

# A amamentação, o feminino e o materno

*ANA MARGARIDA ROCHA (\*)*

*ISABEL LEAL (\*\*)*

*JOÃO MAROCO (\*)*

## INTRODUÇÃO

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

Uma abordagem à questão da amamentação implica, do nosso ponto de vista, uma aproximação às questões dos estereótipos de género e da dualidade entre o feminino e o materno, existente na identidade social feminina. Assim, a questão de partida desta investigação, assenta na ideia de que as crenças vigentes acerca da amamentação, veiculadas pela ideologia médica e clínica, traduzem uma forma velada, e, talvez por isso mesmo tão vinculativa, de pressionar as mulheres para a

prática da amamentação, não tanto pelos reais benefícios para a criança em termos da sua saúde física e psicológica, mas sobretudo em nome da manutenção de uma ordem social que determina uma subalternidade feminina, conseguida pela sua maior afectação ao espaço social doméstico e familiar. Importa por isso ter em conta, o modo como os estereótipos e as identidades de género se caracterizam, se constroem e são interiorizados pelos indivíduos, a fim de compreender a imposição da amamentação às mulheres, numa época em que a vacinação e as condições de vida e de higiene das sociedades ocidentais parecem garantir, como nunca noutra época histórica, condições de salubridade e sobrevivência às crianças.

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

Apenas nesta altura foi possível encarar o género como uma construção social, que atribui à defi-

---

(\*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Bolseira de Doutoramento FCT SFRH/BD/32112/2006.

(\*\*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. E-mail: ileal@ispa.pt

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

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

Por outro lado, o ser feminino encerra em si, do ponto de vista das representações sociais que sobre ele recaem, uma dualidade contraditória entre duas dimensões: o feminino, associado à sexualidade, à malignidade e à individualidade, e, por isso, incontrolável pela ordem social; e o materno, significante de afecto, cuidado, defesa do outro e altruísmo. E é à dimensão materna que o feminino é frequentemente reduzido, por ser a dimensão socialmente desejável (Leal, 2001). Faz-se crer à mulher que o seu destino é ser mãe, activando mecanismos de culpabilização quando tal não é o seu desejo, como se esta fosse a única dimensão do feminino. No entanto, esta ideologia, alicerçada na capacidade biológica de gerar e ter um filho,

nem sempre tem correspondente na dimensão social e antropológica de ser mãe, que, na cultura ocidental, assume o significado de conter, amparar e apoiar (Leal, 2001). Esta constatação adquire um novo significado na modernidade, época em que muitas mulheres, ao nível da sua identidade, valorizam outras dimensões da sua condição feminina, tais como o trabalho, a carreira profissional, as relações afectivas, o lazer. “ (...) não há dúvida que já nos afastámos de um estereótipo do materno tecido num velho instinto materno ou numa disposição inata para o acontecimento” (Leal, 2001, p. 67).

E, contudo, esta verdade já o era noutros contextos históricos. Badinter (1980), que descreveu a história do amor maternal entre os séculos XVII e XX, demonstrou que não se trata de uma actividade instintiva, tendo verificado que ao longo do tempo se revelou “incerto”. Em épocas onde se registavam elevadas taxas de mortalidade infantil, frequentemente as crianças das classes mais abastadas eram cuidadas e amamentadas por amas de classes mais desfavorecidas, o que diminuía as probabilidades de sobrevivência, pelas condições insalubres em que frequentemente viviam. E será sobretudo em nome da necessidade de diminuir as taxas de mortalidade infantil<sup>1</sup>, numa época que a consciência demográfica começara a despertar, que a ordem social irá progressivamente obrigar a mulher a regressar à sua função de amamentação e de cuidar dos filhos, apelando ao seu sentido de dever, culpabilizando-a e ameaçando-a, até que regresse a essa função, tantas vezes entendida como natural e espontânea (Badinter, 1980). Ora, se em determinado contexto social e histórico, ela é obrigada a regressar, é porque não é inerente à sua condição biológica de mulher, mas antes à condição social

---

<sup>1</sup> Ariés (1988) retrata a história da progressiva valorização social da criança, que até ao século XVII, não se distinguia do mundo dos adultos. As elevadas taxas de mortalidade infantil para isso contribuíam, não se vinculando os adultos a um ser que tinha fortes probabilidades de não sobreviver. Foi contudo esta realidade que, de igual modo, conduziu à mudança de mentalidades e à transição para o estatuto social da criança como indivíduo com características e necessidades específicas, quando se constatou tratar-se de um bem raro, e portanto, precioso.

que lhe é destinada: “Duzentos anos de ideologia maternal e o desenvolvimento de processos de ‘responsabilização’ da mãe modificou radicalmente as atitudes (...), temos assim a prova de que a maternidade nem sempre é a preocupação primeira e instintiva da mulher (...)” (Badinter, 1980, p. 343).

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

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

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

Filteau (2000) questiona se a prática da amamentação se mantém devido a razões emocionais ou a evidências experimentais. Esta questão deve ser recentrada em termos teóricos, no sentido de se perceber se as crenças de saúde deste âmbito são subsidiárias da manutenção de estereótipos

do género e de atribuições causais, destinadas a, sub-repticiamente, continuar a vincular de forma definitiva, cuidados parentais à maternalização (Leal, 2001).

Como a amamentação constitui uma competência associada à função materna, importa perceber se as políticas de promoção do aleitamento materno traduzem estratégias sociais de manutenção da assimetria dos géneros, ou se efectivamente correspondem a reais e significativos benefícios para a saúde e bem-estar das crianças. Tal como foi demonstrado na revisão de literatura feita (Rocha & Leal, 2007), o consenso não está estabelecido, verificando-se que os estudos são na sua maioria de cariz genérico e os resultados empíricos incongruentes.

## MÉTODO

Esta investigação enquadra-se nos estudos de carácter comparativo, avaliando os indicadores da saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças em função do tipo de alimentação e sua duração.

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

### *Amostra*

A amostra é constituída por 300 fichas clínicas de crianças de ambos os sexos (150 do sexo feminino e as restantes 150 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 0 e os 64 meses,  $M=33,86$  meses,  $DP=18,250$ . Trata-se de uma amostra não-probabilística por conveniência, tendo como condição de inclusão, a utilização por parte dos pediatras do Teste de Sheridan, que avalia o desenvolvimento das crianças dos zero aos cinco anos, ao nível da postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; e comportamento e adaptação social.

### *Procedimento*

Foram contactados médicos pediatras e seleccionados os que estavam disponíveis para colaborar na investigação e que cumpriam o critério de inclusão

(utilização em consulta do Teste de Sheridan para avaliar o desenvolvimento das crianças).

Explicou-se quais os objectivos do estudo, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

Foram construídos dois instrumentos: um de caracterização global da criança e características do aleitamento e outro de avaliação dos diferentes aspectos da saúde, desenvolvimento e alterações comportamentais das crianças.

Posteriormente, foi realizada a análise de conteúdo das fichas médicas pediátricas, preenchendo os instrumentos então construídos.

### *Análise dos Dados*

Para análise estatística dos dados (descritiva e inferencial) recorreu-se ao *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 14.0 Base Windows (SPSS Inc, Chicago). A comparação inferencial de grupos definidos pelo tipo de alimentação e duração do aleitamento, foi efectuada pelo ANOVA em ordens de Kruskal-Wallis uma vez que as variáveis sob estudo são de natureza ordinal e ou não verificam os pressupostos de aplicação da ANOVA paramétrica. As associações entre variáveis foram avaliadas com o coeficiente de correlação de Spearman. Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos com  $p < 0.05$ .

### *Instrumentos*

Pela metodologia utilizada foi necessário construir dois tipos de instrumentos:

#### **1 – Instrumento de caracterização**

- a) Sociodemografia (sexo da criança, idade da criança e dos pais, número de irmãos e respectivas idades);
- b) Do tipo de alimentação: aleitamento materno<sup>2</sup> (quando o bebé se alimenta exclusivamente de leite materno), misto (quando o bebé é alimentado com leite materno e simultaneamente com leite artificial e/ou outros ali-

mentos) e adaptado (quando o bebé é alimentado exclusivamente de leite adaptado e/ou outros alimentos).

- c) Da duração do tipo de alimentação: foi feito o registo tendo em conta a duração do tipo de aleitamento até ao 1.º mês, até ao 2.º mês, até ao 3.º mês, até ao 4.º mês e até ao 5.º mês ou mais.
- d) Dos antecedentes de saúde: a existência ou não de antecedentes familiares de doença e de intercorrências no período da gravidez, o tempo de gestação (pré-termo e termo) e o tipo de parto (eutócito, fórceps, ventosa e cesariana).

#### **2 – Instrumento de avaliação**

- a) Dos aspectos da saúde geral da criança: nesta categoria foram incluídas as referências expressas nas fichas clínicas à saúde geral das crianças, às doenças que foram manifestando ao longo do seu desenvolvimento e frequência da ocorrência das doenças.
- b) Dos aspectos do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal: nesta categoria foram incluídos os aspectos avaliados no Teste de Sheridan, ou seja, a postura e motricidade global, a visão e motricidade fina, a audição e linguagem, e o comportamento e adaptação social.
- c) Das alterações comportamentais: nesta categoria foram contempladas as seguintes alterações comportamentais – parasótrias (perturbação do sono), perturbações alimentares, perturbações do comportamento, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social.

O preenchimento deste instrumento foi feito por recurso ao parecer de especialistas que classificaram o material da seguinte forma:

- a) Para a **dimensão saúde** foi utilizada uma escala ordinal de cinco pontos:
  - 1 - *Muito saudável* – considera-se uma criança muito saudável quando esta nunca sofreu um episódio de doença (ausência de patologia);
  - 2 - *Saudável* – uma criança é classificada como sendo saudável quando ao longo do seu desenvolvimento teve menos de três episódios de doença por ano (globalmente sem patologia);
  - 3 - *Medianamente saudável* – é atribuída esta

---

<sup>2</sup> Para efeitos deste estudo considera-se aleitamento materno como sinónimo de amamentação, uma vez que todos os sujeitos da amostra foram alimentados com leite materno através de peito e por isso, não se justifica fazer a diferenciação.

classificação a uma criança que manifestou entre três e cinco episódios de doença por ano (inclusive);

- 4 - *Doente* – uma criança é considerada doente quando tem patologia crónica (com duração de dois anos ou previsível de ser mais de dois anos) ou quanto teve seis ou mais episódios de doença por ano;
- 5 - *Muito doente* – é a designação que se dá quando existe patologia crónica com interferência grave do padrão de desenvolvimento psicomotor e estatura-ponderal ou da vida diária.

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

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

- 1 - *Muito bom* – é atribuída esta classificação quando o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal da criança se situam francamente acima da média;
- 2 - *Bom* – o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal é considerado bom quando se encontram acima da média esperada tendo em conta o grupo etário de referência;
- 3 - *Médio* – aplica-se esta designação quando o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal são adequados, ou seja estão dentro da média;
- 4 - *Fraco* – atribui-se este valor quando os padrões se situam dentro da normalidade, mas no limiar das aquisições (limiar inferior da normalidade);
- 5 - *Muito fraco* – o desenvolvimento e evolução estatura-ponderal são considerados muito fracos quando estão abaixo do limite inferior da normalidade.

A análise desta dimensão é feita directamente na análise das fichas clínicas. Assim, quando os pediatras usam expressões como “excelente DPM<sup>3</sup>” ou “ótimo DPM” atribuímos a classificação 1; quando anotam “bom DPM” ou “boa evolução EP<sup>4</sup>” é atribuído o valor 2; “adequado DPM” ou

“normal DPM” é classificado com o valor 3. No caso das classificações 4 e 5 para além de expressões que utilizam as palavras fraco ou muito fraco respectivamente, são tidas em conta anotações face a aspectos específicos do desenvolvimento, tais como, o controlo dos esfíncteres e a linguagem (aspectos mais frequentemente focados). Uma vez que o critério essencial que discrimina os valores desta dimensão é a idade, será atribuído 4 ou 5 consoante a amplitude da idade face ao esperado (valor 4 quando era suposto ter atingido a aquisição há um ano atrás e o 5 quando já passaram um ou mais anos ou ainda se estão referenciados os sinais de alarme do Teste de Sheridan).

## RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos, para a variável **tipo de alimentação** não se observaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da classificação da saúde (Figura 1), ao nível do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Figura 2) e ainda no que diz respeito às alterações comportamentais (parasómiás, perturbações alimentares, perturbações do comportamento, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social) ( $p>0.05$ ).

O Quadro 1 apresenta as frequências das alterações comportamentais em função do tipo de alimentação. Pela observação do referido quadro, verifica-se que o valor percentual mais elevado corresponde às crianças amamentadas e sem dificuldades de adaptação social (63,7%). É de salientar ainda que as crianças alimentadas com leite misto não manifestam perturbações da linguagem, bem como as crianças alimentadas com leite adaptado. Estas últimas não apresentam também parasómiás e perturbações na adaptação social.

Também para a variável **duração do tipo de alimentação** não se verificou a ocorrência de significância estatística ( $p>0.05$ ) para nenhum dos aspectos avaliados: classificação da saúde (Figuras 3 e 4), desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal (Figuras 5 e 6) e alterações comportamentais (Quadro 2).

<sup>3</sup> DMP: sigla utilizada pelos pediatras para designar desenvolvimento psicomotor.

<sup>4</sup> EP: sigla utilizada pelos pediatras para designar estatura-ponderal.

FIGURA 1  
**Distribuição da classificação da saúde por tipo de alimentação**  
*(Kruskal-Wallis  $H(2)=0.039$ ;  $p=0.981$ ;  $N=300$ )*

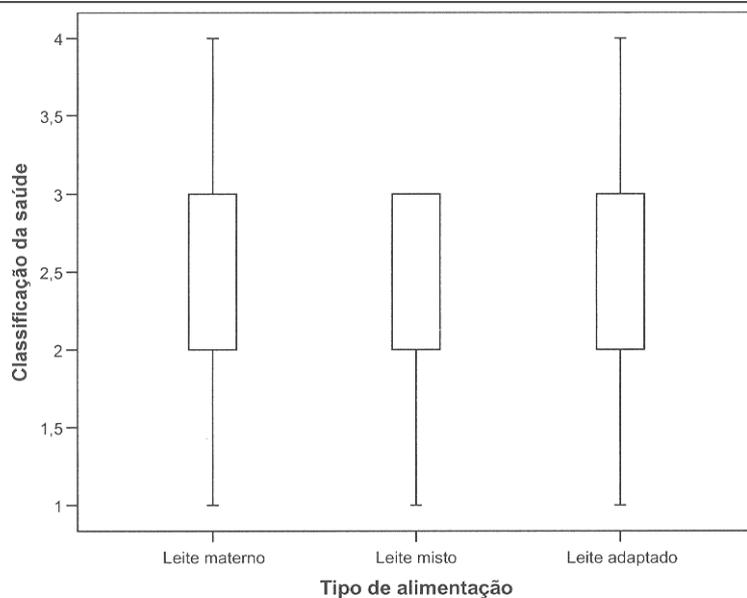
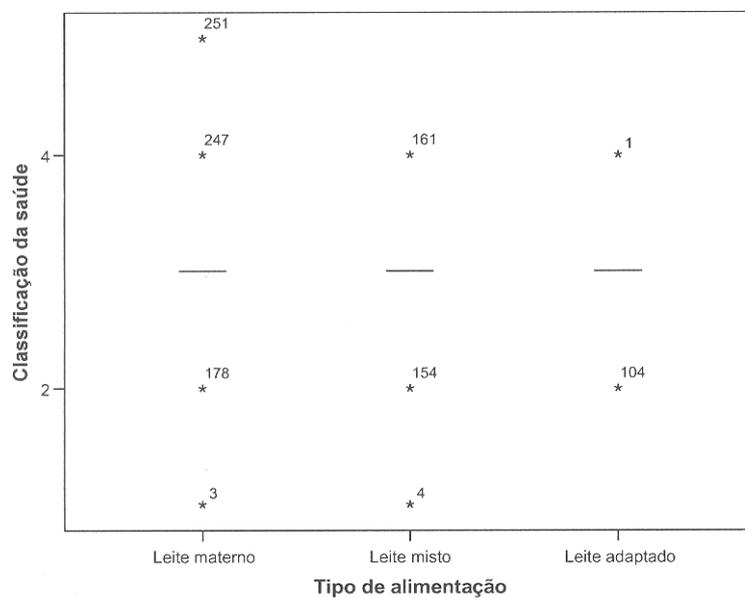


FIGURA 2  
**Distribuição da classificação do desenvolvimento por tipo de alimentação**  
*(Kruskal-Wallis  $H(2)=0.573$ ;  $p=0.760$ ;  $N=300$ )*



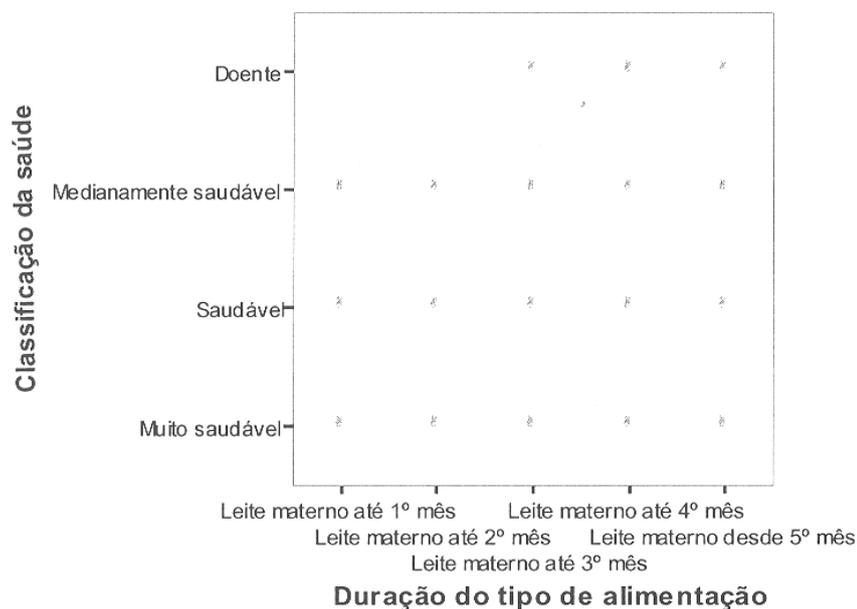
QUADRO 1

Estática descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tipo de alimentação

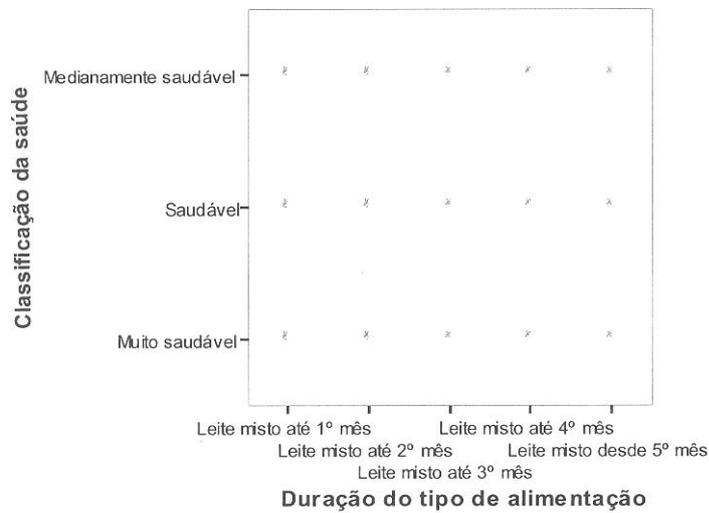
	Leite Materno n=194	Leite Misto n=65	Leite Adaptado n=41
<b>Alterações Comportamentais</b>			
Sem Parasómiás	58,7	19,3	13,7
Com Parasómiás	6,0	2,3	0,0
Sem Perturbações Alimentares	59,3	21,0	13,0
Com Perturbações Alimentares	5,3	0,7	0,7
Sem Perturbações do Comportamento	57,3	19,0	11,7
Com Perturbações do Comportamento	7,3	2,7	2,0
Sem Perturbações da Linguagem	63,3	21,7	13,7
Com Perturbações da Linguagem	1,3	0,0	0,0
Sem Dificuldades na Adaptação Social	63,7	21	13,7
Com Dificuldades na Adaptação Social	1,0	0,7	0,0

FIGURA 3

Diagrama de dispersão da classificação da saúde em função da duração do tipo de alimentação – Leite Materno  
( $R_s=0.104$ ;  $p=0.149$ ;  $N=194$ )



**FIGURA 4**  
**Diagrama de dispersão da classificação da saúde em função da duração do**  
**tipo de alimentação – Leite Misto**  
**( $R_s=0.214$ ;  $p=0.087$ ;  $N=65$ )**



**FIGURA 5**  
**Diagrama de dispersão da classificação do desenvolvimento e evolução estatura-ponderal em**  
**função da duração do tipo de alimentação – Leite Materno**  
**( $R_s=0.140$ ;  $p=0.051$ ;  $N=194$ )**

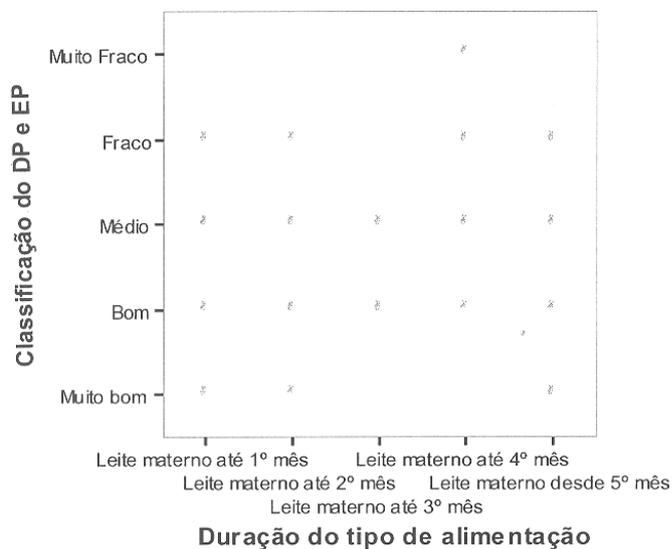
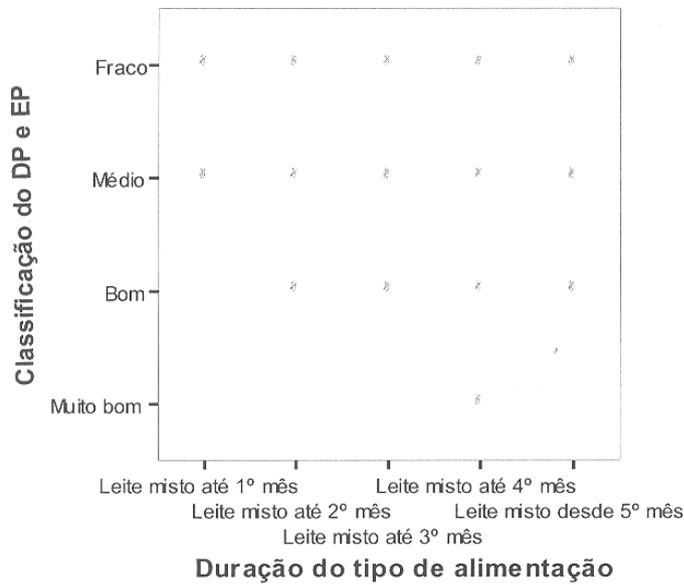


FIGURA 6

**Diagrama de dispersão da classificação do desenvolvimento e evolução estatura-ponderal em função da duração do tipo de alimentação – Leite Misto**  
 ( $R_s = -0.052$ ;  $p = 0.679$ ;  $N = 65$ )



QUADRO 2

*Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função da duração do tipo de alimentação*

Saúde	Leite Materno n=194					Leite Misto n=65				
	1.ºM	2.ºM	3.ºM	4.ºM	5.ºM	1.ºM	2.ºM	3.ºM	4.ºM	5.ºM
Sem Parasómiás	23,2	21,2	10,3	27,3	8,8	13,8	32,3	10,8	18,5	13,8
Com Parasómiás	1,5	1,5	0,5	4,6	1,0	0,0	4,6	3,1	1,5	1,5
S/ Pert. Alimentares	22,7	21,1	10,3	28,9	8,8	13,8	35,4	12,3	20,0	15,4
C/ Pert. Alimentares	2,1	1,5	0,5	3,1	1,0	0,0	1,5	1,5	0,0	0,0
Sem Pert. do Comp.	23,2	21,1	9,8	25,8	8,8	10,8	30,8	13,8	18,5	13,8
Com Pert. do Comp.	1,5	1,5	1,0	6,2	1,0	3,1	6,2	0,0	1,5	1,5
Sem Pert. da Ling.	23,7	22,2	10,8	31,4	9,8	13,8	36,9	13,8	20,0	15,4
Com Pert. da Ling.	1,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
S/ Dif na Adap. Social	24,2	22,2	10,3	32,0	9,8	13,8	35,4	13,8	20,0	13,8
C/ Dif na Adap. Social	0,5	0,5	0,5	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5

Ainda através do Quadro 2, verifica-se que a frequência relativa mais elevada (36,9 %), corresponde ao grupo de crianças alimentadas com leite misto até ao 2.º mês e sem perturbações da linguagem. Observa-se também que as crianças amamentadas até ao 3.º mês e 5.º mês não apresentam perturbações da linguagem e as crianças alimentadas desta forma até ao 4.º mês não têm dificuldades na adaptação social. Por sua vez, as crianças alimentadas com leite misto até ao 1.º mês não apresentam parasómiias, perturbações alimentares, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social; as crianças alimentadas até ao 2.º mês não manifestam perturbações da linguagem; nas crianças alimentadas desta forma até ao 3.º mês não se verifica a existência de perturbações do comportamento, linguagem e dificuldades na adaptação social; até ao 4.º mês, as crianças não apresentam perturbações alimentares, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social; e por fim as crianças alimentadas com leite misto até ao 5.º mês ou mais não apresentam perturbações alimentares e perturbações da linguagem.

Tendo em conta que a saúde, bem-estar e desenvolvimento infantil, são susceptíveis de sofrer influências de múltiplos factores, a avaliação das variáveis **antecedentes de saúde**, permitiu assim considerar o possível efeito de alguns deles.

#### *Antecedentes Familiares de Doença*

Para a variável antecedentes familiares de doença não se observou a existência de significância estatística a nenhum nível (classificação da saúde, classi-

ficação do desenvolvimento e alterações comportamentais) ( $p>0.05$ ).

Pela observação do Quadro 3 verifica-se que a frequência relativa mais elevada corresponde ao grupo de crianças amamentadas, que têm antecedentes familiares e ao nível da classificação de saúde são consideradas saudáveis (45,4%). Verifica-se ainda que as crianças alimentadas com leite misto não são classificadas como doentes e muito doentes. Também as crianças alimentadas com leite materno e adaptado não estiveram muito doentes.

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

Através do Quadro 5, observa-se que o valor mais elevado de frequência relativa (82,9%) corresponde às crianças alimentadas com leite adaptado, com antecedentes familiares e sem ocorrência de parasómiias, perturbações da linguagem e sem dificuldades de adaptação social. É de salientar que no grupo das crianças alimentadas com este tipo de leite (adaptado), não se regista a ocorrência das alterações comportamentais acima referidas. Também as crianças alimentadas com leite misto não sofrem de perturbações da linguagem.

QUADRO 3

*Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação*

Classificação da Saúde	Leite Materno n=194		Leite Misto n=65		Leite Adaptado n=41	
	Sem A.F.	Com A.F.	Sem A.F.	Com A.F.	Sem A.F.	Com A.F.
Muito saudável	2,6	8,2	3,1	12,3	0,0	17,1
Saudável	16,0	45,4	15,4	38,5	12,2	39,0
Medianamente saudável	4,1	21,6	3,1	27,7	4,9	24,4
Doente	1,9	1,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Muito doente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

QUADRO 4  
*Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação*

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

QUADRO 5  
*Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função dos antecedentes familiares por tipo de alimentação*

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

#### *Intercorrências na Gravidez*

Relativamente à variável intercorrências na gravidez, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à classificação da saúde, classificação do desenvolvimento e alterações comportamentais ( $p>0.05$ ).

Como se pode observar no Quadro 6, são as crianças amamentadas, sem intercorrências na gravidez e saudáveis que apresentam o valor percentual mais elevado (53,1%). As crianças alimentadas com leite misto não são consideradas como sendo doentes e muito doentes e as crianças alimentadas

com leite materno e adaptado não são classificadas como muito doentes.

Pelo Quadro 7 podemos constatar que a frequência relativa mais elevada (72,3%) corresponde às crianças alimentadas com leite misto, onde não se registam intercorrências na gravidez e com classificação de desenvolvimento médio. No grupo de crianças alimentadas com leite misto e adaptado não existe nenhuma com a classificação de muito fraco, sendo que neste último caso também não se encontra nenhuma criança com um nível de desenvolvimento muito bom.

QUADRO 6

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

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

QUADRO 7

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

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

QUADRO 8

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

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

O Quadro 8 ilustra as frequências relativas das alterações comportamentais, registando-se um valor mais elevado (95,4%) para as crianças alimentadas com leite misto, sem existência de intercorrências na gravidez e sem perturbações de linguagem.

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

#### *Tempo de Gestação*

Também para a variável tempo de gestação, não se registou a existência de significância estatística relativamente à classificação da saúde, classifica-

ção do desenvolvimento e alterações comportamentais ( $p>0.05$ ).

O Quadro 9, representativo da classificação de saúde em função do tipo de alimentação e tempo de gestação, evidencia que o grupo de crianças com frequência relativa mais elevada corresponde às crianças amamentadas, de termo e saudáveis (59,8%). Não se verifica a existência de crianças doentes e muito doentes alimentadas com leite misto e as também não existem crianças alimentadas com leite materno e adaptado muito doentes.

Quanto à classificação do desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal, pelo Quadro 10 verificamos que o valor mais elevado de frequência relativa corresponde às crianças amamentadas, de termo e com um nível de desenvolvimento médio (78,4%). No grupo de crianças alimen-

QUADRO 9  
*Estatística descritiva (%) para a classificação da saúde em função do tempo de gestação por tipo de alimentação*

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

QUADRO 10  
*Estatística descritiva (%) para a classificação do desenvolvimento em função do tempo de gestação por tipo de alimentação*

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

QUADRO 11  
*Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tempo de gestação por tipo de alimentação*

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

tadas com leite misto e adaptado, a nenhuma das crianças é atribuída uma classificação de desenvolvimento muito fraco e ainda no grupo das crianças alimentadas com leite adaptado nenhuma criança é considerada muito boa ao nível do desenvolvimento.

No que diz respeito às alterações comportamentais, pelo Quadro 11 verificamos que as crianças amamentadas, de termo e sem dificuldades ao nível da adaptação social, apresentam uma frequência relativa mais elevada (95,9%). É importante referir ainda que as crianças alimentadas com leite adaptado, não sofrem de parasómiás, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social, independentemente do tempo de gestação. Também as crianças alimentadas com leite misto não sofrem de perturbações da linguagem.

#### *Tipo de Parto*

No que se refere à variável tipo de parto – eutócito, fórceps, ventosa e cesariana (Quadros 12, 13 e 14), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das perturbações alimentares e do comportamento. É de referir que ocorreram perturbações alimentares somente nas

crianças alimentadas com leite adaptado (*Fisher* (1) = 8.936;  $p=0.018$ ;  $N=41$ ), sendo que apenas se observou a ocorrência deste tipo de perturbações para as crianças que nasceram com o auxílio de fórceps ou ventosa. Quanto às perturbações do comportamento, estas apenas se manifestaram de forma significativa nas crianças a quem foi ministrado leite misto (*Fisher* (1) = 8.584;  $p=0.027$ ;  $N=65$ ) e que nasceram de parto eutócito e fórceps.

Através do Quadro 12 é possível constatar que as crianças amamentadas nascidas de parto eutócito e saudáveis apresentam o valor de frequência relativa mais elevado (30,0%). Não se verifica a existência de crianças doentes e muito doentes alimentadas com leite misto e as também não se observa a existência de crianças alimentadas com leite materno e adaptado que sejam muito doentes.

Pela observação do Quadro 13, verifica-se que a frequência mais elevada (41,5%) corresponde a dois grupos: crianças alimentadas com leite misto, parto eutócito e nível de desenvolvimento médio; e crianças alimentadas com leite adaptado, com tipo de parto de cesariana e com um desenvolvimento médio. Verifica-se ainda que a nenhuma das crianças alimentadas com leite misto e adaptado é atribuída uma classificação de desenvolvimento

QUADRO 12

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

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

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

QUADRO 13

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

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

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

muito fraco e nenhuma das crianças alimentadas com leite adaptado é classificada como muito boa ao nível do desenvolvimento.

Como ilustra o Quadro 14, a frequência mais elevada (53,7%) corresponde ao grupo de crianças alimentadas com leite adaptado, nascidas de cesariana e que não sofrem de parasómiás, perturbações alimentares, perturbações da linguagem e dificuldades de adaptação social. Verificamos ainda, que as crianças alimentadas com leite adaptado, não manifestam parasómiás, perturbações da linguagem e dificuldades na adaptação social. Também as crianças alimentadas com leite misto não apresentam perturbações da linguagem.

## DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de alimentação e sua duração face à saúde geral, desenvolvimento psicomotor e evolução estatura-ponderal, e ainda alterações comportamentais. Tais resultados sugerem que os benefícios percebidos, ou seja, as crenças relativas à eficácia da amamentação, conduzem à sua prática efectiva e como se sabe, são as crenças do indivíduo acerca do que é verdadeiro e não tanto a realidade objectiva, que orientam os comportamentos.

Baseando-nos no modelo de crenças de saúde

QUADRO 14  
*Estatística descritiva (%) para as alterações comportamentais em função do tipo de parto  
 por tipo de alimentação*

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

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

(Rosenstock, 1974), provavelmente devido a sinais de acção externos como as políticas de promoção e manutenção da amamentação, as puérperas acabam por aderir à prática da amamentação, mesmo que existam aspectos negativos ou barreiras (por exemplo, os incómodos decorrentes de tal prática, como sejam, as gretas, o sangramento, o surgimento de mastites, ou inclusive o considerado inestético aumento da flacidez do tecido mamário). Tal deve-se à força das crenças relativas à eficácia da acção, ou seja, as mães crêem que se amamentarem os seus filhos e por mais tempo, estes vão ser mais saudáveis e apresentarão índices de desenvolvimento mais elevados. Se não cumprirmos com o que é social e culturalmente desejado, ou seja, se não alimentarmos as suas crianças com leite materno, então podem pensar que estão a comprometer a saúde e desenvolvimento infantil, facto que pode conduzir ao aparecimento de mecanismos de culpabilidade.

Da empiria disponível, pois são escassas as investigações que associam a amamentação ao quadro teórico das crenças de saúde, Sharps, El-Mohandes, Nabil El-Khorazaty, Kiely e Walker

(2003), referem que a amamentação está significativamente associada a uma alta confiança na capacidade dos cuidados de saúde para prevenir a doença, o que pode de alguma forma sustentar esta teorização. Também Haslam, Lawrence e Haefeli (2003) concluíram que as mulheres que planeiam amamentar apresentam maior percepção de controlo acerca da saúde dos seus filhos recém-nascidos (locus de controlo interno primário).

Para além disso, a prática ou a vontade de amamentar pode estar relacionada com o facto de as próprias mulheres considerarem que é favorável da relação privilegiada com o bebé – o bem supremo para quem deseja ser mãe – valorizando-se em detrimento dos restantes membros da família.

O parto e o puerpério podem ser vividos por muitas mães como momentos de separação face ao bebé que, durante nove meses foi só seu. A amamentação tende a prolongar esta dependência, e o estereótipo do materno assume de novo protagonismo, pois uma vez interiorizado, é perpetuado no tempo: a mãe será o principal prestador de cuidados, pois é ela que sabe cuidar melhor.

É um facto que existem alguns estudos que

referem a importância da amamentação para a relação mãe-bebé (Fanaro, 2002; Leung & Sauve, 2005; Levy, 2005, 2006; Schiff, 2006), mas, se a amamentação for usada com este intuito, remete-se para segundo plano a relação igualmente importante pai-bebé.

Neste sentido, assumindo a importância do papel do pai e tendo em conta que os resultados obtidos apontam para o facto de a amamentação não acrescentar benefícios significativos do ponto de vista da saúde e bem-estar da criança, surge em termos sociológicos a necessidade de recentrar a questão de qual o papel da mulher no contexto das relações desiguais de género.

Se a função da amamentação deixar de estar associada exclusivamente à mulher, devido à construção social que realça as diferenças biológicas entre homens e mulheres, promovendo uma diferenciação assimétrica, as mudanças sociais poderão contribuir para o esbatimento das fronteiras estereotipadas entre os géneros.

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

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

As consequências desta conclusão implicam estudos posteriores, com amostras mais consistentes e com um controlo mais abrangente de eventuais variáveis parasitas, no sentido de confirmar ou infirmar estes resultados que, por si só, contrariam políticas e crenças de saúde.

Assim sendo, esta investigação serve de mote

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

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino. A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ariés, P. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio d'Água. (Obra original publicada em 1975).
- Badinter, E. (1980). *O amor incerto. História do amor maternal no Sec. XVII ao Sec. XX*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Bowlby, J. (1952). *Cuidados maternos e saúde mental. Psicologia e pedagogia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fanaro, S. (2002). The biological specificity and superiority of human milk. Scientific basis, guarantees and safety controls. *Minerva Pediatric*, 54 (2), 113-129.
- Filteau, S. M. (2000). Role of breast-feeding in managing malnutrition and infectious disease. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 59 (4), 565-572.
- Harlow, H. (1958). *A natureza do amor. In As ligações infantis. Teorama*. Amadora: Livraria Bertrand.
- Haslam, C., Lawrence, W., & Haefeli, K. (2003). Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy. *Family Practice*, 20 (5), 528-530.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. Canavaro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.
- Leung, A. K., & Sauve, R. S. (2005). Breast is best for babies. *Journal of the National Medical Association*, 97 (7), 1010-1019.
- Levy, L. (2005). Alimentação do lactente, aleitamento materno: filosofia, vantagens e práticas. In A. Silva, & Gomes-Pedro, J. (Eds.), *Nutrição Pediátrica: Princípios Básicos* (pp. 69-75). Lisboa: ACSM - Clínica Universitária de Pediatria - Hospital de Santa Maria.
- Levy, L. (2006). Aleitamento materno: Uma prioridade. In J. Rosa, & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp. 37-39). Lisboa: Fim de Século.
- Rocha, A., & Leal, I. (2007). O impacto do aleitamento materno na saúde e bem-estar da criança (submetido para publicação).
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Schiff, L. (2006). Breastfeeding makes for better health. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 73 (2), 571-572.

- Sharps, P., El-Mohandes, A., Nabil El-Khorazaty, M., Kiely, M., & Walker, T. (2003). Health beliefs and parenting attitudes influence breastfeeding patterns among low-income African-American women. *Journal of Perinatology*, 23 (5), 414-419.
- WHO (2003). *Infant and young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding*. Geneva: Autor.

## RESUMO

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) da imprescindibilidade da amamentação durante os primeiros seis meses de vida da criança conduz, em todo o mundo e em todas as circunstâncias, a um conjunto de pressões sociais para a sua prática que colocam a mulher num papel diferenciado ao nível dos cuidados primários à primeira infância e, nessa medida, reforça a assimetria de géneros.

Esta investigação tem como objectivo avaliar se a prática da amamentação se traduz em efectivos benefícios para a saúde e bem-estar das crianças, tal como genericamente é assumido, ou se, no mundo dito desenvolvido, a amamentação é mais uma crença de saúde. O estudo, de carácter comparativo, assenta na análise de conteúdo de 300 fichas clínicas de crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os zero e os cinco anos, facultadas por diferentes pediatras, que permitem a avaliação, para lá das características do aleitamento, da saúde geral, do desenvolvimento e das alterações comportamentais das crianças. Foram ainda controladas algumas variáveis que poderiam interferir na saúde, bem-estar e desenvolvimento infantil, como sejam: antecedentes familiares de doenças, intercorrências na gravidez, tempo de gestação e tipo de parto.

De acordo com os resultados obtidos, para a variável tipo de alimentação e também para a variável duração do tipo de alimentação, não se observaram diferenças

estatisticamente significativas na saúde, no desenvolvimento psicomotor, na evolução estatura-ponderal, e nas alterações comportamentais ( $p < 0.05$ ) das crianças. Assim sendo, e para lá do prosseguimento da investigação nesta área com recurso a diferentes metodologias e amostras, reforça-se a importância de concluir sobre eventuais vantagens da amamentação já que, enquanto prática exclusivamente feminina, colabora de forma muito importante na manutenção dos estereótipos de género.

*Palavras-chave:* Amamentação, estereótipo de género, crenças de saúde.

## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) recommendation regarding the commitment of breastfeeding during a child's first six months leads to several social pressures towards its use, placing the role of women at a different level concerning primary care during childhood and in this sense promotes a gender asymmetry.

The aim of this research is to evaluate the real benefits towards the child's health and wellbeing. In a comparative study based upon the content analysis of 300 medical files of children of both sexes, (ages 0-5 years), the classification of the breastfeeding characteristics, the clinical health evaluation, the development and the changes in the child's behaviour were registered.

Data shows no statistically significant differences at the health classification level, psychomotor development and evolution of stature-mass, nor behavioural changes between type of breastfeeding and the duration of the breastfeeding type variants ( $p < 0.05$ ).

Therefore, we suggest further research in this area with different methodologies and approaches so as to understand if breastfeeding health beliefs, which enhance gender stereotyping, is in fact beneficial to the child.

*Key words:* Breast-feeding, gender stereotypes, health beliefs.