se este ser o seu primeiro bebé, já tem com certeza alguma ideia como se comporta a maioria dos bebés.

Gostaria que nos desse agora a sua opinião sobre o comportamento dos bebés em geral.

Na sua opinião, quanto chora, em geral, um bebé ?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Na sua opinião, quantos problemas de alimentação tem em geral um bebé?

muitos	bastantes	assim-assim	poucos	nenhuns
--------	-----------	-------------	--------	---------

Na sua opinião, quanto bolsa ou vomita em geral um bebé?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Na sua opinião, quantas dificuldades em dormir tem em geral um bebé?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

Na sua opinião, quantos problemas tem em geral um bebé por causa dos intestinos?

(Cólicas, prisão de ventre ou outros problemas ligados aos intestinos?)

muitos	bastantes	alguns	poucos	nenhuns
--------	-----------	--------	--------	---------

Na sua opinião, que dificuldades tem em geral um bebé em se adaptar a um horário de sono e de alimentação?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

¹ Broussard ER. Assessment of maternal perceptions of infants. In: Erickson ML. Assessment and management of developmental changes in children. 1st ed. St. Louis CV Mosby Company 1976: 72-83

Your Baby Perception Inventory

Há já cerca de um dia que tem felizmente a possibilidade de viver com o seu bebé.

Gostaria que nos dissesse agora como vai ser o seu bebé.

Quanto vai chorar o seu bebé?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Quantos problemas de alimentação vai ter o seu bebé?

muitos	bastantes	alguns	poucos	nenhuns
--------	-----------	--------	--------	---------

Quanto vai bolsar o seu bebé?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Quantas dificuldades vai ter o seu bebé em dormir?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

Quantos problemas vai ter o seu bebé por causa dos intestinos?

muitos	bastantes	alguns	poucos	nenhuns
--------	-----------	--------	--------	---------

Que dificuldades vai ter o seu bebé em se adaptar a um horário de sono e de alimentação?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

30º dia de vida

Average Baby Perception Inventory

Apesar se este ser o seu primeiro bebé, já tem com certeza alguma ideia como se comporta a maioria dos bebés.

Gostaria que nos desse agora a sua opinião sobre o comportamento dos bebés em geral.

Na sua opinião, quanto chora, em geral, um bebé ?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Na sua opinião, quantos problemas de alimentação tem em geral um bebé?

muitos	bastantes	assim-assim	poucos	nenhuns
--------	-----------	-------------	--------	---------

Na sua opinião, quanto bolsa ou vomita em geral um bebé?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Na sua opinião, quantas dificuldades em dormir tem em geral um bebé?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

Na sua opinião, quantos problemas tem em geral um bebé por causa dos intestinos?

(Cólicas, prisão de ventre ou outros problemas ligados aos intestinos?)

muitos	bastantes	alguns	poucos	nenhuns
--------	-----------	--------	--------	---------

Na sua opinião, que dificuldades tem em geral um bebé, em se adaptar a um horário de sono e de alimentação?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

Your Baby Perception Inventory

Há já cerca de um mês que tem felizmente a possibilidade de viver com o seu bebé.

Gostaria que nos dissesse agora como tem sido o seu bebé.

Quanto tem chorado o seu bebé?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Quantos problemas de alimentação tem tido o seu bebé?

muitos	bastantes	alguns	poucos	nenhuns
--------	-----------	--------	--------	---------

Quanto tem bolsado ou vomitado o seu bebé?

muito	bastante	assim-assim	pouco	nada
-------	----------	-------------	-------	------

Quantas dificuldades tem tido o seu bebé em dormir?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

Quantos problemas tem tido o seu bebé por causa dos intestinos?

muitos	bastantes	alguns	poucos	nenhuns
--------	-----------	--------	--------	---------

Que dificuldades tem tido o seu bebé em se adaptar a um horário de sono e de alimentação?

muitas	bastantes	algumas	poucas	nenhumas
--------	-----------	---------	--------	----------

Degree of Bother Inventory

Vai encontrar em baixo uma lista de coisas que às vezes trazem preocupações às mães ao cuidarem dos seus bebés. Gostaríamos de saber se tem tido problemas com algumas dessas coisas.

Marque por favor com um X os espaços que melhor descrevem quanto se tem preocupado por causa do comportamento do seu bebé nesses aspectos.

Chorar	muito	assim-assim	pouco	nada
Bolsar	muito	assim-assim	pouco	nada
Vomitar	muito	assim-assim	pouco	nada
Dormir	muito	assim-assim	pouco	nada
Comer	muito	assim-assim	pouco	nada
Evacuar	muito	assim-assim	pouco	nada
Não se adaptar a horários	muito	assim-assim	pouco	nada
Outros aspectos:				
	muito	assim-assim	pouco	nada
	muito	assim-assim	pouco	nada
	muito	assim-assim	pouco	nada

Anexo IX – CAUSAS DE DESMAME PARCIAL

Quantos dias tinha o seu filho quando deixou a amamentação exclusiva?
 Por que razão ou razões deixou a amamentação exclusiva?

Muito importante				Pouco importante		
1. O leite da mãe era insuficiente						
1	2	3	4	5	6	7
2. O bebé não aumentava de peso						
1	2	3	4	5	6	7
3. O bebé queria outro tipo de alimentos						
1	2	3	4	5	6	7
4. Os mamilos da mãe estavam dolorosos e com fissuras						
1	2	3	4	5	6	7
5. A mãe voltou ao trabalho						
1	2	3	4	5	6	7
6. Doença da mãe						
1	2	3	4	5	6	7
7. Doença do bebé						
1	2	3	4	5	6	7
8. A mãe não gostou de dar de mamar						
1	2	3	4	5	6	7
9. O bebé não queria o peito						
1	2	3	4	5	6	7
10. A mãe ficava com pouco tempo para si própria						
1	2	3	4	5	6	7
11. A mãe achava embaraçoso dar de mamar						
1	2	3	4	5	6	7
12. A mãe foi aconselhada a deixar de amamentar						
1	2	3	4	5	6	7
13. A mãe achou que lhe fazia mal à saúde						
1	2	3	4	5	6	7
14. O pai não queria						
1	2	3	4	5	6	7
15. Outro motivo (especifique)						
1	2	3	4	5	6	7
16. Outro motivo (especifique)						
1	2	3	4	5	6	7

Por favor, ponha por ordem decrescente de importância as diversas razões:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Anexo X – CAUSAS DE DESMAME TOTAL

Quantos dias tinha o seu filho quando parou a amamentação completamente?

Por que razão ou razões parou a amamentação?

Muito importante					Pouco importante	
1.O leite da mãe era insuficiente						
1	2	3	4	5	6	7
2.O bebé não aumentava de peso						
1	2	3	4	5	6	7
3.O bebé queria outro tipo de alimentos						
1	2	3	4	5	6	7
4.Os mamilos da mãe estavam dolorosos e com fissuras						
1	2	3	4	5	6	7
5.A mãe voltou ao trabalho						
1	2	3	4	5	6	7
6.Doença da mãe						
1	2	3	4	5	6	7
7.Doença do bebé						
1	2	3	4	5	6	7
8.A mãe não gostou de dar de mamar						
1	2	3	4	5	6	7
9.O bebé não queria o peito						
1	2	3	4	5	6	7
10.A mãe ficava com pouco tempo para si própria						
1	2	3	4	5	6	7
11.A mãe achava embaraçoso dar de mamar						
1	2	3	4	5	6	7
12.A mãe foi aconselhada a deixar de amamentar						
1	2	3	4	5	6	7
13.A mãe achou que lhe fazia mal à saúde						
1	2	3	4	5	6	7
14.O pai não queria						
1	2	3	4	5	6	7
15.Outro motivo (especifique)						
1	2	3	4	5	6	7
16.Outro motivo (especifique)						
1	2	3	4	5	6	7

Por favor, ponha por ordem decrescente de importância as diversas razões:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Anexo XI – ESTADO NEURO-COMPORTAMENTAL DO BEBÉ

Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS)

2

1ª PARTE

Escala de avaliação neurológica e do comportamento

Respostas provocadas

	0+	B	M	A	A+
Preensão plantar		1	2	3	
Preensão palmar		1	2	3	
Clono tornozelo		1	2	3	
Babinski		1	2	3	
De pé		1	2	3	
Marcha automática		1	2	3	
Subir degrau		1	2	3	
Encurvação		1	2	3	
Rastejar		1	2	3	
Glabela		1	2	3	
Des.tón.cabeça e olhos		1	2	3	
Nistagmo		1	2	3	
Reflexo tónico do pescoço		1	2	3	
Moro		1	2	3	
Pontos cardeais (intensidade)		1	2	3	
Sucção (intensidade)		1	2	3	
Movimentos passivos braços		1	2	3	
	D	1	2	3	
	E	1	2	3	
pernas		1	2	3	
	D	1	2	3	
	E	1	2	3	

² Brazelton TB. Neonatal Behavior Assessment Scale. London: SIMP/ William Heinemann Medical Books 1976

Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale (2 nd ed.).SIMP. London: Blackwell Scientific Publications 1984

0+ = resposta não desencadeada (omissa)

A+ = assimetria

Parágrafo descritivo

(opcional)

Atractivo	0	1	2	3
Variáveis interferências	0	1	2	3
Necessidade de estimulação	0	1	2	3

Que actividade utiliza para auto-acalmar?

Mão à boca

Sugar sem nada na boca

Alhear-se de estímulos visuais ou auditivos

Mudanças posturais

Mudança de estádio sem razão aparente

Comentários:

Anexo XII – NBAS - 2ª PARTE

Folha de registo da pontuação do comportamento

Estádio inicial _____

Estádio predominante _____

Escala (anote o estádio)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Dimin. resp. à luz (2,3)									
2.Dimin. resp. à roca (2,3)									
3.Dimin. resp. à campainha (2,3,)									
4.Dimin. resp.à picada alf. (2,3)									
5.Resp. orien, visual inanim. (4)									
6.Resp. orient. audit. inanim.(4,5)									
7.Orient. visual animada (4)									
8.Orient. auditiva animada (4,5)									
9.Orient. anim. visual e auditiva (4)									
10.Vigilância (alerta) (4)									
11.Tonus geral (4,5)									
12.Maturidade motora (4,5)									
13.Puxar a sentar (3,4,5)									
14.Modos resp. às carícias (4,5)									
15.Movimentos de defesa (4)									
16.Consol. com intervenção (6-5,4,3,2)									
17.Máximo de excitação (6)									
18.Rapidez de excitação (de 1,2 a 6)									
19.Irritabilidade (3,4,5)									
20.Actividade (estádios vigis)									
21.Tremores (todos os estádios)									
22.Quantidade de sustos (3-6)									
23.Labilid. côr da pele (de 1-6)									
24.Labilid. estádios (6,5-4,3,2,1)									
25.Activ.auto-apaziguamento									

26.Facilid. mão à boca

27.Sorrisos (todos os estádios)

Anexo XIII – NBAS - 3ª PARTE

1ª - *Habituação* (1, 2, 3, 4) (luz, roca, campainha, picada de alfinete)-classificação de 1 a 9

2ª - *Orientação* (5,6,7,8,9,10)(5 orientações + vigilância)-classificação de 1 a 9

3ª - *D. motora* (11,12,13,15,20) -classificação modificada para 11 e 20 (Tonus e Actividade)

classificação de “11”:(9/1=1, 8/2=2, 7/3=3, 4=4, 5=5, 6=6)

classificação de “20”:(9/1=1, 8/2=2,7/3=3,4/6=4, 5=5)

4ª - *Alerta*(17,18,19,24)-classificação modificada para todos

classificação de 17 (máximo de excitação):(9/1=1, 8/2=2, 4/3=3, 7/5=4, 6=5)

classificação de 18 (rapidez de excitação):(9/1=1, 8/2=2, 7/3=3, 4=4, 5=5, 6=6)

classificação de 19 (irritabilidade):(9/1=1, 8=2,7=3, 6=4, 5=5, 2,3,4=6)

classificação de 24 (labilidade dos estádios):(1,7,8,9=1, 5,6=2, 4=3, 3=4, 2=5)

5ª - *Regulação dos estádios*(14,16,25,26)(modo de reponder às carícias, consolação com intervenção, actividade de auto-apaziguamento, facilidade de levar a mão à boca)-classificação de 1 a 9

6ª - *Dimensão autónoma*(21,22,23)-classificação modificada conforme os casos

classificação de 21 (tremores):(Inverter, 9=1, 8=2, etc...)

classificação de 22 (sustos):(SE 1 é nulo; de resto, inverter 2=9, numa escala de 8 pontos)

classificação de 23 (labilidade da cor da pele):5=6; 4=5; 6=4; 3,7=3; 2,8=2; 1,9=1

7ª - Reflexos-de 0 a 3

As classificações de 0,1 ou 3 são anormais para todos os reflexos a não ser para o clono do tornozelo, nistagmo, ou reflexo tónico do pescoço, onde as classificações de 0, 1 e 2 são normais e o 3 é anormal. A classificação dos reflexos é dada pelo número total de classificações anormais dos reflexos.

Anexo XIV – DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DO BEBÉ

Bayley Scales of Infant Development (BSID)

Escala de desenvolvimento mental

³

- 1 - Reage ao som de uma campainha
- 2 - Acalma quando se pega ao colo
- 3 - Reage ao som da roca
- 4 - Reage a sons agudos: ao clique do interruptor da luz
- 5 - Olha momentaneamente para a argola vermelha
- 6 - Olha momentaneamente para as pessoas
- 7 - Olha demoradamente para a argola vermelha
- 8 - Coordenação horizontal do olhar: argola vermelha
- 9 - Coordenação horizontal do olhar: luz
- 10 - Segue o movimento das pessoas
- 11 - Reage à voz
- 12 - Coordenação vertical do olhar: luz
- 13 - Vocaliza uma ou duas vezes
- 14 - Coordenação vertical do olhar: argola vermelha
- 15 - Coordenação circular do olhar: luz
- 16 - Coordenação circular do olhar: argola vermelha
- 17 - Inspeção livre do que o rodeia
- 18 - Sorriso social: o visitante fala e sorri
- 19 - Vira os olhos para a argola vermelha
- 20 - Vira os olhos para a luz
- 21 - Vocaliza pelo menos 4 vezes
- 22 - Expectativa antecipada
- 23 - Reage à passagem de um papel pela cara
- 24 - Pestaneja à sombra feita por uma mão
- 25 - Reconhece visualmente a mãe
- 26 - Sorriso social: o visitante sorri, calmo
- 27 - Vocaliza para um sorriso social do visitante e fala
- 28 - Tenta localizar um som com o olhar
- 29 - Segue o lápis com o olhar

³ Bayley N. Bayley Scales of Infant Development (Manual). New York, The Psychological Corporation 1969

- 30 - Vocaliza dois sons diferentes
- 31 - Reage ao desaparecimento de uma face
- 32 - Olha para o cubo
- 33 - Agarra a argola vermelha
- 34 - Olha de um objecto para o outro
- 35 - Acomoda-se antecipadamente quando lhe pegam ao colo
- 36 - Brinca com a roca
- 37 - Procura brinquedos sonoros
- 38 - Segue com o olhar uma bola a deslizar numa mesa
- 39 - Mexe os dedos quando brinca
- 40 - A cabeça segue a argola pendurada
- 41 - A cabeça segue a colher que desaparece
- 42 - Fica atento a uma situação estranha
- 43 - Agarra levemente a borda da mesa
- 44 - Leva a argola à boca
- 45 - Observa as mãos
- 46 - Aperta a argola na mão
 - (verificar a preferência) – esquerda
 - direita
 - nenhuma preferência
- 47 - Vira a cabeça ao som da campainha
- 48 - Vira a cabeça ao som da roca
- 49 - Tenta apanhar o cubo
- 50 - Agarra com força a borda da mesa
- 51 - Coordena o olhar com o movimento da mão para agarrar
- 52 - Olha para a bola
- 53 - Aproximação à imagem do espelho
- 54 - Pega no cubo (verificar a preferência)
 - esquerda
 - direita
 - nenhuma preferência
- 55 - Atitudes de vocalização (descrever)
 - prazer
 - desagrado
 - ansiedade
 - satisfação
- 56 - Agarra dois cubos
- 57 - Tenta brincar com o papel
- 58 - Distingue pessoas estranhas
- 59 - Apanha a roca no berço

- 60 - Agarra com persistência
- 61 - Gosta de brincadeiras alegres
- 62 - Vira a cabeça olhando a colher que cai
- 63 - Levanta uma caneca invertida
- 64 - Tenta apanhar o 2º cubo
- 65 - Sorri à imagem reflectida no espelho
- 66 - Faz barulho quando brinca
- 67 - Inspecciona cuidadosamente a argola
- 68 - Explora o “mobile”
- 69 - Muda o objecto de uma mão para a outra
- 70 - Apanha o cubo com destreza
- 71 - Faz saltar o “mobile”
- 72 - Interessa-se pela produção do som
- 73 - Levanta a caneca pela pega
- 74 - Dá atenção a riscos no papel
- 75 - Procura a colher que caiu
- 76 - Corresponde totalmente à imagem reflectida no espelho
- 77 - Apanha 2 ou 3 cubos que lhe são oferecidos
- 78 - Agarra na campainha: interessa-se pelo detalhe
- 79 - Vocaliza 4 sílabas diferentes
- 80 - Puxa o “mobile” adequadamente: agarra a argola
- 81 - Cooperar nos jogos -(verificar a destreza de interacção de movimentos manuais com a mãe no item 44)
- 82 - Tenta agarrar 3 cubos
- 83 - Toca a campainha deliberadamente
- 84 - Faz selecção das palavras familiares
- 85 - Pronuncia “da-da” ou equivalente
- 86 - Esconde o brinquedo
- 87 - Enfia os dedos nos intervalos do quadro com bolas
- 88 - Apanha a caneca; segura no cubo
- 89 - Responde a um pedido verbal
- 90 - A pedido, mete cubos dentro da caneca (anotar o nº)
- 91 - Explora o conteúdo de uma caixa
- 92 - Agita, por imitação, uma colher
- 93 - Olha para os desenhos de um livro
- 94 - Fica inibido quando lhe pedem para fazer algo
- 95 - Tenta imitar rabiscos
- 96 - Desembrulha o cubo
- 97 - Dobra o riso
- 98 - Pega no lápis adequadamente

- 99 - Empurra o carrinho
- 100 - Põe 3 ou mais cubos numa caixa
- 101 - Palra expressivamente
- 102 - Destapa a caixa azul
- 103 - Vira as páginas de um livro
- 104 - Por imitação, aperta um boneco para ouvir o som
- 105 - Balança a argola do “mobile”
- 106 - Imita palavras (fixa as mais usadas)
- 107 - Põe uma bola dentro de uma caixa
- 108 - Coloca uma bola várias vezes
- 109 - Tira uma bola de dentro de uma caixa
- 110 - Quadro azul: coloca blocos (especificar)
 - nº colocado-redondo
 - nº colocado-quadrado
 - tempo despendido
- 111 - Constrói torres de 2 cubos (anotar o nº de cubos)
- 112 - Escrevinha espontaneamente
- 113 - Diz 2 palavras
- 114 - Põe 9 cubos numa caixa
- 115 - Fecha uma caixa redonda
- 116 - Faz gestos para pedir coisas
- 117 - Mostra os sapatos, a roupa ou os brinquedos
- 118 - Coloca bolas em 70 segundos
- 119 - Constrói uma torre com 3 cubos
- 120 - Quadro rosa: coloca 2 blocos redondos
- 121 - Quadro azul: coloca 2 blocos redondos
- 122 - Consegue levantar um brinquedo com a ajuda de um pau
- 123 - Bolas colocadas em 42 segundos
- 124 - Diz o nome de 1 objecto (discriminar)
 - bola
 - relógio
 - lápis
 - tesoura
 - caneca
- 125 - Imita o risco do lápis
- 126 - Segue a direcção: (anotar) - boneca
 - cadeira
 - caneca
- 127 - Usa palavras para expressar o que quer

- 128 - Aponta para partes da boneca (especificar as partes que reconhece)
- cabelo
 - boca
 - orelhas
 - mãos
- 129 - Quadro azul: coloca 2 blocos redondos e dois quadrados
- 130 - Diz o nome de 1 desenho (ver lista)
- cão
 - sapato
 - chávena
 - casa
 - relógio
 - bandeira
 - estrela
 - folha
 - bolsa
 - livro
- 131 - Encontra 2 objectos (verificar experiências com sucesso)
- bola
 - coelho
- 132 - Aponta para 3 desenhos (ver lista no item 130)
- 133 - Boneca partida: tenta arranjar
- 134 - Bolinhas colocadas em 30 segundos
- 135 - Distingue o escrevinhar dos riscos do lápis
- 136 - Frase de 2 palavras
- 137 - Quadro côr de rosa: completo
- 138 - Diz o nome de dois objectos
- 139 - Aponta 5 desenhos (ver item 130)
- 140 - Boneca partida:quase consegue arranjá-la
- 141 - Diz o nome de três objectos (ver item 130)
- 142 - Quadro azul: coloca 6 blocos
- 143 - Constrói torres de 6 cubos
- 144 - Discrimina 2 objectos: caneca, prato, caixa (verificar qual)
- caneca
 - prato
 - caixa
 - todos
- 145 - Reconhece os nomes- 4º desenho (verificar qual)
- 146 - Diz o nome de 3 objectos

- 147 - Imita os riscos de lápis: vertical e horizontal
- 148 - Aponta 7 objectos (ver item 130)
- 149 - Diz o nome de 5 desenhos (ver item 130)
- 150 - Reconhece os nomes - 2º desenho
- 151 - Quadro côr de rosa: invertido
- 152 - Discrimina 3 objectos: caneca, prato, caixa
- 153 - Boneca partida: consegue reconstruí-la perfeitamente
- 154 - Combóio de cubos
- 155 - Quadro azul: completo em 150 segundos
- 156 - Bolinhas colocadas em 22 segundos
- 157 - Dobra o papel
- 158 - Percebe 2 frases
- 159 - Quadro azul - completo em 90 segundos
- 160 - Quadro azul - completo em 60 segundos
- 161 - Constrói uma torre de 8 cubos
- 162 - Compreende um conceito
- 163 - Compreende 3 frases

Anexo XV – DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DO BEBÉ

Bayley Scales of Infant Development (BSID)

Escala de desenvolvimento psicomotor

- 1 - Levanta a cabeça quando é encostada ao ombro
- 2 - Ajusta a posição quando é encostado ao ombro
- 3 - Movimentos laterais da cabeça
- 4 - Movimentos corporais
- 5 - Olha fixamente a argola vermelha
- 6 - Ao brincar, empurra com os braços
- 7 - Ao brincar, empurra com as pernas
- 8 - Levanta a cabeça: vertical
- 9 - Levanta a cabeça e segura-a
- 10 - Ergue a cabeça: suspensão dorsal
- 11 - Vira-se de lado para trás
- 12 - Levanta-se fixando os braços: de braços
- 13 - Senta-se com ajuda
- 14 - Aguenta a cabeça com firmeza
- 15 - Mantém as mãos predominantemente abertas
- 16 - Cubo: preensão cubital- palmar
- 17 - Senta-se com pouca ajuda
- 18 - Balança a cabeça
- 19 - Vira-se de trás para o lado
- 20 - Faz esforço para se sentar
- 21 - Cubo: oposição parcial do polegar (radial-palmar)
- 22 - Faz movimentos para se sentar
- 23 - Senta-se sozinho por momentos
- 24 - Alcance unilateral
- 25 - Tenta segurar uma bola
- 26 - Roda o pulso
- 27 - Senta-se sozinho durante trinta segundos
- 28 - Quando deitado de costas roda e deita-se sobre o estômago
- 29 - Senta-se sozinho com firmeza
- 30 - Agarra a bola
- 31 - Senta-se sozinho; boa coordenação
- 32 - Cubo: oposição total do polegar (radial-digital)
- 33 - Progresso na pré-locomoção (método de verificação):

- sobre o abdómen
- mãos e joelhos
- mãos e pés
- senta-se e tenta avançar
- outras situações

- 34 - Primeiros movimentos para dar passos
- 35 - Cubo: preensão parcial com os dedos (arqueando os dedos)
- 36 - Salta para se pôr em pé
- 37 - Levanta-se tentando sentar-se
- 38 - Levanta-se agarrando-se aos móveis
- 39 - Junta colheres e cubos: desenvolvimento intermédio
- 40 - Movimentos mais seguros para dar os primeiros passos
- 41 - Cubo: preensão perfeita
- 42 - Anda com ajuda
- 43 - Senta-se
- 44 - Interação de movimentos manuais com a mãe: desenvolvimento médio
- 45 - Levanta-se sozinho
- 46 - Anda sozinho
- 47 - Levanta-se
- 48 - Atira a bola
- 49 - Anda de lado
- 50 - Anda para trás
- 51 - Fica em pé sobre o pé direito (com ajuda)
- 52 - Fica em pé sobre o pé esquerdo (com ajuda)
- 53 - Sobe escadas com ajuda
- 54 - Desce escadas com ajuda
- 55 - Levanta-se
- 58 - Levanta-se sozinho sobre o pé esquerdo
- 59 - Salta com os dois pés
- 60 - Levanta-se sozinho sobre o pé direito
- 61 - Anda em linha recta
- 63 - Salta do último degrau
- 64 - Sobe escadas sozinho: ambos os pés num degrau
- 65 - Dá alguns passos na ponta dos pés
- 66 - Desce escadas sozinho: ambos os pés num degrau
- 67 - Anda para trás: 30 cm
- 69 - Salta do 2º degrau
- 70 - Distância dos saltos: 10 a 28 cm
- 71 - Levanta-se

- 72 - Sobe escadas: alterna os pés
- 73 - Anda em bicos de pés: 30 cm
- 74 - Mantém os pés em linha: 30 cm
- 76 - Distância dos saltos: 30 a 40 cm
- 77 - Salta uma corda a uma altura de 5 cm
- 78 - Distância do salto 40 a 50 cm
- 79 - Salta num pé, duas ou mais vezes
- 80 - Desce as escadas, alternando os pés
- 81 - Salta a corda a uma altura de 20cm

Anexo XV I – OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE EM CASA

Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)

4

I. Responsividade emocional e verbal da mãe.

1. A mãe espontaneamente fala com a criança pelo menos duas vezes durante a visita.
2. A Mãe responde às vocalizações da criança com resposta verbal.
3. A mãe diz à criança o nome de algum objecto ou de pessoa de forma pedagógica, durante a visita.
4. O discurso da mãe é claro e audível.
5. A mãe inicia troca de palavras com o observador, faz perguntas e comentários espontâneos.
6. Mãe exprime ideias livremente e utiliza frases de tamanho adequado à conversação.
7. A mãe permite que a criança mexa ocasionalmente em coisas que a possam sujar.
8. Durante a visita, a mãe elogia espontaneamente as qualidades ou o comportamento da criança durante a visita, pelo menos duas vezes.
9. A voz da mãe tem um tom afectivo quando fala com a criança ou sobre ela.
10. A mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.
11. A mãe mostra uma resposta emocional positiva quando o visitante elogia a criança.

⁴ Caldwell B, Snyder C. Home Observation for Measurement of the Environment (Instruction Manual). Seattle, University of Washington 1978

II. Evitar restrições e castigos.

12. A mãe não grita à criança durante a visita.
13. A mãe não exprime aborrecimento ou hostilidade em relação à criança.
14. A mãe não bate nem agride a criança durante a visita.
15. A mãe comunica que apenas um castigo físico ocorreu na última semana.
16. A mãe não empurra nem afasta a criança durante a visita.
17. A mãe não interfere nas acções da criança nem restringe os movimentos da criança, mais do que 3 vezes durante a visita.
18. Estão presentes e visíveis pelo menos 10 livros.
19. A família tem um animal de estimação.

III. Organização do ambiente.

20. Quando a mãe está fora de casa, um de três substitutos regulares cuida da criança.
21. A criança é levada à mercearia (loja) pelo menos uma vez por semana.
22. A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.
23. A criança é levada regularmente ao médico, para consultas de saúde.
24. A criança tem um sítio especial para guardar os seus brinquedos e os seus “tesouros”.
25. O ambiente onde a criança brinca parece seguro.

IV. Escolha de brinquedos apropriados.

26. A criança tem brinquedos ou equipamento que impliquem uma actividade muscular.
27. A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar.
28. A criança tem triciclo, ou carrinho.
29. A mãe escolhe brinquedos ou uma actividade interessante para a criança durante a entrevista.
30. A mãe escolhe equipamento didáctico apropriado à idade.

31. A mãe escolhe equipamento didáctico apropriado à idade -mobile, mesa e cadeira.
32. A mãe escolhe brinquedos que impliquem uma coordenação óculo-motora: pôr objectos dentro de uma caixa, juntar brinquedos, contas.
33. A mãe escolhe brinquedos que combinem entre si e impliquem uma coordenação óculo-motora.
34. A mãe escolhe brinquedos com música ou livros infantis.

V. Envolvimento materno com a criança.

35. A mãe tende a manter a criança dentro do seu alcance visual e a olhar frequentemente para ela.
36. A mãe fala com a criança enquanto trabalha.
37. A mãe encoraja conscientemente o avanço do desenvolvimento da criança.
38. A mãe investe em brinquedos que constituem um desafio para a criança, participando activamente na sua descoberta.
39. A mãe estrutura os períodos de brincadeira da criança.
40. A mãe dá à criança brinquedos que a desafiem a desenvolver novas competências.

VI. Oportunidade de variedade na estimulação diária.

41. O pai cuida da criança diariamente, durante algum tempo.
42. A mãe lê histórias à criança pelo menos três vezes por semana.
43. A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e com o pai.
44. A família recebe ou visita os familiares ou amigos (aprox. uma vez por mês).
45. A criança tem três livros ou mais.

Anexo XVII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REFEIÇÃO

Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS)

5

I. Sensibilidade a indícios ou sinais.

1. A mãe posiciona a criança de maneira a que esta possa movimentar os braços.
2. A mãe posiciona a criança de maneira a que a sua cabeça esteja mais elevada que as ancas.
3. A mãe posiciona a criança de maneira a que o contacto tronco-a-tronco seja mantido durante mais de metade da duração da refeição.
4. A mãe posiciona a criança de maneira a que o contacto visual seja possível.
5. A face da mãe está pelo menos a 25 centímetros ou mais da face da criança durante a refeição excepto quando beija, acaricia, abraça ou a faz arrotar.
6. A mãe sorri, fala ou tem contacto visual com a criança quando está em posição face-a-face.
7. A mãe comenta os indícios de fome que a criança emite antes da refeição.
8. A mãe comenta os indícios de saciedade que a criança emite antes de terminar a refeição.
9. A mãe varia a intensidade do estímulo verbal durante a refeição.
10. A mãe varia a intensidade de embalar ou mover a criança durante a refeição.
11. A mãe varia a intensidade do contacto físico com criança durante a refeição.

⁵ Barnard KE. Nursing Child Assessment Feeding Scale (instruction manual). Seattle, University of Washington 1978

Sumner G, Spietz A. NCAST Caregiver/Parent-Child Interaction Feeding Manual. Seattle : NCAST Publications, University of Washington, School of Nursing 1994

12. A mãe faz pausas durante a refeição quando a criança pede, quer através da expressão de choro, arqueando o tronco, afastando a comida, virando ou abanando a cabeça, dizendo “não”, adormecendo, quer quando a criança está na fase de pausa, durante a sequência de salvas e pausas de sucção (75% das vezes).

13. A mãe diminui o ritmo da refeição ou faz uma pausa quando a criança desvia o olhar, põe a mão na orelha ou na boca, atrás da cabeça ou do pescoço, em cima do estômago, ou bocejando, revira os olhos ou move os pés (75% das vezes).

14. A mãe termina a refeição quando a criança, uma ou mais vezes, vira a cabeça, adormece, comprime os lábios, afasta a comida, abana a cabeça significando “não” ou diz “não”, e depois de outros métodos se terem mostrado ineficazes (mudar a posição da criança, fazê-la arrotar ou esperar) se terem mostrado ineficazes.

15. A mãe não interrompe a sucção ou a mastigação da criança, removendo o mamilo ou tetina, ou oferecendo mais ou dando outro tipo de comida, enquanto a criança está a comer.

16. A mãe não dá comida enquanto a criança está a olhar à volta, para baixo, vira as costas ou faz reviravoltas.

II. Resposta ao stress.

Se a criança mostra sinais stress durante a refeição, a mãe:

17. Pára ou recomeça a refeição em resposta ao stress da criança.

18. Muda a posição da criança em resposta ao stress da criança.

19. Fala de maneira carinhosa em resposta ao stress da criança.

20. Muda a altura da voz para um tom mais baixo ou mais alto em resposta ao stress da criança.

21. Faz esforços não verbais de apaziguamento em resposta ao stress da criança.

22. Atrai a atenção da criança através de jogos, de um brinquedo ou de uma expressão facial em resposta ao stress da criança.

23. A mãe não dá respostas verbais negativas em resposta ao stress da criança.

24. A mãe não faz comentários negativos sobre a criança ao visitante em resposta ao stress da criança.
25. A mãe não grita em resposta ao stress da criança.
26. A mãe não utiliza movimentos abruptos ou manipulação brusca em resposta ao stress da criança.
27. A mãe não agride, empurra ou bate em resposta ao stress da criança.

III. Promoção do desenvolvimento sócio-emocional.

28. A mãe presta mais atenção à criança durante a refeição, que a outras pessoas ou ao meio ambiente.
29. A mãe está na posição “en face” durante mais de metade da refeição (50%).
30. A mãe consegue fazer contacto visual com a criança, uma vez durante a refeição.
31. A expressão facial da mãe muda pelo menos duas vezes durante a refeição.
32. A mãe adopta formas sociais de interacção (jogo) com a criança, pelo menos uma vez durante a refeição.
33. A mãe diz frases de encorajamento à criança.
34. A mãe elogia a criança ou o seu comportamento durante a refeição.
35. A mãe canta, murmura, ou muda o tom de voz durante a refeição.
36. A mãe ri ou sorri durante a refeição.
37. A mãe toca suavemente na criança durante a refeição.
38. A mãe sorri, fala ou toca na criança, até 5 segundos depois da criança sorrir ou vocalizar para a mãe.
39. A mãe não comprime os lábios, nem franze a cara quando faz contacto visual com a criança.
40. A mãe não bate, abana ou agarra as extremidades da criança durante a refeição.
41. A mãe não faz comentários negativos à criança ou ao visitante, sobre a criança ou sobre o seu comportamento.

IV.Promoção do desenvolvimento cognitivo

42. A mãe dá à criança objectos, brinquedos, utensílios ou comida para a criança levar à boca.
43. Mãe encoraja ou permite à criança que explore o peito, biberão, comida, caneca ou a própria mãe durante a refeição.
44. A mãe fala à criança utilizando duas palavras, pelo menos três vezes durante a refeição.
45. A mãe descreve à criança algum aspecto da comida ou da situação alimentar durante a refeição.
46. A mãe fala à criança acerca de outras coisas para além da comida, da refeição ou de coisas relacionadas com a situação alimentar.
47. A mãe comenta, faz perguntas ou explica conseqüências do comportamento, mais do que utiliza um conteúdo de comando, quando fala à criança.
48. A mãe fala à criança, até cinco segundos depois da criança ter verbalizado.
49. A mãe fala à criança, até cinco segundos depois da criança ter movido os braços, pernas, mãos, cabeça ou tronco.
50. Mãe não fala a “fala-de-bebé”.

V.Clareza de indícios ou sinais.

51. A criança mostra que está pronta para a refeição.
52. A criança mostra um aumento da tensão no início da refeição.
53. A criança mostra uma diminuição da tensão poucos minutos depois da refeição ter começado.
54. A criança tem períodos de alerta durante a refeição.
55. A criança tem pelo menos duas emoções diferentes durante a refeição.
56. A criança tem períodos de actividade e inactividade durante a refeição.
57. Os movimentos da criança são suaves e coordenados durante a refeição.
58. Os movimentos dos braços e pernas da criança são geralmente dirigidos para a mãe durante a refeição (não difusos).

59. A criança faz contacto visual com a face ou olhos da mãe pelo menos uma vez durante a refeição.
60. A criança vocaliza durante a refeição.
61. A criança sorri ou ri durante a refeição.
62. A criança desvia o olhar, olha para baixo ou afasta o olhar da mãe, durante a refeição.
63. A criança resiste activamente à comida oferecida.
64. A criança mostra satisfação no fim da refeição através do sono, expressão facial, decréscimo da tensão muscular, braços caídos ao longo do corpo, vocalizações ou altera a sua actividade ou humor.
65. A criança não tem mais que duas mudanças rápidas de estádio durante a refeição.

VI. Responsividade à mãe.

66. A criança corresponde às tentativas de alimentação por parte da mãe durante a refeição.
67. A criança responde a jogos, brincadeiras ou sinais da mãe durante a refeição.
68. A criança olha em direcção à face da mãe, após a mãe ter tentado alertar a criança, verbalmente ou não, durante a refeição.
69. A criança vocaliza para a mãe durante a refeição.
70. A criança vocaliza ou sorri, até cinco segundos depois da mãe ter falado.
71. A criança sorri à mãe durante a refeição.
72. A criança explora ou toca na mãe durante a refeição.
73. A criança mostra uma mudança em relação à actividade motora, até cinco segundos depois de ter sido manipulada ou ter sido mudada a sua posição, pela mãe.
74. A criança mostra fortes indícios adversivos durante a segunda metade da refeição.

75. A criança mostra fortes indícios adversivos até cinco segundos depois da mãe ter aproximado a sua face da criança a uma distância menor que 25 centímetros.

76. A criança não se afasta nem evita o contacto visual com a mãe durante a primeira metade da refeição.

Anexo XVIII – CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Caso	<i>Idade materna</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	30	24	22
2	23	25	20
3	22	30	21
4	20	21	23
5	35	25	26
6	29	24	19
7	27	25	23
8	25	22	19
9	26	27	26
10	24	24	24
11	29	22	25
12	34	27	21
13	22	25	28
14	31	23	30
15	24	24	26
16	32	25	28
17	24	24	22
18	19	23	21
19	29	24	21
20	27	35	23

Caso	<i>Escolaridade materna</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	8	6	8
2	9	4	9
3	9	8	9
4	11	9	10
5	11	12	12
6	14	12	10
7	12	15	5
8	12	11	6
9	9	4	9
10	11	12	9
11	9	4	6
12	12	11	7
13	8	12	11
14	9	12	12
15	12	4	12
16	12	9	9
17	10	11	11
18	9	9	4
19	12	12	12
20	4	12	12

Caso	<i>Escolaridade paterna</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	6	9	8
2	5	6	6
3	8	8	6
4	9	6	5
5	9	9	9
6	9	8	7
7	12	12	12
8	8	11	5
9	9	4	9
10	10	11	7
11	9	4	6
12	12	5	4
13	9	6	12
14	7	9	9
15	11	2	10
16	12	6	4
17	11	11	9
18	5	9	4
19	12	12	10
20	6	9	7

Caso	<i>Trabalho materno</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
	2	2	2
	2	2	1
	2	2	1
	1	2	2
	2	2	2
	2	2	1
	2	2	2
	2	1	2
	2	1	2
	1	2	1
	2	2	1
	2	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	1	2	2
	2	2	2
	2	2	2

1= Doméstica

2= Trabalha fora de casa

Anexo XIX – ATITUDES MATEERNAS DURANTE A GESTAÇÃO

		Controlo	Exp.I	Exp.II	p
P.1-Vive na mesma casa que o pai do bebé há mais de um ano?	Sim	20	20	20	-
	Não	0	0	0	
P.2-Teve algum curso ou aulas de preparação para o parto?	Sim	5	3	6	p=0,52*
	Não	15	17	14	
P.3-Vai ficar em casa com o seu bebé durante a baixa de parto?	Sim	20	20	20	-
	Não	0	0	0	
P.4-Depois das férias de parto a criança fica com quem?					
Mãe		6	4	10	p=0,12*
Outros		14	16	10	
P.5-A sua gravidez foi desejada/planeada ou aconteceu?					
Desejada/planeada		13	12	14	p=0,80*
Aconteceu		7	8	6	
P.5.1.por si e pelo pai?					
só por si?					
Pela mãe e pelo Pai		13	12	14	p=0,80*
Só pelo pai		7	8	6	
P.5.2. Como reagiu, aceitou(mãe)?	Sim	7	8	6	
	Não	0	0	0	
(Todas as mães que não tinham planeado a gestação, a aceitaram).					
P.5.3 Como reagiu, aceitou (pai)?	Sim	7	8	6	
	Não	0	0	0	
(Todos os pais que não tinham planeado a gestação, a aceitaram).					
P.6. Já sabe de que sexo é o seu filho?	Sim	19	16	16	p=0,30*
	Não	1	4	4	
P.7.Corresponde ao que desejava?					
	Não responde	1	4	4	p=0,65*
	Sim	15	12	12	
	Não	4	4	4	

P.8. Corresponde ao que o pai desejava?					p=0,80*
	Não responde	1	4	4	
	Sim	16	15	12	p=0,36*
	Não	3	1	4	
P.9. Tem já alguns conhecimentos sobre bebés?					
	Sim	18	17	15	
	Não	2	3	5	p=0,43*
P.10. Como os adquiriu?					
	Não responde	2	3	5	
	Contacto directo	7	10	9	
	Através de outrém	1	0	0	p=0,65*
	Leitura, TV, Rádio	5	5	3	
	Directo+Leitura	5	2	3	
P.11. Quando é que começou a incluir o seu bebé nos seus planos de vida?					
	Antes da gravidez	13	10	13	
	Durante a gravidez	7	10	7	p=0,53*
	Nunca	0	0	0	
P.12. Quando é que começou a sentir o seu bebé como uma pessoa?					
	Antes de o sentir mexer-se	15	13	10	
	Apenas quando ele se mexeu	5	7	10	p=0,25*
	Nunca sentiu	0	0	0	
P.13. Algum problema a preocupou muito durante a gravidez?					
	Sim	10	6	6	
	Não	10	14	14	p=0,31*
P.14. Se sim, qual?					
	Anomalias	5	3	3	
	Saudável	3	2	1	
	Trabalho	0	0	1	
	Família	1	0	1	p=0,60*
	Trabalho/família	0	1	1	
P.15. Vai amamentar o seu bebé?					
	Sim	20	20	20	—
	Não	0	0	0	
P.16. Quanto tempo vai amamentar?					
	Não responde		1	1	
	3 meses	2	8	4	
	4 meses	1			
	6 meses			1	

12 meses	1			
Não sabe	1	2	2	
Crescimento bom do bebé	1			
Indicação médica	1			
Até o bebé querer		1		
Até ter leite	13	8	12	
Define tempo do aleitamento	4	8	5	p=0,29*
Não define tempo	16	11	14	
P.17.Se pudesse amamentava quanto tempo?				
Não responde	2	4	2	
3 meses	0	2	2	
4 meses	1	0	0	
6 meses	1	2	4	
9 meses	0	1	0	
12 meses	3	3	3	
24 meses	1			
Trabalho	0	0	1	
Até o bebé querer	1	1	0	
Indicação médica	1	0	1	
O mais possível	3	1	1	
Até já não ter leite	7	6	6	
Define tempo	6	8	9	p=0,61*
Não define	14	12	11	
P.18.Razões da diferença?				
Não responde	12	13	14	
Trabalho	6	6	2	
Não ter leite	1	1	3	p=0,53*
Crenças mal fundadas acerca do tempo ideal do AM	1	0	1	
P.19.Porque vai amamentar?				
Melhor para o bebé	9	14	11	
Melhor para a mãe	1	3	1	
Melhor contacto	3	3	4	p=0,87*
Prático	1	1	1	
Melhor	10	6	7	
Não responde = 1				

P.20.Você foi amamentada?

Sim	16	18	12	
Não	3	1	5	p=0,24*
Não sei	1	1	3	

P.21.Quanto tempo?

Não sei	8	3	5	
1 mês	1	4	1	
2 meses	1	2	1	
3 meses	1	2	1	
4 meses	1	0	1	
6 meses	0	2	0	
9 meses	1	0	0	
12 meses	0	3	1	
15 meses	0	1	0	
16 meses	0	1	0	
18 meses	0	0	1	
24 meses	3	0	0	
36 meses	0	0	1	
Não sabe	8	3	5	
Sabe	8	15	7	p=0,10*

* T Fisher

Anexo XX – ATITUDES FACE AO ALEITAMENTO MATERNO

Caso	<i>Atitude perante o comportamento</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	214	204	225
2	141	264	217
3	11	74	202
4	135	119	147
5	157	149	32
6	71	245	230
7	42	194	214
8	100	118	188
9	191	156	189
10	82	199	109
11	203	190	202
12	87	54	89
13	172	103	126
14	139	128	198
15	105	191	116
16	130	152	106
17	212	193	172
18	101	180	151
19	196	127	127
20	199	98	180

Caso	<i>Norma subjectiva</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	36	44	60
2	12	60	48
3	4	0	38
4	26	33	36
5	72	-30	18
6	35	-21	63
7	40	30	18
8	40	40	33
9	37	12	-36
10	30	48	18
11	60	30	-19
12	35	60	51
13	24	0	15
14	33	0	48
15	15	32	20
16	42	11	14
17	39	-32	27
18	15	-24	42
19	30	32	9
20	40	9	6

Soma da atitude perante o comportamento e da norma subjectiva

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	250	248	285
2	153	324	265
3	7	74	240
4	161	152	183
5	229	119	50
6	106	224	293
7	82	224	232
8	140	158	221
9	228	168	153
10	112	247	127
11	263	220	183
12	122	114	140
13	196	103	141
14	172	128	246
15	120	223	136
16	172	163	120
17	251	161	199
18	116	154	193
19	226	159	136
20	239	107	186

Intenção de amamentar

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	3	3	3
2	3	3	3
3	3	3	3
4	3	3	3
5	3	3	3
6	3	3	2
7	3	3	3
8	3	3	3
9	3	3	3
10	3	3	2
11	3	3	3
12	3	3	3
13	3	3	3
14	3	3	3
15	2	3	3
16	3	3	3
17	3	3	3
18	3	3	3
19	3	3	3
20	3	2	3

Caso	<i>Manutenção da amamentação</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	2	-2	-2
2	0	3	3
3	3	1	-2
4	3	0	0
5	0	3	-1
6	1	3	-2
7	3	2	-3
8	3	3	0
9	1	2	0
10	2	3	2
11	3	3	3
12	3	3	3
13	2	2	3
14	1	3	-3
15	1	3	3
16	-2	1	2
17	2	2	3
18	0	1	0
19	0	1	1
20	1	2	0

Anexo XXI – IDADE GESTACIONAL

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	39,5	40,0	39,5
2	40,0	41,0	40,0
3	39,0	41,0	38,0
4	41,0	41,0	37,0
5	40,0	39,0	40,0
6	40,0	40,0	40,0
7	42,0	39,0	41,0
8	39,0	40,0	40,0
9	41,0	39,0	41,0
10	38,0	41,0	40,0
11	41,0	39,0	42,0
12	38,0	40,0	41,0
13	40,0	40,0	40,0
14	40,0	38,0	38,0
15	39,0	41,0	39,0
16	41,0	40,0	39,0
17	38,0	39,0	41,0
18	41,0	40,0	41,0
19	38,0	41,0	41,0

Anexo XXII – EXPECTATIVAS MATEMÁTICAS FACE AO BEBÉ

Neonatal Perception Inventory- NPI

Expectativas maternas face ao bebé médio - 2º dia

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	18	14	18
2	17	19	15
3	16	16	21
4	21	19	17
5	19	23	22
6	18	17	19
7	18	22	18
8	20	17	15
9	16	17	17
10	19	22	19
11	24	15	21
12	18	22	20
13	18	18	20
14	19	18	18
15	15	17	17
16	17	21	19
17	20	18	19
18	13	18	12
19	15	18	26
20	15	17	18

Expectativas maternas face ao bebé próprio - 2º dia

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	18	14	18
2	17	18	17
3	10	16	8
4	12	9	15
5	23	14	12
6	14	18	12
7	16	16	9
8	17	14	15
9	17	11	10
10	16	12	13
11	19	21	15
12	14	14	14
13	16	13	14
14	14	9	16
15	14	15	15
16	17	13	13
17	16	15	13
18	11	13	15
19	13	17	11
20	15	10	25
	19	14	17

Caso	<u>NPI total no 2º dia</u>		Exp.II
	Controlo	Exp.I	
1	1	-4	1
2	7	3	7
3	4	7	6
4	-2	5	5
5	5	5	10
6	2	1	10
7	1	8	3
8	3	6	5
9	0	5	4
1	0	1	4
11	10	1	7
12	2	9	6
13	4	9	4
14	5	3	3
15	-2	4	4
16	1	6	6
17	9	5	4
18	0	1	1
19	0	8	1
20	-4	3	1

Caso	<u>Expectativas maternas face ao bebé médio - 30 dias</u>		Exp.II
	Controlo	Exp.I	
1	17	14	18
2	13	12	13
3	17	16	15
4	20	17	12
5	18	22	20
6	19	16	14
7	18	20	17
8	18	16	19
9	15	18	17
10	18	22	17
11	16	17	12
12	19	20	20
13	10	16	15
14	20	18	18
15	22	18	15
16	17	20	17
17	19	18	20
18	19	17	14
19	19	16	24
20	17	19	21

Expectativas maternas face ao bebé próprio - 30 dias

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	11	14	14
2	10	13	9
3	19	12	26
4	22	13	12
5	15	16	7
6	15	14	15
7	12	13	17
8	14	16	12
9	16	20	11
10	17	19	21
11	15	16	12
12	15	12	18
13	11	15	11
14	15	15	14
15	14	24	17
16	14	15	12
17	13	15	17
18	21	9	7
19	14	15	16
20	12	16	10

NPI total aos 30 dias

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	6	0	4
2	3	-1	4
3	-2	4	-11
4	-2	4	0
5	3	6	13
6	4	2	-1
7	6	7	0
8	4	0	7
9	-1	-2	6
10	1	3	-4
11	1	1	0
12	4	8	2
13	-1	1	4
14	5	3	4
15	8	-6	-2
16	3	5	5
17	6	3	3
18	-2	8	7
19	5	1	8
20	5	3	11

Grau de preocupação materna face ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	18	14	18
1	18	17	14
2	12	21	10
3	20	21	20
4	23	18	14
5	17	17	10
6	20	12	14
7	12	15	26
8	17	19	19
9	18	20	12
10	21	24	21
11	18	23	17
12	21	26	21
13	10	18	17
14	20	20	17
15	21	26	22
16	14	25	14
17	24	20	15
18	22	27	13
19	19	17	25
20	15	19	19

Anexo XXIII – CAUSAS DE DESMAME PARCIAL

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Controlo	16	4	0	1	3	0	0	0	0
Exp I	15	1	3	1	4	0	1	0	2
Exp II	16	1	1	2	4	0	0	0	0

Primeira causa de desmame parcial

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Controlo	16	1		1	2				
Exp I	12	1	1		4		1		1
Exp II	12	1	1	2	4				

C1. Leite insuficiente; C2. O bebé não aumentava de peso.; C3. O bebé queria outro tipo de alimentos.; C4. Os mamilos estavam dolorosos e com fissuras; C5. A mãe voltou ao trabalho.; C6. Doença da mãe.; C7. Doença do bebé.; C8. A mãe não gostou de dar de mamar.; C9. O bebé não queria o peito.

Anexo XXIV – CAUSAS DE DESMAME COMPLETO

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Controlo	14	4	4	2	2	1	0	0	5
Exp I	16	3	4	1	2	2	1	0	4
Exp II	18	1	3	1	2	2	0	1	2

Primeira causa de desmame completo

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Controlo	13	1		2					4
Exp I	11	2	1		2	2	1		1
Exp II	12	1	1	1	2	2			1

C1. Leite insuficiente; C2. O bebé não aumentava de peso; C3. O bebé queria outro tipo de alimentos; C4. Os mamilos estavam dolorosos e com fissuras; C5. A mãe voltou ao trabalho; C6. Doença da mãe; C7. Doença do bebé; C8. A mãe não gostou de dar de mamar; C9. O bebé não queria o peito.

Anexo XXV – PESO À NASCENÇA

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	2800	3260	3160
2	2920	3840	3500
3	3420	3790	2820
4	3530	3670	3040
5	2900	2820	3995
6	2780	3040	2930
7	3380	3230	3400
8	3050	3250	3280
9	3300	3550	2900
10	3380	3920	3980
11	3580	2920	3450
12	2930	2830	3130
13	3140	3670	3540
14	3720	3330	2500
15	3020	3800	3700
16	3620	3160	3930
17	3530	3030	3430
18	3470	3390	3520
19	3240	3995	3575
20	3820	2590	3310

Anexo XXVI – ÍNDICE DE APGAR AO 1' MINUTO DE VIDA

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	8	9	8
2	9	10	9
3	9	9	9
4	9	9	9
5	9	9	9
6	10	10	9
7	9	9	10
8	9	9	8
9	9	8	9
10	10	9	10
11	9	9	10
12	9	10	8
13	9	9	9
14	8	9	9
15	9	8	9
16	9	10	8
17	9	9	9
18	9	9	10
19	9	10	9
20	8	9	10

Anexo XXVII – SEXO

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	1	1	0
2	0	0	0
3	1	0	1
4	1	1	1
5	1	0	0
6	0	1	1
7	0	0	1
8	0	0	0
9	0	1	0
10	0	0	0
11	0	0	1
12	1	0	1
13	0	0	1
14	0	1	1
15	0	0	0
16	1	1	1
17	0	1	1
18	0	1	1
19	1	1	0
20	1	0	1

Sexo Feminino = 1
Sexo Masculino = 0

Anexo XXIX – ESTADO NEURO-COMPORTAMENTAL DO BEBÊ

Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS)- 30º dia

Caso	1º- Habituação		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	8	28
4	0	0	0
5	0	0	32
6	24	0	23
7	0	0	0
8	0	0	0
9	0	0	0
10	0	0	0
11	0	0	0
12	25	29	0
13	0	0	0
14	7	0	25
15	0	12	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	33	0
19	0	9	0
20	0	0	0

Caso	2º- Orientação		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	51	54	51
2	50	53	54
3	34	25	53
4	41	50	50
5	41	2	46
6	48	52	42
7	51	43	46
8	47	37	29
9	53	49	40
10	49	51	53
11	48	44	53
12	38	48	37
13	54	53	48
14	44	54	53
15	52	54	54
16	50	53	54
17	54	53	48
18	48	39	53
19	53	54	53
20	48	48	52

3º- Dimensão motora

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	31	34	32
2	32	31	32
3	28	30	31
4	33	33	34
5	14	28	35
6	21	31	31
7	32	32	36
8	26	33	29
9	29	27	36
10	28	31	27
11	30	31	27
12	18	30	26
13	33	25	33
14	28	24	25
15	29	24	24
16	32	32	35
17	29	33	33
18	30	19	30
19	34	30	26
20	28	31	31

4º- Alerta

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	19	14	19
2	18	17	15
3	14	13	19
4	13	18	14
5	9	19	18
6	14	14	8
7	14	14	11
8	19	12	14
9	12	12	18
10	12	15	14
11	10	17	17
12	14	10	18
13	10	10	10
14	21	10	10
15	6	16	10
16	10	19	10
17	19	6	18
18	10	6	10
19	10	19	9
20	10	16	18

5º- Regulação dos estádios

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	28	30	35
2	29	25	21
3	17	29	23
4	30	28	24
5	22	26	27
6	18	25	32
7	21	23	23
8	26	26	19
9	28	33	29
10	24	29	18
11	24	25	32
12	14	23	30
13	18	26	17
14	35	22	18
15	25	29	25
16	22	27	17
17	26	20	26
18	24	17	16
19	23	34	23
20	26	24	28

6º- Dimensão autónómica

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	19	16	18
2	16	19	14
3	19	20	21
4	17	18	12
5	24	20	19
6	16	20	18
7	16	18	17
8	21	17	18
9	14	24	20
10	15	17	21
11	21	16	21
12	18	17	21
13	23	17	16
14	17	12	19
15	21	16	13
16	23	21	22
17	19	18	20
18	21	21	14
19	22	17	21
20	17	16	21

Anexo XXIX – ESTADO NEURO-COMPORTAMENTAL DO BEBÊ

Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS)- 30º dia

Caso	1º- Habituação		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	8	28
4	0	0	0
5	0	0	32
6	24	0	23
7	0	0	0
8	0	0	0
9	0	0	0
10	0	0	0
11	0	0	0
12	25	29	0
13	0	0	0
14	7	0	25
15	0	12	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	33	0
19	0	9	0
20	0	0	0

Caso	2º- Orientação		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	51	54	51
2	50	53	54
3	34	25	53
4	41	50	50
5	41	2	46
6	48	52	42
7	51	43	46
8	47	37	29
9	53	49	40
10	49	51	53
11	48	44	53
12	38	48	37
13	54	53	48
14	44	54	53
15	52	54	54
16	50	53	54
17	54	53	48
18	48	39	53
19	53	54	53
20	53	48	52

3º- Dimensão motora

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	34	35	34
2	34	36	37
3	30	37	33
4	31	36	31
5	31	30	33
6	35	37	30
7	36	31	36
8	35	32	35
9	37	36	37
10	35	36	33
11	34	35	34
12	31	28	36
13	37	33	34
14	32	37	33
15	26	34	37
16	35	30	35
17	28	31	32
18	35	26	29
19	36	35	33
20	25	34	33

4º- Alerta

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	13	11	6
2	6	10	6
3	14	10	19
4	16	10	16
5	17	12	14
6	10	17	11
7	18	10	20
8	18	15	17
9	6	6	14
10	10	11	18
11	6	13	13
12	17	18	19
13	6	10	10
14	10	10	10
15	10	6	6
16	6	10	10
17	6	10	13
18	10	10	10
19	10	6	10
20	10	6	20

5º- Regulação dos estádios

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	29	34	22
2	24	32	33
3	21	28	29
4	24	24	10
5	18	19	24
6	26	26	21
7	27	33	23
8	22	20	26
9	18	15	27
10	17	27	29
11	23	26	15
12	30	13	26
13	19	26	25
14	23	25	20
15	18	25	19
16	21	18	16
17	16	18	18
18	17	13	18
19	17	25	26
20	24	22	26

6º- Dimensão autonómica

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	16	20	11
2	20	24	11
3	20	13	21
4	20	15	20
5	21	18	17
6	20	21	15
7	17	21	21
8	18	21	21
9	18	20	21
10	23	21	18
11	11	21	21
12	19	14	21
13	20	18	20
14	20	21	24
15	7	20	21
16	21	19	20
17	21	24	19
18	17	14	16
19	21	21	20
20	21	13	16

Anexo XXX– MÉDIA DO SOMATÓRIO DO PESO

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	5650	5890	6802
2	6033	7280	6385
3	7002	6698	5561
4	6732	7848	6352
5	5773	5728	7288
6	6063	5947	6555
7	6163	5910	7233
8	5916	7003	5995
9	6287	5847	5406
10	6425	7376	8481
11	7501	7378	6117
12	6518	5514	6062
13	6426	6770	7504
14	6868	5960	5423
15	6230	7367	5952
16	7128	6583	6552
17	6460	6094	7428
18	6795	6866	6966
19	6423	7491	6555
20	6913	5493	5816

Anexo XXXI – MÉDIA DO SOMATÓRIO DA ESTATURA

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	58,8	62,3	69,0
2	61,0	65,8	63,5
3	64,4	65,0	60,0
4	61,0	65,3	64,3
5	61,8	59,0	67,0
6	62,0	59,7	60,0
7	62,6	62,6	62,8
8	62,0	63,2	61,2
9	64,1	61,7	59,0
10	61,4	65,9	67,1
11	65,2	63,8	62,5
12	61,0	60,8	62,3
13	62,0	65,6	62,4
14	64,0	60,8	58,5
15	61,5	64,7	63,0
16	64,7	62,8	65,1
17	62,3	61,6	65,0
18	64,8	64,2	63,2
19	61,6	64,7	64,4
20	63,1	60,3	55,7

Anexo XXXII – MÉDIA DO SOMATÓRIO DO PERÍMETRO CEFÁLICO

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	40,8	39,1	41,5
2	40,5	41,6	41,7
3	41,9	42,2	39,4
4	40,5	41,6	42,1
5	40,8	40,7	41,2
6	40,1	40,4	40,4
7	41,6	40,8	40,4
8	41,2	42,6	40,6
9	41,1	40,6	41,2
10	40,9	42,3	43,6
11	42,7	42,5	40,7
12	41,2	39,3	41,7
13	40,5	41,9	44,9
14	42,7	41,0	38,8
15	41,2	42,3	41,5
16	41,6	41,6	42,1
17	41,3	40,7	41,8
18	41,1	42,5	42,1
19	41,3	42,3	41,8
20	40,5	41,0	40,8

Anexo XXXIII– MÉDIA DO SOMATÓRIO DA PREGA TRICIPITAL

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	7,5	8,0	10,3
2	10,7	9,2	8,2
3	10,2	9,0	8,6
4	12,3	10,0	7,4
5	9,5	8,4	6,8
6	9,1	8,1	8,3
7	9,6	7,9	13,5
8	7,9	9,2	7,6
9	9,6	8,5	8,7
10	9,9	9,4	15,4
11	11,4	9,9	8,2
12	7,9	9,0	6,4
13	11,4	8,2	13,8
14	14,2	10,2	11,9
15	10,1	15,7	7,9
16	12,9	13,1	11,8
17	12,8	12,6	14,0
18	11,2	13,6	14,7
19	13,5	15,3	11,4
20	12,3	10,4	11,7

Anexo XXXIV – MÉDIA DO SOMATÓRIO DA CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	12,2	13,1	13,2
2	13,8	14,1	12,5
3	13,9	13,2	12,5
4	14,5	14,7	11,8
5	13,4	12,8	14,1
6	12,8	12,8	12,4
7	13,0	12,2	14,8
8	12,3	13,6	12,7
9	12,8	12,8	11,7
10	13,4	13,8	15,3
11	15,0	13,7	12,1
12	14,6	12,3	12,5
13	13,6	13,0	15,5
14	14,7	12,3	13,1
15	13,1	14,7	12,9
16	13,4	13,3	13,6
17	13,4	13,6	14,2
18	13,3	14,2	14,1
19	13,8	14,8	13,4
20	14,0	12,3	12,7

Anexo XXXV – MÉDIA DO SOMATÓRIO DO ÍNDICE DE KANAWATI E McLAREN

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	0,299	0,335	0,318
2	0,341	0,339	0,300
3	0,331	0,360	0,317
4	0,358	0,353	0,280
5	0,328	0,314	0,342
6	0,319	0,317	0,307
7	0,312	0,299	0,366
8	0,298	0,319	0,313
9	0,311	0,315	0,284
10	0,328	0,326	0,351
11	0,351	0,322	0,297
12	0,354	0,313	0,300
13	0,336	0,310	0,370
14	0,342	0,300	0,338
15	0,319	0,348	0,311
16	0,322	0,320	0,323
17	0,324	0,334	0,340
18	0,324	0,334	0,335
19	0,334	0,350	0,321
20	0,346	0,300	0,311

Anexo XXXVI – DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DO BEBÉ

Bayley Scales of Infant Development (BSID)
 Escala de desenvolvimento mental
 Mental Development Index (MDI)

MDI aos 3 meses

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	125	127	107
2	125	119	116
3	104	116	116
4	119	127	113
5	105	102	122
6	110	107	104
7	98	113	122
8	104	104	110
9	119	102	119
10	102	116	122
11	110	119	110
12	100	104	107
13	98	110	104
14	101	107	100
15	100	122	114
16	112	113	102
17	116	116	98
18	110	110	98
19	116	107	102
20	113	94	102

MDI aos 6 meses

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	92	110	102
2	129	124	110
3	105	98	129
4	116	98	134
5	89	96	110
6	98	110	94
7	110	100	92
8	102	110	96
9	110	102	120
10	105	116	98
11	98	105	110
12	100	102	110
13	120	102	100
14	98	98	102
15	102	99	105
16	105	110	100
17	96	96	105
18	110	102	96
19	102	110	102
20	100	100	105

MDI aos 12 meses

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	112	117	112
2	122	96	109
3	105	100	103
4	126	106	103
5	96	115	103
6	115	105	91
7	109	106	103
8	96	106	104
9	103	106	102
10	103	112	119
11	103	98	99
12	100	106	103
13	98	100	117
14	98	112	121
15	109	103	112
16	106	117	96
17	112	119	112
18	109	115	100
19	109	110	112
20	109	126	112

Anexo XXXVII – DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DO BEBÉ

Bayley Scales of Infant Development (BSID)

Escala de desenvolvimento psicomotor

Psychomotor Development Index (PDI)

PDI aos 3 meses

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	108	142	101
2	108	117	108
3	125	108	125
4	134	125	108
5	96	101	117
6	109	101	108
7	101	108	117
8	108	108	117
9	134	117	108
10	108	117	108
11	101	125	117
12	108	117	117
13	101	101	108
14	103	108	101
15	108	125	124
16	108	108	94
17	108	101	103
18	108	108	101
19	108	108	108
20	108	117	108

PDI aos 6 meses

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	96	108	100
2	127	100	89
3	108	92	108
4	100	92	96
5	92	100	100
6	96	92	100
7	100	96	92
8	100	92	89
9	100	108	92
10	100	108	104
11	108	100	117
12	96	100	96
13	100	104	100
14	96	92	100
15	100	95	100
16	100	104	92
17	92	100	92
18	100	100	100
19	100	104	96
20	92	92	100

PDI aos 12 meses

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	98	98	98
2	128	98	105
3	105	92	117
4	105	105	98
5	98	105	105
6	105	105	98
7	111	111	105
8	111	105	105
9	105	105	105
10	98	105	105
11	105	105	105
12	104	111	105
13	98	105	105
14	98	98	105
15	111	98	98
16	105	98	98
17	98	98	92
18	111	98	98
19	98	98	105
20	98	111	111

Anexo XXXVIII – OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE EM CASA

Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)

1º- Responsividade emocional e verbal da mãe

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	10	9	9
2	9	9	10
3	10	6	10
4	10	7	9
5	9	8	10
6	11	10	6
7	10	9	9
8	10	11	10
9	11	8	10
10	10	11	10
11	9	10	11
12	9	10	10
13	10	10	11
14	11	10	10
15	9	11	10
16	10	9	9
17	10	11	11
18	10	9	8
19	11	10	10
20	10	10	10

2º- Evitar restrições e castigos

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	7	5	6
2	7	5	8
3	6	7	8
4	6	6	6
5	6	5	6
6	6	6	5
7	7	7	5
8	7	8	5
9	7	6	7
10	8	6	5
11	7	4	6
12	5	7	6
13	5	8	6
14	6	7	7
15	5	6	5
16	7	7	5
17	7	8	6
18	7	5	4
19	7	7	7
20	6	7	6

3º- Organização do ambiente

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	4	5	4
2	5	6	4
3	3	4	5
4	5	5	4
5	5	6	4
6	6	6	5
7	6	6	4
8	6	6	4
9	6	6	5
10	6	5	6
11	6	4	6
12	6	6	6
13	6	6	6
14	6	6	6
15	5	6	6
16	6	6	5
17	6	6	5
18	6	5	4
19	6	6	6
20	6	6	5

4º- Escolha de brinquedos apropriados

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	5	3	8
2	5	2	5
3	6	4	7
4	3	6	1
5	6	0	7
6	4	2	2
7	9	8	0
8	7	7	1
9	9	2	5
10	8	7	4
11	5	8	6
12	6	7	6
13	8	3	4
14	9	3	7
15	7	9	6
16	8	7	8
17	5	8	8
18	8	3	2
19	8	8	8
20	5	5	9

5º- *Envolvimento materno com a criança*

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	4	2	3
2	4	2	2
3	2	2	3
4	2	4	4
5	2	1	5
6	3	2	2
7	6	5	2
8	4	2	4
9	6	2	6
10	4	6	6
11	2	3	5
12	2	5	4
13	6	2	6
14	6	1	2
15	3	6	2
16	3	6	6
17	4	6	6
18	3	2	2
19	5	4	5
20	6	2	6

6º- *Oportunidade de variedade na estimulação diária*

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	2	2	3
2	2	1	2
3	2	2	2
4	3	2	3
5	2	2	3
6	1	3	4
7	3	2	2
8	3	3	2
9	5	2	3
10	3	3	4
11	3	4	4
12	3	3	2
13	4	4	2
14	5	2	4
15	3	4	3
16	3	3	3
17	2	4	4
18	3	2	3
19	3	4	3
20	3	3	1

Anexo XXXIX
DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	90	97	85
2	75	120	97
3	12	30	165
4	26	16	120
5	135	65	120
6	30	7	75
7	83	81	12
8	105	23	8
9	1	143	120
10	150	75	45
11	10	15	85
12	1	2	8
13	28	132	88
14	62	15	67
15	180	5	15
16	75	6	143
17	165	15	10
18	22	7	97
19	58	152	1
20	75	113	67

Anexo XL – DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NÃO-EXCLUSIVO

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	120	104	88
2	78	365	97
3	17	62	315
4	53	40	730
5	225	8	150
6	40	12	90
7	97	300	19
8	179	26	33
9	3	715	210
10	169	87	67
11	105	15	145
12	8	7	10
13	174	157	275
14	93	45	75
15	187	45	30
16	92	75	550
17	187	45	23
18	35	15	100
19	75	36	22
20	82	210	105

Anexo XLI – TRANSFERÊNCIA DE LEITE AO 3º DIA DE VIDA

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	10	0	25
2	15	15	15
3	45	20	40
4	5	10	40
5	10	50	80
6	20	0	35
7	15	10	15
8	20	5	15
9	0	15	10
10	25	10	0
11	25	5	15
12	0	0	10
13	30	20	15
14	10	10	5
15	40	10	10
16	30	10	10
17	35	5	15
18	25	0	65
19	35	80	50
20	30	50	5

Anexo XLII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REFEIÇÃO

Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS)-3º dia

1º- Sensibilidade a indícios ou sinais

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	16	10	15
2	16	13	13
3	16	16	16
4	16	16	16
5	16	16	16
6	16	13	16
7	16	16	16
8	15	16	16
9	14	15	16
10	15	16	14
11	16	11	16
12	9	16	16
13	15	16	16
14	16	15	12
15	14	8	14
16	16	16	15
17	12	16	5
18	16	16	16
19	15	16	14
20	16	16	14

2º- Resposta ao stress

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	5	11	10
2	10	11	10
3	11	11	9
4	11	10	11
5	11	10	11
6	9	7	10
7	10	10	11
8	10	11	11
9	10	10	11
10	10	10	10
11	10	9	10
12	7	10	10
13	8	8	10
14	10	11	10
15	10	8	10
16	10	10	10
17	10	10	8
18	10	10	10
19	10	10	11
20	9	10	8

3º- Promoção do desenvolvimento sócio-emocional

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	13	9	12
2	13	8	6
3	12	13	11
4	13	12	13
5	13	12	14
6	12	10	13
7	12	14	14
8	11	13	13
9	11	11	14
10	12	10	10
11	13	10	12
12	6	12	13
13	13	11	12
14	13	10	13
15	12	6	11
16	13	12	13
17	11	12	9
18	11	13	12
19	13	13	12
20	11	12	9

4º- Promoção do desenvolvimento cognitivo

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	4	3	3
2	6	1	1
3	7	5	2
4	7	5	8
5	6	4	9
6	6	2	7
7	6	5	8
8	5	6	3
9	6	5	8
10	7	5	6
11	7	4	5
12	5	6	4
13	6	5	7
14	6	6	5
15	6	1	7
16	6	6	5
17	6	6	2
18	6	3	8
19	6	6	4
20	6	6	2

5º- Clareza de indícios ou sinais

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	8	9	10
2	12	10	8
3	13	14	12
4	7	12	12
5	13	12	12
6	13	12	13
7	13	13	12
8	13	10	13
9	9	11	13
10	12	13	8
11	13	13	13
12	6	13	13
13	13	13	13
14	13	13	7
15	11	8	10
16	13	13	12
17	13	13	13
18	12	11	12
19	12	12	11
20	12	13	13

6º- Responsividade à mãe

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	4	4	5
2	4	3	1
3	7	9	6
4	5	4	6
5	4	2	8
6	4	4	4
7	5	4	6
8	3	5	6
9	1	2	7
10	4	5	2
11	7	4	7
12	2	5	2
13	4	5	5
14	4	5	2
15	5	1	4
16	7	5	5
17	4	5	3
18	4	4	6
19	8	4	4
20	3	5	3

Caso	<i>Total dos subgrupos maternos</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	38	33	40
2	45	33	30
3	46	45	38
4	47	43	48
5	46	42	50
6	43	32	46
7	44	45	49
8	41	46	43
9	41	41	49
10	44	41	40
11	46	34	43
12	27	44	43
13	42	40	45
14	45	42	40
15	42	23	42
16	45	44	43
17	39	44	34
18	43	42	46
19	44	45	41
20	42	44	33

Caso	<i>Total dos subgrupos do bebé</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	12	13	15
2	16	13	9
3	20	23	18
4	12	16	18
5	17	14	20
6	17	16	17
7	18	17	18
8	16	15	19
9	10	13	20
10	16	18	10
11	20	17	20
12	8	18	15
13	17	18	18
14	17	18	9
15	16	9	14
16	20	18	17
17	17	18	16
18	16	15	18
19	20	16	15
20	15	18	16

<i>Total do NCAFS</i>			
Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	50	46	55
2	61	46	39
3	66	68	56
4	59	59	66
5	63	56	70
6	60	48	63
7	62	62	67
8	57	61	62
9	51	54	69
10	60	59	50
11	66	51	63
12	35	62	58
13	59	58	63
14	62	60	49
15	58	32	56
16	65	62	60
17	56	62	50
18	59	57	64
19	64	61	56
20	57	62	49

<i>Comportamentos contingentes da mãe</i>			
Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	6	7	10
2	11	11	9
3	13	12	10
4	13	11	13
5	13	12	15
6	12	7	14
7	12	13	14
8	12	13	13
9	10	12	14
10	12	12	10
11	12	9	12
12	5	12	13
13	10	9	12
14	13	13	9
15	10	3	11
16	13	12	12
17	10	12	9
18	12	12	13
19	11	13	12
20	11	12	8

Comportamentos contingentes do bebé

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	1	2	1
2	1	1	0
3	1	2	1
4	2	1	1
5	1	1	2
6	1	0	2
7	1	1	1
8	1	2	1
9	0	1	2
10	1	2	1
11	1	1	2
12	1	1	0
13	0	1	1
14	1	1	1
15	1	0	1
16	2	1	1
17	1	1	1
18	1	1	2
19	2	1	1
20	1	1	1

Total dos comportamentos contingentes

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	7	9	11
2	12	12	9
3	14	14	11
4	15	12	14
5	14	13	17
6	13	7	16
7	13	14	15
8	13	15	14
9	10	13	16
10	13	14	11
11	13	10	14
12	6	13	13
13	10	10	13
14	14	14	10
15	11	3	12
16	15	13	13
17	11	13	10
18	13	13	15
19	13	14	13
20	12	13	9

Anexo XLIII– ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REFEIÇÃO

Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS)-30º dia

1º- Sensibilidade a indícios ou sinais

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	16	15	16
2	15	14	16
3	16	16	16
4	16	16	16
5	16	15	16
6	15	13	15
7	16	14	16
8	16	9	14
9	16	16	16
10	16	16	14
11	16	14	16
12	15	16	11
13	16	15	16
14	16	16	16
15	15	16	16
16	16	14	16
17	15	16	15
18	14	12	16
19	16	15	16
20	15	16	16

2º- Resposta ao stress

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	11	10	10
2	11	11	8
3	10	11	9
4	11	10	11
5	11	8	11
6	11	8	8
7	10	8	11
8	11	5	8
9	10	10	11
10	11	10	8
11	10	10	10
12	10	11	7
13	10	10	10
14	10	10	10
15	10	10	10
16	10	8	10
17	10	10	6
18	8	7	10
19	10	10	10
20	10	10	10

3º- Promoção do desenvolvimento sócio-emocional

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	13	14	14
2	14	14	12
3	13	14	13
4	14	14	13
5	14	9	14
6	13	9	11
7	12	10	14
8	12	6	9
9	14	12	14
10	13	11	12
11	12	12	12
12	13	14	11
13	14	13	14
14	12	13	13
15	13	12	14
16	13	9	12
17	13	12	9
18	11	11	13
19	13	12	12
20	13	13	11

4º- Promoção do desenvolvimento cognitivo

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	6	8	8
2	8	4	4
3	5	7	9
4	7	7	7
5	8	3	7
6	6	1	5
7	7	6	9
8	7	4	1
9	7	7	8
10	7	4	4
11	7	4	6
12	7	6	3
13	7	6	8
14	4	6	7
15	6	5	6
16	7	4	5
17	6	6	3
18	7	5	6
19	8	8	5
20	6	7	7

5º- Clareza de indícios ou sinais

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	13	14	15
2	12	15	12
3	12	13	15
4	13	13	13
5	13	13	14
6	11	13	11
7	12	13	14
8	12	8	13
9	13	13	13
10	13	14	12
11	13	13	13
12	13	13	13
13	13	13	13
14	13	12	13
15	11	12	14
16	12	12	12
17	12	12	11
18	10	11	11
19	15	12	13
20	11	14	12

6º- Responsividade à mãe

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	7	7	10
2	9	9	7
3	5	7	9
4	8	9	8
5	8	6	8
6	6	6	4
7	5	7	10
8	5	4	6
9	7	6	9
10	8	7	5
11	4	6	7
12	8	8	4
13	7	4	10
14	6	4	5
15	5	6	7
16	7	5	5
17	7	5	5
18	7	1	5
19	10	3	5
20	8	6	6

Caso	<i>Total dos subgrupos maternos</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	46	47	48
2	48	43	40
3	44	48	47
4	48	47	47
5	49	35	48
6	45	31	39
7	45	38	50
8	46	24	32
9	47	45	49
10	47	41	38
11	45	40	44
12	45	47	32
13	47	44	48
14	42	45	46
15	44	43	46
16	46	35	43
17	44	44	33
18	40	35	45
19	47	45	43
20	44	46	44

Caso	<i>Total dos subgrupos do bebé</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	20	21	25
2	21	24	19
3	17	20	24
4	21	22	21
5	21	19	22
6	17	19	15
7	17	20	24
8	17	12	19
9	20	19	22
10	21	21	17
11	17	19	20
12	21	21	17
13	20	17	23
14	19	16	18
15	16	18	21
16	19	17	17
17	19	17	16
18	17	12	16
19	25	15	18
20	19	20	18

Caso	<i>Total do NCAFS</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	66	68	73
2	69	67	59
3	61	68	71
4	69	69	68
5	70	54	70
6	62	50	54
7	62	58	74
8	63	36	51
9	67	64	71
10	68	62	55
11	62	59	64
12	66	68	49
13	67	61	71
14	61	61	64
15	60	61	67
16	65	52	60
17	63	61	49
18	57	47	61
19	72	60	61
20	63	66	62

Caso	<i>Comportamentos contingentes da mãe</i>		
	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	14	12	14
2	15	13	9
3	12	15	15
4	14	13	12
5	14	9	15
6	14	8	8
7	12	10	15
8	13	7	8
9	13	12	15
10	13	11	9
11	12	13	12
12	12	14	6
13	13	11	14
14	11	13	13
15	11	11	14
16	13	9	11
17	11	12	7
18	10	8	12
19	14	11	12
20	12	14	13

Comportamentos contingentes do bebé

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	2	1	3
2	2	3	2
3	1	2	2
4	2	2	2
5	2	2	2
6	2	2	1
7	1	2	3
8	1	1	2
9	2	1	2
10	2	2	1
11	1	2	2
12	2	2	2
13	2	1	3
14	2	1	1
15	1	1	2
16	2	1	1
17	1	1	2
18	2	0	1
19	2	1	1
20	1	1	1

Total dos comportamentos contingentes

Caso	Controlo	Exp.I	Exp.II
1	16	13	17
2	17	16	11
3	13	18	17
4	16	15	14
5	16	11	17
6	16	10	9
7	13	12	18
8	14	8	10
9	15	13	17
10	15	13	10
11	13	15	14
12	14	16	8
13	15	12	17
14	13	14	14
15	12	12	16
16	15	10	12
17	12	13	9
18	12	8	13
19	16	12	13
20	13	15	14

Anexo XLIV – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA NCAFS

	Média e desvio padrão			
	Baixa escolaridade		Alta escolaridade	
	M	dp	M	dp
MÃE				
1º grupo	12,92	2,51	13,47	2,06
2º grupo	9,43	2,10	9,96	1,43
3º grupo	10,73	2,58	11,64	2,10
4º grupo	5,32	2,31	6,11	2,22
<i>Total mãe</i>	<i>38,40</i>	<i>7,59</i>	<i>41,18</i>	<i>5,95</i>
C.CONTINGENTES	11,29	3,25	12,42	2,52
Bebê				
5º grupo	12,68	2,08	12,56	2,05
6º grupo	7,14	2,27	7,64	2,24
<i>Total bebê</i>	<i>19,82</i>	<i>3,88</i>	<i>20,20</i>	<i>3,86</i>
TOTAL	58,22	10,12	61,38	8,74

Mães com idades compreendidas entre 19 e 25 anos e bebês de 1 a 12 meses de idade.

Baixa escolaridade - menos de 12 anos

Alta escolaridade - 12 anos ou mais

NCAFS-Percentil 10

		1-5 meses
<i>Total mãe</i>	Caucasiana	36
	Afro-americana	34
	Hispânica	34
<i>Total bebê</i>	Caucasiana	15
	Afro-americana	14
	Hispânica	14
TOTAL	Caucasiana	52
	Afro-americana	49
	Hispânica	49

O percentil 10 da NCAFS, inclui crianças entre 1 e 5 meses de idade e mães com idade igual ou superior a 20 anos e com uma escolaridade igual ou superior a 12 anos (954).

Anexo XLV– ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO HOME:

AOS 8 MESES	
1º grupo (0-11)	Mediana-9,85 Média-9,39
2º grupo (0-8)	Mediana-5,99 Média-5,75
3º grupo (0-6)	Mediana-5,01 Média-4,88
4º grupo (0-9)	Mediana-7,07 Média-6,83
5º grupo (0-6)	Mediana-5,08 Média-4,76
6º grupo (0-5)	Mediana-2,80 Média-2,80

Anexo XLVI – ANÁLISE MULTIVARIADA

MÉTODO: REGRESSÃO MÚLTIPLA (ajustada pelos grupos)

Variável dependente – duração do aleitamento materno exclusivo.

Variáveis independentes:	Coefficiente de regressão	Beta padron.	C.correlação parcial®	P
PESO	1,13	0,40	0,40	0,002
NCAFTOT	0,76	0,11	0,11	0,40
NCAFTM	2,26	0,31	0,30	0,02
PESONASC	0,00	0,06	0,06	0,63
IDADEMÃE	2,66	0,19	0,18	0,16
GRAFFARD	3,62	0,03	0,03	0,80
HABMÃE	1,02	0,05	0,05	0,69
HABPAI	0,62	0,03	0,03	0,82
FICH3-2	17,80	0,14	0,14	0,27
FICH3-5	24,13	0,22	0,22	0,09
FICH3-16	18,96	0,16	0,16	0,22
FICH3-20	-9,21	-0,07	-0,07	0,58
AXB	0,04	0,05	0,05	0,69
CEDE	0,21	0,10	0,09	0,46
FISHBEIN	0,06	0,08	0,08	0,54
F	-39,21	-0,18	-0,18	0,15
P-G	-6,02	-0,20	-0,19	0,15
NPI2	1,85	0,11	0,11	0,39
NPI30	0,45	0,03	0,03	0,79
BOTHER	-3,95	-0,32	-0,31	0,01
SEXO	-3,19	-0,03	-0,03	0,82
NBASREG	2,22	0,21	0,20	0,11
NBM5	-0,08	-0,00	-0,00	0,95
N-1	2,30	0,08	0,08	0,54
N-2	4,11	0,09	0,09	0,50
N-3	2,38	0,08	0,08	0,52
N-4	1,78	0,06	0,06	0,65
N-5	2,85	0,10	0,10	0,43
N-6	2,53	0,08	0,08	0,52
NB	1,79	0,10	0,10	0,41
NM	0,97	0,09	0,09	0,46
CONT3	2,64	0,12	0,12	0,33
N1M	9,29	0,23	0,22	0,08
N2M	12,85	0,32	0,31	0,01
N3M	7,78	0,24	0,23	0,07
N4M	10,71	0,36	0,34	0,008
N5M	6,88	0,16	0,16	0,22
N6M	3,92	0,14	0,13	0,30
NBM	3,12	0,16	0,16	0,21
NMM	3,46	0,34	0,33	0,01
CONT30	3,45	0,17	0,16	0,21

Anexo XLVII – ANÁLISE MULTIVARIADA

MÉTODO: REGRESSÃO MÚLTIPLA (ajustada pelos grupos)

Variável dependente – duração do aleitamento materno não-exclusivo.				
Variáveis independentes:	Coefficiente de regressão	Beta padron.	C.correlação parcial ®	p
SUPL	1,96	0,68	0,68	0,001
PESO	1,60	0,19	0,19	0,13
NCAFTOT	2,68	0,13	0,13	0,30
NCAFTM	5,91	0,28	0,27	0,03
PESONASC	0,02	0,07	0,07	0,59
IDADEMÃE	8,76	0,22	0,21	0,11
GRAFFARD	22,64	0,07	0,07	0,58
HABMAE	-4,11	-0,07	-0,07	0,57
HABPAI	-9,18	-0,15	-0,15	0,24
FICH3-2	11,01	0,03	0,03	0,81
FICH3-5	67,78	0,21	0,21	0,09
FICH3-16	82,81	0,25	0,24	0,06
FICH3-20	-47,92	-0,13	-0,13	0,32
AXB	0,08	0,03	0,03	0,82
CEDE	0,41	0,06	0,06	0,62
FISHBEIN	0,12	0,05	0,05	0,70
F	-1,94	-0,00	-0,00	0,98
P-G	-1,34	-0,01	-0,01	0,91
NPI2	7,61	0,16	0,16	0,22
NPI30	-5,03	-0,13	-0,13	0,30
BOTHER	-9,02	-0,25	-0,25	0,06
SEXO	35,46	0,11	0,11	0,37
NBASREG	1,87	0,06	0,06	0,64
NBM5	-6,32	-0,22	-0,22	0,09
N-1	9,64	0,11	0,11	0,37
N-2	14,26	0,10	0,10	0,41
N-3	10,37	0,12	0,12	0,33
N-4	10,45	0,12	0,12	0,35
N-5	7,73	0,09	0,09	0,46
N-6	3,60	0,04	0,04	0,75
NB	3,87	0,08	0,08	0,54
NM	4,31	0,15	0,15	0,25
CONT3	8,37	0,14	0,14	0,28
N1M	26,96	0,23	0,23	0,08
N2M	35,42	0,31	0,29	0,02
N3M	15,78	0,17	0,16	0,20
N4M	25,12	0,29	0,28	0,03
N5M	20,21	0,16	0,16	0,21
N6M	12,72	0,15	0,15	0,24
NBM	9,71	0,17	0,17	0,17
NMM	8,54	0,29	0,28	0,03
CONT30	8,88	0,15	0,15	0,26

Anexo XLVIII – ANÁLISE MULTIVARIADA

MÉTODO: REGRESSÃO MÚLTIPLA (ajustada pelos grupos)

Variável dependente – Quantidade de leite que passa da mãe para o bebê durante uma mamada ao 3º dia de vida.

Variáveis independentes:	Coefficiente de regressão	Beta padron.	C.correlação parcial ®	p
NCAFTOT	0,89	0,36	0,36	0,004
PESONASC	0,00	0,18	0,18	0,15
IDADEMÃE	-0,32	-0,06	-0,06	0,63
GRAFFARD	-3,75	-0,09	-0,09	0,46
HABMAE	0,69	0,10	0,10	0,44
HABPAI	0,86	0,12	0,11	0,37
FICH3-2	12,14	0,27	0,27	0,03
FICH3-5	-6,91	-0,17	-0,18	0,17
FICH3-16	3,93	0,09	0,09	0,47
FICH3-20	7,90	0,18	0,17	0,18
AXB	-0,08	-0,24	-0,24	0,06
CEDE	-0,02	-0,03	-0,03	0,81
FISHBEIN	-0,06	-0,21	-0,22	0,09
F	-10,81	-0,14	-0,14	0,27
P-G	-1,84	-0,17	-0,16	0,21
NPI2	1,12	0,20	0,19	0,14
SEXO	-2,49	-0,06	-0,06	0,61
NBASREG	0,29	0,07	0,07	0,55
N-1	2,66	0,26	0,26	0,04
N-2	3,02	0,18	0,18	0,15
N-3	2,59	0,26	0,26	0,04
N-4	3,23	0,32	0,30	0,02
N-5	2,74	0,27	0,28	0,03
N-6	3,49	0,32	0,33	0,01
NB	2,05	0,34	0,35	0,007
NM	1,15	0,32	0,32	0,01
CONT3	2,55	0,34	0,34	0,007

Anexo XLIX – ANÁLISE MULTIVARIADA

MÉTODO: REGRESSÃO MÚLTIPLA (ajustada pelos grupos)

Variável dependente – interação entre mãe e bebê durante a mamada ao 3º dia de vida-
NCAFS.

Variáveis independentes:	Coefficiente de regressão	Beta padron.	C.correlação parcial ®	p
PESO	0,15	0,37	0,36	0,004
PESONASC	0,00	0,04	0,04	0,73
IDADEMÃE	0,10	0,05	0,04	0,72
GRAFFARD	-0,95	-0,06	-0,05	0,65
HABMAE	0,50	0,17	0,17	0,18
HABPAI	0,66	0,22	0,21	0,09
FICH3-2	2,10	0,11	0,11	0,38
FICH3-5	0,17	0,01	0,01	0,93
FICH3-16	0,71	0,04	0,04	0,75
FICH3-20	3,32	0,18	0,17	0,18
AXB	-0,04	-0,32	-0,32	0,01
CEDE	-0,06	-0,20	-0,20	0,13
FISHBEIN	-0,04	-0,35	-0,35	0,006
F	-0,45	-0,01	-0,01	0,91
P-G	-0,99	-0,22	-0,21	0,10
NPI2	0,76	0,32	0,31	0,02
SEXO	0,15	0,01	0,01	0,93
NBASREG	0,08	0,05	0,05	0,69

Anexo L – ANÁLISE MULTIVARIADA

MÉTODO: REGRESSÃO MÚLTIPLA (ajustada pelos grupos)

Variável dependente – interacção entre mãe e bebé durante a mamada ao 30º dia de vida-
NCAFS.

Variáveis independentes:	Coefficiente de regressão	Beta padron.	C.correlação parcial @	p
PESO	0,04	0,10	0,10	0,42
NCAFTOT	0,10	0,10	0,11	0,40
PESONASC	0,00	0,00	0,00	0,96
IDADEMÃE	0,62	0,32	0,32	0,01
GRAFFARD	0,91	0,06	0,06	0,63
HABMAE	-0,22	-0,08	-0,08	0,50
HABPAI	0,22	0,08	0,08	0,54
FICH3-2	4,54	0,26	0,27	0,03
FICH3-5	4,61	0,30	0,31	0,01
FICH3-16	1,45	0,09	0,09	0,48
FICH3-20	0,24	0,01	0,01	0,91
AXB	0,00	0,04	0,04	0,72
CEDE	0,02	0,07	0,07	0,59
FISHBEIN	0,00	0,06	0,06	0,60
F	3,95	0,13	0,14	0,28
P-G	-0,33	-0,32	-0,31	0,01
NPI2	-0,14	-0,06	-0,06	0,63
NPI30	-0,12	-0,06	-0,07	0,59
BOTHER	-0,05	-0,03	-0,03	0,80
SEXO	0,34	0,02	0,02	0,85
NBASREG	0,19	0,13	0,13	0,31
NBM5	0,14	0,10	0,10	0,41
N-1	-0,22	-0,05	-0,05	0,66
N-2	0,78	0,12	0,12	0,33
N-3	0,13	0,03	0,03	0,79
N-4	0,80	0,20	0,20	0,12
N-5	-0,13	-0,03	-0,03	0,77
N-6	1,04	0,25	0,26	0,04
NB	0,27	0,11	0,12	0,35
NM	0,11	0,08	0,08	0,51
CONT3	0,02	0,01	0,01	0,93

Anexo LI – CÓDIGOS UTILIZADOS NAS REGRESSÕES MÚLTIPLAS

SUPL	-Início da suplementação
PESO	-Quantidade de leite transferido ao 3º dia de vida
NCAFTOT	-Total da NCAFS ao 3º dia de vida
NCAFTM	-Total da NCAFS ao 30º dia de vida
PESONASC	-Peso à nascença
IDADEMÃE	-Idade da mãe
GRAFFARD	-Índice de Graffard
HABMÃE	-Escolaridade materna
HABPAI	-Escolaridade paterna
FICH3-2	-Frequência de aulas de preparação para o parto
FICH3-5	-Gestação planeada ou desejada
FICH3-16	-A mãe planeou a duração do AM
FICH3-20	-A mãe ter sido amamentada
AXB	-Atitude perante o comportamento
CEDE	-Norma subjectiva
FISHBEIN	-Soma da atitude perante o comportamento e da norma subjectiva
F	-Intenção de amamentar
P-G	-Manutenção da amamentação
NPI2	-Expectativas maternas face ao bebé ao 2º dia de vida
NPI30	-Expectativas maternas face ao bebé ao 30º dia de vida
BOTHER	-Grau de preocupação materno quanto ao comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida
SEXO	-Sexo feminino
REG	-Regulação dos estádios ao 3º dia de vida
NBM5	-Regulação dos estádios ao 30º dia de vida
N-1	-1º subgrupo da NCAFS ao 3º dia de vida
N-2	-2º subgrupo da NCAFS ao 3º dia de vida
N-3	-3º subgrupo da NCAFS ao 3º dia de vida
N-4	-4º subgrupo da NCAFS ao 3º dia de vida
N-5	-5º subgrupo da NCAFS ao 3º dia de vida
N-6	-6º subgrupo da NCAFS ao 3º dia de vida
NB	-Total dos subgrupos do bebé ao 3º dia de vida
NM	-Total dos subgrupos maternos ao 3º dia de vida
CONT3	-Comportamentos contingentes ao 3º dia de vida
N1M	-1º subgrupo da NCAFS ao 30º dia de vida
N2M	-2º subgrupo da NCAFS ao 30º dia de vida
N3M	-3º subgrupo da NCAFS ao 30º dia de vida
N4M	-4º subgrupo da NCAFS ao 30º dia de vida
N5M	-5º subgrupo da NCAFS ao 30º dia de vida
N6M	-6º subgrupo da NCAFS ao 30º dia de vida
NBM	-Total dos subgrupos do bebé ao 30º dia de vida
NMM	-Total dos subgrupos maternos ao 30º dia de vida
CONT30	-Comportamentos contingentes ao 30º dia de vida

Execução Gráfica
Publicações Ciência e Vida, Lda.
Telef. 342 05 65-342 79 89; Fax 346 02 24