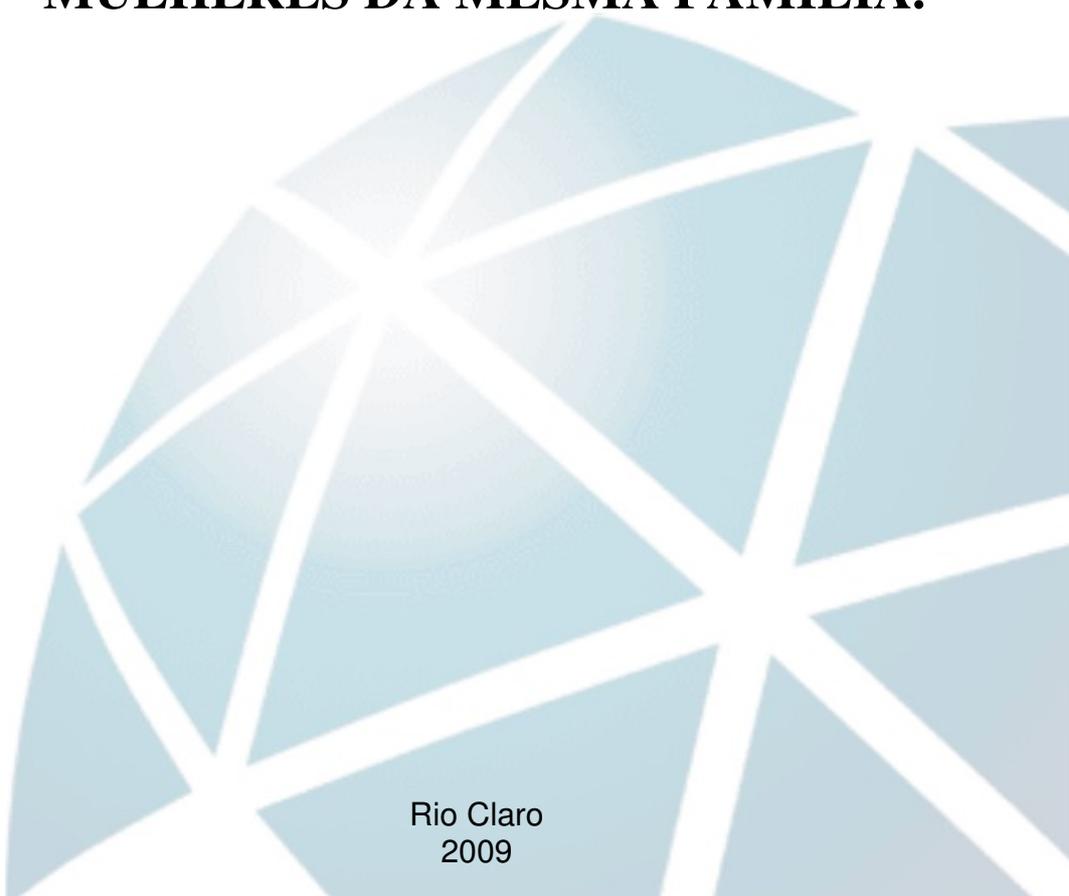

PEDAGOGIA

JULIANA SACILOTTO GARCIA

**MITOS E CRENDICES DO ALEITAMENTO
MATERNO EM TRÊS GERAÇÕES DE
MULHERES DA MESMA FAMÍLIA.**



Rio Claro
2009

JULIANA SACILOTTO GARCIA

MITOS E CRENDICES DO ALEITAMENTO MATERNO EM TRÊS
GERAÇÕES DE MULHERES DA MESMA FAMÍLIA.

Orientador: Prof^a Dr^a Silvia Marina Anaruma

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Biociências da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” -
Campus de Rio Claro, para obtenção do grau
de licenciado em Pedagogia

Rio Claro
2009

370 Garcia, Juliana Sacilotto
G216m Mitos e credices do aleitamento materno em três gerações de
mulheres da mesma família / Juliana Sacilotto Garcia. - Rio Claro : [s.n.],
2009
75 f. : il., figs., tabs.

Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura - Pedagogia) -
Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientador: Silvia Marina Anaruma

1. Educação em saúde. 2. Aleitamento materno. 3. Amamentação. 4.
Psicologia da educação. 5. Intervenção pedagógica. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Campus de Rio Claro/SP

Dedicatória

Aos meus avôs Aurora da Silva Mendes Saciloto e Arnécio Saciloto, “Vô Mime”, (em memória). Pessoas de caráter inquestionáveis, meus exemplos de vida, que viraram meus “anjos da guarda” durante a realização deste trabalho e que ficarão vivos para sempre em meu coração.

A saudade que sinto é inexplicável. Um dia iremos nos encontrar!

Eu amo vocês eternamente!

Agradecimentos

Depois de tantas dificuldades, tristezas e perdas finalmente eu consegui!

Quero agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a construção e realização deste trabalho e o alcance desta vitória.

Primeiramente quero agradecer a Deus, porque o que seria de mim sem a fé que tenho nele.

À minha mãe Maria de Fátima pelo esforço e dedicação com que me criou e pelo investimento suado em meus estudos.

Ao meu pai Álvaro, meu padrasto Fernando e aos seus filhos Fernando e Francisco que me apoiaram e acreditaram em mim.

Às minhas amigas Fátima, Tatiane, Fernanda e Jéssica que não mediram esforços para me ajudar. Valeu meninas!!!

À minha grande companheira nesses anos de faculdade, Andreza, pela atenção e companheirismo em todos os momentos, por me escutar, me apoiar e estar sempre ao meu lado. Dê, você e todos os nossos momentos ficaram marcados para sempre em minha vida! Obrigada por tudo!

Ao meu namorado Tiago, pela ajuda, paciência, apoio e força em todos os momentos. Ele é meu alicerce, confesso que sem ele eu realmente não conseguiria. "Eu não existo longe de você" EU TE AMO!

Às avós, mães e filhas que aceitaram a participar deste estudo e foram fundamentais para esta pesquisa.

E à minha orientadora Prof^a Dr^a Silvia Marina Anaruma pela competência em seu trabalho e seu conhecimento. Obrigada por me orientar durante estes anos de vida acadêmica e me ajudar na minha formação. E a todos os educadores, desde meu jardim de infância, pois todos contribuíram para esta vitória.

Obrigada!

Lista de Ilustrações

	Página
Figura 1: Benefícios da amamentação.	15
Figura 2: O bebê mamando.	16
Figura 3: Símbolo do Hospital Amigo da Criança.	23

Lista de Tabelas

Página

Tabela 1: Comparação do leite materno com outros leites.	17
Tabela 2: Taxa de prevalência (%) de aleitamento materno exclusivo, segundo Região – Brasil, 1999.	19
Tabela 3: Taxa de prevalência (%) de aleitamento materno, segundo Região – Brasil, 1999.	19
Tabela 4: Dados de identificação dos sujeitos da 1ª geração de acordo com a idade, escolaridade, ocupação, estado civil e etnia.	35
Tabela 5: Dados de identificação dos sujeitos da 2ª geração de acordo com a idade, escolaridade, ocupação, estado civil e etnia.	36
Tabela 6: Dados de identificação dos sujeitos da 3ª geração de acordo com a idade, escolaridade, ocupação, estado civil e etnia.	37
Tabela 7: Dados dos sujeitos da 1ª e 2ª geração de acordo com o número de filhos, tipo de parto, problema na gravidez, número de filhos que amamentou, tempo de amamentação exclusiva, tempo de amamentação com complemento e se recebeu orientação sobre amamentação.	38

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1. Objetivo.....	10
2. ALEITAMENTO MATERNO E PREVALÊNCIA.....	11
2.1. A importância do Aleitamento Materno para mãe e bebê.....	11
2.2. Prevalência do Aleitamento Materno.....	18
2.3. Perfil das mães que amamentam.....	21
3. FATORES DE INFLUÊNCIA DO DESMAME PRECOCE.....	24
4. AMAMENTAÇÃO: UM RESGATE HISTÓRICO.....	29
5. METODOLOGIA.....	35
5.1. Descrição dos sujeitos.....	35
5.2. Instrumentos.....	40
5.3. Procedimentos.....	40
6. RESULTADOS.....	41
7. CONCLUSÃO.....	49
8. REFERÊNCIAS.....	52
9. ANEXOS.....	56
9.1. Anexo 1: Questionário.....	57
9.2. Anexo 2: Roteiro de Entrevista.....	59
9.3. Anexo 3: Tabelas das análises dos resultados.....	60

Resumo: O aleitamento materno é um ato único de amor. Apesar da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade, estudos mostram que a amamentação sofreu um declínio em todo o mundo, levando a consequências desastrosas para a saúde das crianças e das mães. Os mitos e crenças construídos no decorrer da vida interferem no ato de amamentar e estes são passados de geração para geração. Estudos indicam que as avós podem influenciar positivamente ou negativamente na amamentação tanto na sua duração quanto na sua exclusividade. Assim o objetivo deste trabalho foi de levantar o conhecimento de três mulheres da mesma família sobre o aleitamento materno, verificar os mitos e crenças e observar se eles passam de geração para geração. A pesquisa qualitativa e exploratória envolveu 8 famílias, portanto, 24 mulheres. Através de um questionário com questões abertas e fechadas sobre a identificação dos sujeitos, suas gestações e experiências e de uma entrevista semi-estruturada foi possível verificar o conhecimento que cada geração possui. Os resultados mostraram que apesar de alguns mitos e crenças diminuírem conforme passam as gerações, muitos ainda existem e vem sendo perpetuados. Portanto, é muito importante tratar da importância do aleitamento materno com crianças, construindo futuros pais com um conhecimento real eliminando mitos e crenças que são trazidos pelas gerações passadas e que influenciam no sucesso do aleitamento materno.

1. Introdução

Ao longo desses anos do curso de Pedagogia tenho procurado manter comigo mesma coerência entre o que falo o que faço e o que escrevo.

Assim, meu interesse por este tema surgiu precisamente porque, estando em meus estudos envolvida com o desenvolvimento do processo educacional de crianças a partir de zero anos, pude observar que estudar o desenvolvimento infantil significa tratar das formas pelas quais as crianças sofrem mudanças no decorrer do tempo, imprescindíveis para um crescimento saudável.

E assim, para nós educadores faz-se necessário entender mais profundamente cada etapa que faz parte da infância e as maneiras pelas quais as crianças se modificam no decorrer do tempo.

Segundo Marquez (2004), na fase inicial da vida amamentar é uma das tarefas fundamentais do bebê, que proporcionará um crescimento saudável nos aspectos cognitivo, psicológico, afetivo, biológico, físico e social a partir de uma alimentação adequada. Segundo Anaruma (1999), os bebês amamentados no peito são mais calmos e tranquilos, já que o ato de amamentar vem acompanhado do amor da mãe para com filho. Toda mulher tem o direito e o dever de amamentar seu filho.

Assim, tratar da amamentação já que esta acaba por ser uma continuação do cordão umbilical significa respeitar um dos direitos fundamentais da criança, colaborando assim para um início e um desenrolar saudável de sua vida, já que o aleitamento materno é um ato único de amor que traz muitas vantagens para mãe e bebê como iremos ver durante esta pesquisa.

Como educadora não posso deixar de reconhecer a importância do aleitamento materno no desenvolvimento da criança, pois, assim como o ato de amamentar, o leite materno interfere para que haja um ótimo desenvolvimento cognitivo, assegura interação freqüente e expõe o bebê à linguagem oral, ao

comportamento social positivo e desenvolve a agudeza e o enfoque visual, levando a melhor disposição à aprendizagem em geral.

Pesquisas mais recentes também mostram que, apesar das taxas de aleitamento materno no Brasil crescerem continuamente a cada ano, os valores observados no país ainda são considerados baixos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No entanto, ao longo dessas pesquisas, podem ser observados os principais obstáculos que a prática do aleitamento materno sofre. Entre eles os aspectos culturais; falta de confiança e baixa auto-estima da mãe; falta de apoio da família; trabalho da mulher; promoção inapropriada de substituto do aleitamento materno entre outros (CARVALHO e TAMEZ, 2005).

Ainda segundo os autores, as avós, quando presentes, costumam ter grande influência nas decisões da família, incluindo aquelas relacionadas com a alimentação infantil.

Segundo a Wikipédia, o termo "mito" é, por vezes, utilizado de forma pejorativa para se referir às crenças comuns (consideradas sem fundamento objetivo ou científico, e vistas apenas como histórias de um universo puramente maravilhoso) de diversas comunidades. No entanto, até acontecimentos históricos se podem transformar em mitos, se adquirem uma determinada carga simbólica para uma dada cultura.

Ainda segundo a mesma fonte, a "crença" é a certeza que se tem de alguma coisa. é uma tomada de posição em que se acredita nela até ao fim sem convicção, fé, conjunto de idéias sobre alguma coisa, etc. Atitude que admite o que é verdadeiro

Mitos e crendices relacionados ao aleitamento materno são prejudiciais ao bebê, já que o leite materno é o alimento mais importante até os seis meses de vida de forma exclusiva e até os dois anos ou mais com complemento, como orienta a Organização Mundial da Saúde.

É o nosso papel enquanto educadores mudar os mitos e crendices, pois só assim as mulheres lidarão com atitudes e valores relacionados ao aleitamento, envolvendo, portanto, mudança de cultura e reconstrução desses mesmos valores.

1.1. Objetivos

Levantar o conhecimento em mulheres de três gerações da mesma família sobre o aleitamento materno, verificar quais os mitos e crendices e observar se eles passam de geração para geração. Estes mitos e crendices, normalmente, impedem muitas mães e bebês do privilégio do aleitamento materno. Busca contribuir com informações simples, claras e científicas para a importância do aleitamento materno.

2. A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E PREVALÊNCIA.

2.1. A importância do aleitamento materno para mãe e bebê:

Talvez poucas pessoas saibam a importância do aleitamento materno na vida do bebê e da mãe.

As práticas do aleitamento materno incluem a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida do bebê e depois a mesma com alimentos complementares até pelo menos dois anos de idade.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o aleitamento materno costuma ser classificado da seguinte forma:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe além do leite materno qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a

finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Segundo a UNICEF (2009), calcula-se que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar anualmente, 1,3 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos. No Brasil, do total de mortes de crianças com menos de um ano, 65,6% ocorrem no período neonatal e 49,4% na primeira semana de vida. Por isso a importância de amamentar os bebês imediatamente após o nascimento, que pode reduzir a mortalidade neonatal. Além disso, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e o complementar após essa idade até os dois anos ou mais são benéficos tanto para o bebê quanto para a mãe.

O leite materno contém os nutrientes necessários para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. É o único alimento necessário até os seis meses de vida e pode salvar a vida dos bebês, protegendo-os de muitas doenças, pois previne diarreias, infecções pulmonares, alergias e estimula o sistema imunológico e o vínculo entre mãe e filho, pois a amamentação faz o papel do cordão umbilical (ANARUMA, 2002; BOSI e MACHADO, 2005; ICHISATO e SHIMO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (1997), o leite produzido nos primeiros dias após o parto é o colostro. Ele possui uma coloração mais amarelada, é mais grosso e produzido em menor quantidade, é mais rico em proteínas, anticorpos, leucócitos, portanto é a primeira vacina do bebê.

O colostro é também rico em fatores de crescimento que estimulam o intestino imaturo da criança a se desenvolver. O fator de crescimento prepara o intestino para diferir e absorver o leite maduro e impede a absorção de proteínas não digeridas. Se a criança recebe leite de vaca ou outro alimento antes de receber o colostro, estes alimentos podem lesar o intestino e causar alergias.

Segundo Martins Filho (1985) a quantidade de proteínas, açúcares e gorduras encontradas no colostro são extremamente semelhante àquela contida no sangue da mãe, tal semelhança não é por acaso, já que o colostro tem a função de suprir o recém-nascido com as mesmas substâncias que ele recebia intra-útero.

O colostro (1º leite produzido logo após o nascimento) tem uma composição tão parecida com a do sangue da mãe, faltando-lhe apenas os glóbulos vermelhos, que foi chamado por alguns povos antigos (citado mesmo em livros religiosos) “de sangue branco” (MARTINS FILHO: 12).

Após a segunda semana surge o leite de transição que é o elo entre o colostro e o leite maduro, que acontecerá em seguida na terceira semana. Uma das características do leite maduro é a sua coloração aguada, o que faz com que muitas mães pensem que o leite é fraco (PRYOR, 1981:65; MARTINS FILHO, 1985 apud ANARUMA, 2005).

É importante esclarecer que esta aparência aguada é normal e que o leite materno fornece água suficiente, mesmo em climas muito quentes, portanto, toda mulher produz leite de grande valor nutritivo para seu bebê. O que existem são mitos que foram construídos ao longo da história e que em muitos casos servem como desculpas a quem não quer amamentar ou não tem informação adequada.

A água é o componente mais abundante do leite sendo suficiente para atender as necessidades (hídricas) do bebê. Com a maturação do leite a energia contida nele vai aumentando atendendo a necessidade de calorias para o desenvolvimento infantil. As proteínas protetoras estão presentes em maior teor no colostro. O colesterol que é fundamental para o crescimento. Os lipídios vão aumentando conforme o tempo de lactação, no final da mamada o seu teor é maior do que no início e são compostos por triglicerídeos, ácidos graxos e glicerol (substâncias importantes para o desenvolvimento do cérebro, sistema nervoso e neurônios). Enfim, o leite humano fornece ao bebê todas as vitaminas e minerais necessárias para a saúde do bebê tanto em qualidade quanto em quantidade (CARVALHO e TAMEZ, 2005:27 - 31).

De acordo com o Ministério da Saúde (1997) o leite materno apresenta inúmeras vantagens tanto para o bebê quanto para a mãe:

Para o bebê:

- É o alimento mais completo do ponto de vista nutricional e digestivo;

- É de fácil digestibilidade sendo, portanto, mais rapidamente absorvido pelo bebê, que solicita sugar com maior frequência, aumentando assim a produção de leite;
- Protege o bebê de infecções (especialmente diarreias e pneumonias), pela ausência do risco de contaminação, e pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos;
- Facilita a eliminação de mecônio, diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra obstipação;
- Aumenta o laço afetivo entre mãe e filho, fazendo o bebê sentir-se mais amado e mais seguro;
- Além desses benefícios destacados de acordo com os doutores Bouvet e Rimoldi, é preciso considerar ainda a amamentação desempenhando um papel protetor contra futuras moléstias, tais como: obesidade, diabetes, gota, aterosclerose, hipertensão, etc.

Para a mãe:

- Diminui o sangramento pós-parto e faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal;
- Ajuda a mãe a voltar mais depressa ao peso pré-gestacional;
- Pode reduzir a chance de câncer de ovário e mama;
- É mais fácil, prático e econômico;

Na figura a seguir podemos ver algumas dessas vantagens positivas do aleitamento materno tanto para mãe quanto para bebê.

Benefícios da Amamentação - Quantos pode apontar?



Figura1

Fonte: UNICEF. Amamentar o seu bebê.

Além disso, pesquisas indicam que o aleitamento materno reduz a possibilidade de depressão pós-parto e protege de uma nova gravidez, funcionando como um método anticoncepcional. A proteção chega a 98% quando a criança é menor de seis meses, a amamentação é exclusiva e a mãe não está menstruando. (PRYOR, 1981:64, 65; CARVALHO e TAMEZ, 2005:26, 27).

No ponto de vista odontológico, a criança ao nascer tem o maxilar inferior muito pequeno e é através do movimento da sucção ao peito que ele vai crescendo. Além disso, ao mamar o bebê realiza um exercício importante para o desenvolvimento ósseo-muscular. Os músculos bem desenvolvidos ajudam também na fala (CARVALHO e TAMEZ, 2005:91).

Apesar de o leite materno ser essencial para a saúde e desenvolvimento do bebê, segundo o Ministério da Saúde (1997) estima-se que cerca de um milhão de crianças morrem a cada ano por diarreia, infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas, porque não foram adequadamente amamentadas ao peito.

Figura2 – Bebê mamando.



<http://www.senado.gov.br/sf/senado/portaldoservidor/jornal/jornal90/s.aspx>

O leite materno apresenta vários componentes imunológicos para o bebê, assim como o leite de vaca também, mas para o bezerro. Esses fatores só funcionam para a própria espécie, ou seja, não vale de um animal para o outro de espécie diferente.

Contudo, alguns desses fatores até poderiam funcionar, mas eles são destruídos pela armazenagem e pela fervura do leite.

A tabela abaixo apresenta a comparação, a qualidade e adequação do leite materno com outros leites:

Tabela 1: Comparação do leite materno com outros leites

	Leite Humano	Leite Animal	Leites artificiais
Propriedades Anti-infecciosas	Presente	Ausente	Ausente
Fatores de Crescimento	Presente	Ausente	Ausente
Proteína	Quantidade adequada, fácil de digerir	Excesso, difícil de digerir	Parcialmente modificado
Lipídeos	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase
Minerais	Quantidade correta	Em excesso	Parcialmente correto
Ferro	Pouca quantidade, bem absorvido	Pouca quantidade, mal absorvido	Adicionado, mal absorvido
Vitaminas	Quantidade suficiente	Deficiente A e C	Vitaminas adicionadas
Água	Suficiente	Necessário extra	Pode ser necessária uma quantia maior

De: OMS/CDR/93.6 In: Aleitamento Materno

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, segundo Araujo (2004), o leite humano é mais barato e possui um custo baixo em relação aos leites substitutos, que torna-se ainda menor se os gastos com doenças forem somados ao aleitamento artificial.

Estas informações nos levam a concluir que o leite materno é verdadeiramente importante pois contém todos os nutrientes que o bebê necessita.

Por isso, dar-lhe outros alimentos ou bebidas nos seis primeiros meses de vida pode ser prejudicial, podendo também torná-lo menos interessado na amamentação.

Mas mesmo assim, sabendo de todos esses benefícios, segundo dados coletados pelo Ministério da Saúde (1999), as mães brasileiras amamentam seus filhos exclusivamente com leite materno, por apenas 33,7 dias, em média, enquanto o ideal é de 180 dias.

2.2. Prevalência do aleitamento materno.

Uma grande estratégia para diminuir a mortalidade infantil é o aleitamento materno exclusivo por seis meses. No entanto, apesar das enormes vantagens do leite humano na alimentação infantil, principalmente para a sobrevivência das crianças pobres dos países subdesenvolvidos, essa prática do aleitamento materno é pouco exercida.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2008), referente ao ano de 1999, avaliou a prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil e revelou um aumento desta prevalência, provavelmente devido aos programas de estímulo à amamentação. Mas visto todos os benefícios que o aleitamento proporciona para mãe, filho e para a sociedade, esses índices poderiam ser melhores.

Segundo os dados (tabela 2), até o quinto mês o aleitamento materno exclusivo era maior na Região Sul, seguida das regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste. No sexto mês houve discreto aumento na Região Sudeste (8,4%), em relação à Região Centro- Oeste (7,9%).

Porém, esta análise revela que, no Brasil como um todo, a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida do bebê é de 53,1% no primeiro mês, e destes somente 9,7% continuam até o sexto mês. Já a prevalência do aleitamento materno não exclusivo (tabela 3) é de cerca de 88% no primeiro mês, 72,9% continuam até o sexto mês e apenas 44,2% não amamentam até um ano de vida.

Tabela 2: Taxa de prevalência (%) de aleitamento materno exclusivo, segundo Região – Brasil, 1999.

Região	0-30 dias	31-60 dias	61-90 dias	91-120 dias	121-150 dias	151-180 dias
Norte	53,0	40,9	29,8	20,7	13,8	9,0
Nordeste	55,4	43,7	32,8	23,4	16,1	10,7
Sudeste	42,8	32,9	24,3	17,3	12,1	8,3
Sul	64,3	52,2	39,9	28,7	19,6	12,9
Centro-Oeste	50,5	38,3	27,5	18,8	12,4	7,9
Brasil	53,1	41,4	30,6	21,6	14,7	9,7

Fonte: MS/Secretaria de Políticas de Saúde-estudos amostrais *apud* Indicadores e dados Básicos. -. Brasil – 2007 *In*: Ministério da Saúde, 2008.

Tabela 3: Taxa de prevalência (%) de aleitamento materno, segundo Região – Brasil, 1999.

Região	0-30 dias	31-60 dias	61-90 dias	91-120 dias	121-150 dias	151-180 dias	181-270 dias	271-364 dias
Norte	91,6	89,9	88,0	85,7	83,2	80,2	69,1	54,8
Nordeste	86,7	84,1	81,1	77,7	73,9	69,6	55,0	38,8
Sudeste	84,3	81,6	78,5	75,1	71,3	67,2	53,5	38,6
Sul	82,2	80,0	76,8	73,2	69,4	65,2	51,6	37,2
Centro-Oeste	90,9	88,9	66,6	83,9	80,8	77,3	64,1	47,8
Brasil	88,8	85,7	83,0	80,1	76,7	72,9	59,7	44,2

Fonte: MS/Secretaria de Políticas de Saúde-estudos amostrais *apud* Indicadores e dados Básicos. -. Brasil – 2007 *In*: Ministério da Saúde, 2008.

A heterogeneidade da prática da amamentação em todas as regiões estudadas leva a crer que a realização de diagnósticos locais da situação da amamentação poderia ser incentivada no sentido de contribuir com o planejamento de intervenções apropriadas que busquem ações educativas às mães, com informações positivas da prática do aleitamento materno exclusivo.

No sentido de apoiar o aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desempenha papel bastante importante. Vários estudos demonstraram que é possível melhorar a prática do aleitamento materno, nas

maternidades, com o treinamento de 18 horas da IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), tendo como base o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

Dez passos para o sucesso da amamentação, segundo recomendações da OMS/UNICEF:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as grávidas atendidas sobre as vantagens e a prática da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda (sempre que o bebê quiser).
9. Não dar bicos artificiais (tetinas) ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Essa é uma das grandes apostas do Ministério da Saúde para melhorar os índices do aleitamento materno em todas as regiões.

O sucesso da amamentação requer a atenção tanto da família como dos profissionais da saúde e da educação. As informações corretas são fundamentais

na modificação de crenças e atitudes das mães, ajudando assim na continuação do aumento dessa prevalência da amamentação.

2.3 Perfil das mães que amamentam.

Diferentes fatores podem influenciar na decisão das mães de amamentar, no tempo desta amamentação e até as principais causas do desmame, muitas vezes precoce.

Ao longo de estudos realizados evidenciou-se que alguns grupos populacionais poderiam ser priorizados pelos programas de incentivo à amamentação.

Em relação à amamentação exclusiva (até seis meses de vida), verificou-se que mães com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas, constituem categorias de risco para o aleitamento materno exclusivo. O trabalho materno não apresentou significância quando analisado em conjunto com outras variáveis. A análise de fatores associados ao aleitamento materno em menos de um ano mostrou que o trabalho informal e o desemprego influenciam no desmame precoce, ao passo que a escolaridade materna e a idade da mãe não são fatores de influência (VENÂNCIO; ESCUDER; KITOKO; RÉA; MONTEIRO, 2002).

As adolescentes, muitas vezes acabam aliando sua insegurança com a falta de confiança em si mesma para dispor de alimento para o seu bebê. A falta de apoio que por muitas vezes as adolescentes tem da mãe e da família também influenciam na decisão e duração da amamentação (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006).

Ainda segundo os autores, os filhos de mães mais velhas, mais instruídas, casadas, com experiência anterior positiva com o aleitamento materno e conseqüente motivação maior, com boa orientação pré-natal e apoio de outras pessoas para mantê-lo, especialmente do marido, obtiveram maior sucesso no aleitamento.

Em relação ao trabalho, um estudo feito em São Paulo mostrou que de 76 mães funcionárias de indústrias, 97% iniciaram o aleitamento materno, mas, de 55% que ainda amamentavam após o quarto e quinto mês do nascimento, após a

licença, com a volta ao trabalho, apenas 12% amamentavam ainda exclusivamente seus filhos (REA, VENÂNCIO, BATISTA, SANTOS e GREINER, 1997).

Segundo estudos, nos países não industrializados, as mulheres de nível socioeconômico mais baixo amamentam mais que as de melhor nível socioeconômico. Este fato talvez possa ser explicado pela falta de renda que as impedem de comprar complementações com outros tipos de leite. Já nas regiões brasileiras mais desenvolvidas as mulheres de melhor poder aquisitivo amamentam por mais tempo.

No que se refere ao grau de instrução materna, esse fator afeta a motivação para amamentar com maior grau de instrução tende a amamentar por mais tempo, talvez por maior acesso às informações sobre essa vantagem.

Foi analisado e comprovado também segundo Venâncio, Escuder, Kitoko, Réa e Monteiro (2002), que o fato do bebê nascer em um HAC, reconhecido por cumprir os “dez passos para o sucesso da amamentação” proposto pela UNICEF (já citados anteriormente), pode ter um avanço positivo na prática do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno. O que leva a concluir que o tipo de hospital pode ser disseminador de ações de incentivo à amamentação.

O impacto da iniciativa HAC foi bem documentado em Santos no estado de São Paulo, onde se verificou que a mediana da duração da amamentação de crianças exclusivamente com leite materno era duas vezes maior no terceiro mês de vida entre crianças nascidas em um dos HAC do que entre as nascidas em um hospital sem programa de amamentação (VENÂNCIO; ESCUDER; KITOKO; RÉA; MONTEIRO, 2002:9).



Figura 3 Símbolo do Hospital Amigo da Criança (HAC)
UNICEF

A partir dessas informações, pretende-se que elas contribuam para o desenvolvimento de ações de proteção, promoção e apoio à amamentação nos municípios e que a implementação da iniciativa do HAC seja considerada meta prioritária dos programas locais, tendo em vista seu importante papel para a adoção e manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Como podemos observar, são vários os fatores que influenciam positivamente ou negativamente no sucesso do aleitamento materno. Eles estão relacionados à mãe pelas características de sua personalidade e por isso sua atitude frente à situação de amamentar. Outros se referem à criança e ao ambiente como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto.

Considerando assim, que cada nascimento se dá em contextos não necessariamente iguais, a dificuldade de análise da influência dessas variáveis se deve a múltiplos fatores e às mudanças na dinâmica familiar ocorridas com o passar do tempo.

3. Fatores de influência do desmame precoce

As várias experiências descritas na literatura mostram que é possível aumentar as taxas de amamentação exclusiva de forma substancial, desde que sejam levados em consideração os obstáculos que dificultam a prática do aleitamento materno exclusivo (CARVALHO e TAMEZ, 2005:22).

Diversas condições já foram descritas como associadas à maior probabilidade de não iniciar o aleitamento materno ou de interrompê-lo precocemente.

Primeiramente, ainda é pequeno o conhecimento sobre o significado e valor da amamentação exclusiva. O conhecimento é considerado um passo importante no processo de mudança de atitude (CARVALHO e TAMEZ, 2005,17).

A informação sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo e as desvantagens da introdução de outros alimentos antes dos seis meses devem ser informadas a todas as mulheres e ao público em geral a fim de criarmos um suporte às mães em todos os lugares.

Mas não bastam as mães estarem informadas sobre as vantagens do aleitamento, elas precisam ter o apoio das profissionais da saúde que oferecem mais seguranças nas decisões a serem tomadas.

Embora existam evidências científicas suficientes mostrando que a suplementação de crianças amamentadas abaixo dos seis meses de idade com água e/ou chás é desnecessária, muitos profissionais de saúde parecem não ter conhecimento disto e continuam a recomendar suplementação de líquidos. Além disso, muitos profissionais de saúde desconhecem a relação entre diarreia e a introdução precoce de água e chás quando a criança está em amamentação exclusiva (CARVALHO e TAMEZ, 2005:18).

Infelizmente os profissionais da saúde não são treinados durante a sua formação quanto ao aconselhamento sobre aleitamento materno, o que acaba prejudicando muitos bebês e suas famílias.

A falta de confiança e baixa auto-estima de muitas mulheres na hora de amamentar acabam prejudicando na decisão e duração da amamentação. Essa falta de confiança é na sua capacidade de produção de leite, que faz com que acreditem ter pouco leite ou que seu leite não é tão forte a ponto de sustentar seu bebê.

Estas e outras razões que influenciam o desmame precoce estão, portanto, incorporados nos mitos e crendices, o que afeta a saúde e o desenvolvimento dos bebês.

A percepção de leite insuficiente é um fenômeno universal, sendo a causa mais comum de suplementação precoce ou de interrupção do aleitamento materno em quase todas as sociedades (CARVALHO e TAMEZ, 2005:19).

Segundo Pryor (1981:24), uma mãe, principalmente uma mãe jovem, que começou a amamentar, é extremamente dependente de vários modos. Ela precisa se sentir protegida e cuidada para poder ter meios de crescer no seu novo papel que é a maternidade, sem ter outros problemas para resolver. E é o marido que providencia esse suporte para a sua esposa.

Ainda segundo a autora, muitas mulheres continuaram a amamentação porque seus maridos acreditavam que elas poderiam amamentar independente da opinião de terceiros.

Segundo Carvalho e Tamez (2005:20) na literatura há evidências de que, em especial, o pai e as avós das crianças exercem papel importante na manutenção do aleitamento materno.

Na África, as avós, segundo estudos, eram favoráveis à amamentação exclusiva, achando desnecessária a suplementação com água. No Brasil, dados mostram que se a avó havia aconselhado ou oferecido à criança água ou chá ou outro tipo de leite, além de influir na decisão da mãe, o aleitamento era interrompido precocemente.

Como a maioria das avós de hoje teve seus filhos nas décadas de 1960 a 1980, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era tão valorizado, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas e imperava a crença do “leite fraco” ou “pouco leite”. Elas então podem estar repassando às suas filhas e noras práticas hoje consideradas obsoletas, como a suplementação precoce do leite materno com água, chás e outros leites. (CARVALHO e TAMEZ, 2005:21)

Portanto as avós apenas transmitiam suas experiências acreditando estar fazendo o mais correto, o mais adequado.

Mas tanto as avós e também os maridos são importantes nesse processo, apesar de passarem quase todo o dia no trabalho e a sociedade lhe atribui a função social de provedor. Quando ajudam a cuidar da casa, dos outros filhos e permanecem carinhosos e preocupados com a nova situação, acabam proporcionando tranqüilidade, descanso e segurança à mulher para amamentar.

Muitas vezes, a volta precoce ao trabalho, resulta de pressões, principalmente no caso das mães não registradas, pelo medo de perder seus empregos e as mesmas desconhecem seus direitos trabalhistas ou conheciam muito pouco sobre o assunto.

É bastante comum entre as lactantes trabalhadoras introduzir substitutos do leite materno muito cedo, com o objetivo de “acostumar” a criança. É grande também o desconhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre o manejo da amamentação entre as mães trabalhadoras (técnicas de extração do leite, sua conservação, meios de oferecê-lo extraído para a criança) para que a mesma consiga manter uma amamentação bem-sucedida (CARVALHO e TAMEZ, 2005:21).

Segundo Ichisato e Shimo (2001), o indivíduo ao nascer recebe além da herança genética, uma herança cultural, que transmite costumes, hábitos, valores e idéias. As crenças e tabus fazem parte desta herança sócio-cultural. É assim que muitos mitos foram construídos, e por falta de informações sobre o aleitamento materno é que eles existem até hoje.

Alguns desses relacionados ao desmame precoce são:

- a) Amamentar frequentemente reduz a produção de leite, produz um reflexo de ejeção débil e o fracasso da amamentação;

- b) Uma mãe necessita amamentar somente de quatro a seis vezes em cada 24 horas para manter uma boa quantidade de leite;
- c) Na oitava semana a criança necessita apenas de seis a oito mamadas; aos três meses requer apenas de cinco a seis mamadas; e aos seis meses, não mais do que cinco mamadas ao dia;
- d) Se um bebê não aumenta bem de peso, é porque o leite de sua mãe é de baixa qualidade;
- e) Quando uma mulher tem pouco leite, geralmente é devido ao stress, a fadiga ou ao baixo consumo de alimentos e de líquidos;
- f) As mães não devem ser a “chupeta” do filho;
- g) A amamentação freqüentemente pode dar lugar à depressão pós-parto;
- h) As mães que mimam muito seus filhos e os levam muito nos braços os deixam mal acostumados;
- i) É importante que os demais membros da família alimentem o bebê para que também eles desenvolvam um vínculo;
- j) O fato de que o bebê é quem dirige a sua alimentação – com a amamentação a livre pedido – tem um efeito negativo sobre a relação do casal;
- k) Alguns bebês são alérgicos ao leite materno;
- l) A amamentação muito freqüente causa obesidade no bebê quando ele cresce;
- m) A amamentação prolongada por mais de 12 meses fica sem valor, já que a qualidade do leite materno começa a diminuir a partir dos seis meses de vida;
- n) Uma mãe deve tomar leite para produzir leite.

Observando a perspectiva da realidade histórica, torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformaram a amamentação e o desmame em um ato regulável pela sociedade.

Assim, faz-se necessário educar a população em geral quanto ao valor dessa prática, melhorar as práticas dos serviços de saúde, dar suporte as mães na comunidade e em seus locais de trabalho e restringir a promoção inadequada dos substitutos do leite materno. Uma vez que informações e suporte dados às mães individualmente se têm mostrado bastante eficaz na promoção do aleitamento materno exclusivo, é de crucial importância o treinamento adequado de profissionais de saúde, agentes de saúde

e pessoas leigas que se propõem a dar suporte às mães que estão amamentando (CARVALHO e TAMEZ, 2005:18).

Os programas de atenção pré-natal são de certa forma um destes suportes as futuras mães que iniciarão o aleitamento materno. Com a finalidade de aconselhamentos de orientação, desde o início da gestação e acompanhamento pelas consultas do estado de saúde da mãe e do bebê, vieram até aconselhamentos que versam sobre a amamentação. Um aconselhamento pré-natal que reforce suas habilidades e que insista na sua competência e aptidão poderá produzir o nascimento de uma mulher muito mais confiante, muito mais forte, que passará para seu filho recém-nascido toda essa aura autoconfiança e determinação.

Também, dentre os aconselhamentos contra uma visão mitológica em relação a amamentação, que em muito tem ajudado. Este deve priorizar o conceito de que toda mulher nasce essencialmente capacitada para as tarefas femininas. Todo estímulo deve ser dado para que ela encontre suas próprias formas de alcançar seus objetivos, mas sem jamais negligenciar atenção aos problemas que poderão surgir. Devem ser desfeitos durante essas conversas de pré-natal, conceitos equivocados quanto à modificação de estética das mamas pela amamentação, a interferência sobre a atividade sexual e o impedimento do aleitamento por trabalho fora de casa.

Cabe ao profissional tomar a iniciativa para desbloquear inibições e vergonhas quanto estes e outros assuntos, principalmente os relacionados na esfera da sexualidade.

A função desse profissional que atende às grávidas é de um lugar de pedagogo, que aponte caminhos, onde se acredita que as verdades estão dentro de cada mulher grávida, bastando que ela se encontre a si mesma.

E a partir daí, os estudos mostram que a assistência pré-natal com orientações sobre a amamentação, protege contra o desmame precoce e que a mulher, para manter o aleitamento materno, necessita não só de suporte/apoio auxiliar, mas também governamental.

4. Amamentação: Um resgate histórico

Neste capítulo, abordaremos o tema Amamentação, através de um resgate desta prática em diferentes momentos da história, recuperando-se crenças e significados atribuídos ao fenômeno em diferentes períodos da humanidade dentre outros aspectos específicos a ele relacionados. Apontaremos ainda, diversas estratégias utilizadas na alimentação infantil, em diferentes épocas e contextos sociais, analisando suas repercussões na tomada de decisão pelas mulheres em oferecer ou não o leite materno como alimento exclusivo para seus filhos.

O fato de amamentar ou não, ao peito, além de seu caráter biológico, decorre de processos que vão além dele, sendo histórico e culturalmente condicionado.

Autores pesquisados concordam que essa prática decorre de uma complexa rede de relações que variam em seu conjunto de elementos e dimensões, sofrendo, portanto, oscilações em diferentes momentos históricos e em distintos contextos sociais.

De acordo com Ichisato e Shimo (2002), esta prática de amamentar é influenciada pela sociedade, onde o bebê e sua família estão inseridos e pelas suas condições de vida sendo, portanto, herdado culturalmente e influenciado pela família e pelo meio social.

Privar o bebê deste ato pode causar-lhe certo anseio, tornando-o pessimista. Satisfazendo-o com mesmo ato facilitam seu otimismo e confiança.

Para Bosi e Machado (2005) talvez o aleitamento artificial seja tão antigo quanto à história da civilização humana e que o valor atribuído ao leite materno e às suas vantagens nutricionais e afetivas apresentam, atualmente, flutuações também observadas ao longo da história, em diferentes sociedades.

Ainda segundo os autores, há registros de recipientes encontrados ao lado de corpos de lactantes em escavações arqueológicas nos séculos V e VII, insinuando assim que os gregos recebiam outros alimentos além do leite materno. Isto também nos possibilita afirmar que a substituição do leite materno constitui uma prática muito antiga.

Segundo Rea (1990 apud ICHISATO; SHIMO, 2002) as mamadeiras já eram conhecidas na Grécia e na Itália no ano 4.000 a.C., e, no ano de 888 a.C., já havia sinais de uso de mamadeiras em desenhos feitos nas ruínas de Ninevah, no Egito.

E segundo os autores, as mamadeiras não constituem uma prática saudável, em virtude de a mamadeira ser mais fácil de sugar, e a sucção que o bebê tem de fazer quando mama no peito ajuda no desenvolvimento da musculatura.

As mulheres na Inglaterra por volta de 1.500 a 1.700 não amamentavam seus filhos, preferiam dar à luz de 10 a 20 bebês do que amamentá-los. Acreditavam que amamentar as deixavam velhas antes do tempo. E ainda existiam as normas médicas e religiosas que proibiam as relações sexuais durante o período da amamentação; entendiam que isto deixaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez.

Na França, na mesma época, o aleitamento materno também sofria com as conseqüências do desmame precoce, pois não consideravam o colostro um leite bom, então o mesmo não deveria ser oferecido aos bebês. A alimentação era feita a base de leite de animais e um alimento chamado panado, feito a base de pão (farinha) e água.

A primeira agência de amas de leite surgiu na França no século XIII, utilizada por mulheres da aristocracia. Na Europa, a França foi considerada o primeiro país a confiar os filhos à ama de leite; daí ser importante justificar a importância do desmame e para isso, a mulher assume um papel tridimensional: Além de mãe e esposa, visualizar sua individualidade como mulher, com todas as aspirações que lhes são concebidas, como: cuidado com o seu corpo; não tornar as mamas flácidas, a facilidade dada pela mamadeira; para daí se perceber a sua atitude frente aos comportamentos maternos (ICHISATO e SHIMO, 2005).

No Brasil existem relatos (imprecisos e contraditórios) dos séculos XVI e XVII dos antigos Tupinambás. Os filhos das indígenas eram amamentados durante um ano e meio, elas (as indígenas) transportavam seus filhos em pedaços de panos amarrados nelas mesmas, conhecidos por tipóia. Mesmo se as mulheres

precisassem trabalhar, levavam seus filhos junto dela, não largavam por nada. Se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto não colocassem pra fora todo o leite de uma estranha (Bosi e Machado, 2005).

Ainda segundo Bosi e Machado (2005), por volta do século XVII ocorreu um aumento crescente de mortes infantis associados às doenças adquiridas pelas amas, já que nesta época crescia a moda de enviar os filhos para a casa de uma ama-de-leite. Como suas enfermidades contaminavam os bebês, muitas dessas amas, passaram então a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados (precursores das mamadeiras) por acreditarem que sugando o leite, a criança estaria sugando o caráter e as paixões de quem os amamentavam.

A partir de 1800, o número de crianças encaminhadas às amas-de-leite declinou substancialmente, mas prosperou até fins do século XIX. Depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de mamadeira com leite de vaca, possibilitado pelo progresso da esterilização, viria substituir a amamentação mercenária (Ichisato; Shimo, 2002).

Na metade do século XIX, com a revolução industrial surgiram várias pesquisas orientadas por médicos, a fim de achar um substituto do leite materno para ser usado no período do desmame.

Em 1838, na Alemanha, valorizou-se o leite de vaca por ser mais rico em proteína do que o leite humano. Em 1856, descobriu-se o método de produzir leite condensado, um leite que poderia ser conservado e estéril. Já em 1872, verificaram que o leite condensado não auxiliava no desenvolvimento da criança, pois apresentava baixo teor de gordura. Neste mesmo ano iniciam-se orientações alimentares por intermédio de formulações individuais. Em 1883, desenvolveu-se a evaporação do leite de cabra e o estudo da composição do leite humano. No final do século XIX, houve o destaque de firmas americanas por produzirem o substituto do leite materno. (ICHISATO e SHIMO, 2002:582).

E ainda segundo Bosi e Machado (2005), na literatura há também diferentes opções do substituto para o leite materno, como: leite de vaca, adicionando-se açúcar e água; adição de creme e água e limonada para aumentar o PH do leite, favorecendo uma melhor digestão do leite pelo trato intestinal, dentre outros recursos. Estes também estavam sendo pesquisados a fim de achar o substituto do leite materno

Essas e outras pesquisas eram orientadas pelos interesses da indústria de alimentos e os profissionais da saúde pensavam estar proporcionando uma melhor nutrição para a saúde das crianças.

Essas práticas estavam ligadas a um marketing focalizado nos pediatras, que assim influenciavam um novo movimento na sociedade: a “cultura da mamadeira”.

Neste mesmo período, a indústria de alimentos substitutivos do leite materno combinou açúcar e trigo com leite de vaca, direcionando seus esforços promocionais para as mães, utilizando quem melhor faria este marketing.

Observa-se um aumento nas propagandas de leite em pó a partir de 1922.

Foi então que em 1933, aparecem no Brasil segundo Bosi e Machado (2005), notícias da fabricação de leite em pó pela “Indústria Nacional de Alimentos Infantis” que destacava que a produção de leite no Brasil proporcionaria um produto mais barato, substituindo-o com mais benefício, caso o faltasse o leite materno. Este leite proporcionaria facilidade no preparo, mas esquecemos de esclarecer que poderia haver contaminação durante o preparo. Então passa a ser reforçada a importância de generalizar a utilização das fórmulas para todas as crianças, como alimento opcional.

No final do século 40, meados do século 50 os médicos passam a receitar o leite em pó como um alimento prático às mães e viável aos filhos, pois garantiam ser um produto confiável. E ainda aos seguintes, surge a utilização do leite em pó desde o momento do nascimento, acreditando que a composição do leite teria toda segurança na substituição do leite materno. (BOSI e MACHADO, 2005).

A partir da disponibilidade do leite em pó no mercado, as mães passam a ter a escolha entre amamentar seu filho no seio ou oferecer o leite na mamadeira, gerando assim a falta de autoconfiança nas mulheres.

As conseqüências desastrosas do desmame precoce levou todos os países, especialmente os países em desenvolvimento, a um movimento mundial de retorno à amamentação, que teve início na década de 70. (VENÂNCIO e MONTEIRO, 1998).

E em Maio de 1981 houve a regulamentação do Código de Substituto do leite humano na Assembléia Mundial de Saúde. Muitas normas foram disseminadas e passou-se a refletir mais sobre o resgate do aleitamento materno exclusivo no Brasil, isso devido a implantação de diversos programas e estratégias de promoção

ao aleitamento materno, coordenados pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde do Brasil, dentre elas: a implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil em 1992; a criação de bancos de leite humano em diversas cidades brasileiras; realização de cursos de aconselhamento em amamentação; projeto carteiro amigo entre outras (Ichisato; Shimo, 2002).

Atualmente, verifica-se um avanço dos indicadores de aleitamento materno exclusivo no Brasil, e a consolidação de inúmeras estratégias para a promoção do aleitamento materno, devido a tais estratégias.

Porém, de acordo com Pryor (1981), inúmeros são os fatores de ordem cultural e não tanto físicos que tornam a amamentação deficiente em nossa sociedade, bem como estamos vendo ao longo desse trabalho. Para ele, em população de animais e população humana, toda fêmea e toda mulher normal serve para ter filhos, e é capaz de amamentá-lo o necessário.

A amamentação não deve acontecer somente em casos nos quais a mãe tem o vírus HIV, quando é alcoólatra ou usuária de outras drogas, portadora de algumas doenças venéreas ou se estiver em tratamento de câncer de mama.

Porém, a mulher tem o direito de escolher a melhor forma de alimentar seu filho, sendo uma decisão estritamente pessoal, tomada a partir das informações corretas e do estado da mesma assim que acaba de ter seu filho. Essa decisão deve ser respeitada apesar das fortes influências que sempre acabam por deixá-la insegura quanto a qual decisão tomar.

Por sua importância, o aleitamento materno deve ser um tema a ser implantado no currículo escolar, de forma a tornar-se histórico e cultural no contexto educacional dos indivíduos, já que o aprendizado se dá também pela repetição. A repetição da imagem da mulher amamentando será natural e culturalmente condicionada bem como construída em bancos escolares, através de:

- Distribuição de cartilhas nas quais a criança interaja por meio de jogos que envolvam animais amamentando;

- Difusão de informações a respeito da importância das vantagens do aleitamento materno;

- Propagandas em outdoors na cidade ou até mesmo na televisão, desde que apresentadas com seriedade e responsabilidade, com veracidade ideológica. (ANARUMA, 1999)

As professoras podem elaborar material que aborde e incentive esse tema, também podendo ser tratado em um bate papo informal, incentivando as idas ao médico para mais orientações;

A educação pode e deve ser uma forte aliada na propagação e na possibilidade de acesso ao conhecimento sobre a questão do amamentar, para então construirmos uma sociedade mais saudável, mais inteligente, mais segura e conseqüentemente mais feliz.

Enfim, como percebemos, a história tem nos mostrado que a prática da amamentação se trata de uma decisão tomada principalmente pela mulher. Desconstruir valores e significados que estão arraigados é complexo e demorado, por que são valores que hoje não servem ou não são mais aceitos, mas fizeram parte da vida de ontem. O resgate histórico é fundamental para compreendermos essa prática (SILVA, 1990 apud ICHISATO e SHIMO, 2002).

5 - Metodologia.

5.1 – Descrição dos sujeitos.

Foram entrevistadas três gerações de mulheres da mesma família (avó, mãe e filha) em um total de oito famílias, portanto 24 (vinte e quatro) sujeitos.

Seguem os dados gerais:

Tabela 4: Dados de identificação dos sujeitos da 1ª geração de acordo com a idade, escolaridade, ocupação, estado civil e etnia:

Sujeito (nº)	Idade (anos)	Escolaridade	Estado civil	Etnia
1	78	Educação Fundamental I	Casada	Branca
2	60	Educação Fundamental I	Casada	Branca
3	80	Semi - analfabeto	Casada	Branca
4	72	Educação Fundamental I	Viúva	Branca
5	79	Semi - analfabeto	Casada	Parda
6	75	Analfabeto	Casada	Branca
7	80	Educação Fundamental I	Casada	Branca
8	80	Educação Fundamental I	Viúva	Branca

A 1ª geração (avó) tem idade entre 60 a 80 anos. Sobre a escolaridade, 62,5% fizeram até a Educação Fundamental I (1º à 5º ano), 25% são semi-analfabetas e 12,5% são analfabetas. Nenhuma delas trabalha ou estuda.

Quanto ao estado civil, 62,5% são casadas e 37,5% são viúvas. A etnia é composta de brancas e pardas, sendo 87,5% brancas e apenas 12,5% pardas.

Tabela 5: Dados de identificação dos sujeitos da 2ª geração de acordo com a idade, escolaridade, ocupação, estado civil e etnia:

Sujeito (nº)	Idade (anos)	Escolaridade	Trabalha	Estado civil	Etnia
1	53	Superior	Assistente social	Casada	Branca
2	43	Ensino Médio	Empresária	Separada	Branca
3	43	Educação Fundamental II	Vendedora	Casada	Branca
4	47	Ensino Médio	Comerciante	Viúva	Branca
5	51	Educação Fundamental II	Do lar	Casada	Branca
6	53	Educação Fundamental I	Comerciante	Casada	Branca
7	48	Educação Fundamental II	Copeira	Casada	Branca
8	45	Ensino Médio	-	Casada	Branca

A 2ª geração (mãe) tem idade entre 43 a 53 anos. Sobre a escolaridade delas, 12,5% tem até a Educação Fundamental I, 37,5% até a Ed. Fundamental II, 37,5% até o Ensino Médio e 12,5% tem ensino Superior. Todas essas mães da 2ª geração não estudam atualmente. A respeito do trabalho, todas trabalham, com exceção de uma, nas mais diversas funções, como pode ser demonstrado. Quanto ao estado civil predomina as casadas. Todas são de etnia branca.

Tabela 6: Dados de identificação dos sujeitos da 3ª geração de acordo com a idade, escolaridade, ocupação, estado civil e etnia:

Sujeito (nº)	Idade (anos)	Escolaridade	Estuda Atualmente	Trabalha
1	26	Superior	Letras	Professora
2	24	Superior	-	Administradora
3	24	Superior	Administração de empresas	Assistente Comercial
4	25	Superior	Mestrado em Letras	Professora
5	24	Superior	Mestrado em Entomologia	-
6	25	Superior	-	Professora
7	25	Ensino Médio	-	Recepcionista
8	25	Superior	-	Professora

Por fim, a 3ª geração (filha) tem a idade entre 24 a 26 anos, sendo 10% com 26 anos, 50% com 25 anos e 40% com 24 anos. Sobre a escolaridade delas, 87,5% tem ensino superior, sendo apenas uma com o ensino médio. Somente 50% delas estudam atualmente. Quanto à ocupação 90% trabalham nas mais diversas profissões como pode ser observado. Quanto ao estado civil todas solteiras e quanto à etnia todas brancas.

Tabela 7: Dados dos sujeitos da 1ª e 2ª geração de acordo com o número de filhos, tipo de parto, problema na gravidez, número de filhos que amamentou, tempo de amamentação exclusiva, tempo de amamentação com complemento e se recebeu orientação sobre amamentação:

Sujeito nº	Filhos (nº)	Tipo de parto	Problema na gravidez	Já amamentou?	Nº de filhos que amamentou	Tempo de amamentação exclusiva	Tempo de amamentação com complemento	Recebeu orientação sobre amamentação?
1*	4	Normal	Não	Sim	4	6 Meses	Só amamentou de forma exclusiva	Sim
2*	6	Cesariana e Normal	Sim, 2 abortos	Sim	6	4 Meses	8 meses	Não
3*	3	Normal	Não	Sim	3	5 Meses	Até 3 anos	Não
4*	3	Normal	Não	Sim	3	3 Meses	Só amamentou de forma exclusiva	Não
5*	7	Normal	Não	Sim	7	3 Meses	3 meses	Não
6*	4	Normal	Não	Sim	4	6 Meses	Até 2 anos	Não
7*	7	Normal	Não	Sim	7	6 Meses	Até 2 anos	Não
8*	3	Normal e cesariana	Não	Sim	3	4 Meses	Só amamentou de forma exclusiva	Não
9**	2	Cesariana	Não	Não	Nenhum	-	-	Sim
10**	2	Cesariana e normal	Não	Sim	2	4 Meses	4 meses	Sim, por familiares e postos de saúde
11**	1	Cesariana	Não	Sim	1	1 Mês	Só amamentou de forma exclusiva	Sim
12**	2	Cesariana e Normal	Não	Sim	2	6 Meses	Só amamentou de forma exclusiva	Sim
13**	2	Cesariana	Não	Sim	2	5 Meses	1 mês	Não
14**	2	Cesariana e normal	Não	Sim	2	4 Meses	Só amamentou de forma exclusiva	Sim
15**	2	Cesariana	Não	Sim	2	5 Meses	4 meses	Não
16**	3	Cesariana	Não	Sim	3	1 Mês	Só amamentou de forma exclusiva	Sim

* Sujeitos da primeira geração (avós)

**Sujeitos da Segunda Geração(mães)

De todos os sujeitos entrevistados, 66% delas são mães (1ª e 2ª geração). De todas as mães, 6,25% têm um filho, 37,5% dois filhos, 31,25% três filhos, 6,25% quatro filhos, 6,25% seis filhos e 12,5% sete filhos.

Sobre o tipo de parto, 31,25% fizeram cesariana, 37,5% foram de parto normal e 31,25% tiveram tanto cesariana quanto normal.

De todas elas somente 6,25% tiveram problema na gravidez (que foram dois abortos espontâneos) e 93,75% das mães não tiveram nenhum problema na gravidez.

Na questão de amamentação, somente 6,25% não amamentaram e 93,75% amamentaram seus filhos. O número de filhos que cada mãe amamentou foi de 6,25% para um filho, 31,25% dois filhos, 31,25% três filhos, 6,25% quatro filhos, 6,25% seis filhos, 12,5% sete filhos e apenas 6,25% não amamentaram nenhum filho.

O tempo de amamentação de forma exclusiva, ou seja, somente o leite materno sem complementação com nenhum outro tipo de alimento, foi de: 12,5% das mães amamentaram de forma exclusiva durante um mês, 12,5% durante três meses, 25% por quatro meses, 18,75% por cinco meses, 25% amamentaram exclusivamente por seis meses e 6,25% não amamentaram.

Já o tempo de amamentação com complementos, ou seja, o leite materno junto com outro tipo de alimento foi de: 6,25% durante um mês, 6,25% durante três meses, 12,5% por quatro meses, 6,25% por oito meses, 12,5% por dois anos e 6,25% durante três anos. Sendo que 43,75% dessas mães só amamentaram de forma exclusiva, e apenas 6,25% não amamentaram com leite materno.

De todas as mães da 1ª e da 2ª geração, 56,25% não receberam nenhuma orientação sobre amamentação e 43,75% receberam orientação sobre amamentação.

5.2 – Instrumento.

O instrumento utilizado foi um questionário com questões abertas e fechadas de identificação dos sujeitos e também sobre a gestação e experiências com o aleitamento materno (ANEXO 1) e uma entrevista semi-estruturada, contendo quinze questões (ANEXO 2).

As respostas foram analisadas, comparadas entre as mulheres da mesma família e, posteriormente, entre as outras gerações.

5.3 – Procedimento.

A primeira etapa da pesquisa constituiu em definir os critérios a serem usados para a seleção dos sujeitos e o local da entrevista.

O critério utilizado foi de encontrar três gerações da mesma família, sendo avó, mãe e filha, com a filha da 3ª geração maior que 18 anos e sem ter passado pela experiência da maternidade, e a do aleitamento materno.

Em seguida todo o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IB e aprovado (Protocolo 2459 de 30/03/2007).

A seleção dos sujeitos aconteceu a partir de pessoas conhecidas, para que tivessem mais liberdade para perguntarem e serem entrevistadas.

Para melhor conforto e segurança, cada sujeito escolheu o melhor lugar para a entrevista; foi sugerido um lugar calmo, silencioso, confortável e de melhor acesso para cada uma. Todas as entrevistadas escolheram a própria casa.

A segunda etapa constituiu na aplicação do questionário e logo após a entrevista semi-estruturada, que foi transcrita posteriormente. As entrevistas foram efetuadas individualmente e separadamente – para garantir assim que um sujeito não influenciasse nas respostas do outro.

Com os dados em mãos foi feita a análise dos dados, agrupando-se as famílias da mesma geração.

6. Resultados:

Foram elaboradas 15 tabelas (ANEXO 3) para a análise dos dados, de acordo com as perguntas das questões.

Foram agrupadas as gerações de forma a fazer a análise na vertical (as famílias) e a análise na horizontal (as gerações).

De acordo com as análises se obtém as seguintes interpretações:

Resultado da questão 1 - Você sabe me dizer qual a importância da amamentação?

Verificou-se nesta questão que foram respondidos basicamente quatro aspectos ligados a importância da amamentação: Saúde, nutrição, desenvolvimento e crescimento. Somente um dos sujeitos comenta sobre o vínculo entre mãe e filho.

Diante dessas informações chegamos às seguintes porcentagens: Saúde (45,8%); nutrição (25%); desenvolvimento e crescimento (12,5%); saúde e vínculo (4,2%); nutrição e saúde (8,3%); desenvolvimento e crescimento, saúde e nutrição (4,2%).

Apesar da 3ª geração ser das que não tiveram experiência neste assunto, foram as que tiveram as respostas com mais informações. Todas as respostas de todas as gerações estavam corretas, porém incompletas.

Verificou-se também que elas acreditam que a amamentação é somente importante para o bebê, ninguém respondeu sobre a importância que a mesma tem para mãe, família, a praticidade, sobre o aspecto socioeconômico, etc, como vimos em todo o trabalho.

Resultado da questão 2- Como você sabe disso? Por onde tem essas informações?

Para a análise desta questão foi feita uma classificação das informações em quatro categorias:

- Conhecimento através da experiência – Forma empírica.
- Conhecimento através de campanhas, centro de saúde, médicos e escola – Educação e saúde.
- Conhecimento através da imprensa e literaturas – Meio de comunicação.
- Conhecimento através da família, amigos e conhecidos – Transmissão cultural.

A partir desta classificação verificou-se: as entrevistadas que tiveram suas informações através do conhecimento empírico foram de 8,4%, da educação e saúde (25%), da transmissão cultural (16,6%), do conhecimento empírico mais educação e saúde (4,2%), da educação e saúde mais meios de comunicações (12,6%), somente meios de comunicações (16,6%) e através da transmissão cultural mais meio de comunicações (16,6%).

Podemos perceber também, que antigamente não existiam muitos meios de comunicação e a literatura era pouco usada, pois os mesmos só começaram a aparecer a partir da 2ª geração. Na 3ª geração já temos a escola como meio de informação, o que é muito importante, e a literatura que já é bastante usada, mais que na 2ª geração.

Resultado da questão 3 – Por quanto tempo o bebê deve ser amamentado?

As respostas a essa questão demonstraram que o que predominou foram os seis meses (45,8%).

Uma dessas entrevistadas mostrou ter conhecimento correto dizendo que a orientação que teve foi de amamentar por dois anos, mas que na prática amamentaria até os seis meses (já que ainda não passou por essa experiência sendo da terceira geração). Ela provavelmente deve ter ouvido alguns de seus parentes mais velhos comentando sobre essa prática, pois a informação de seis meses se perpetuou na sua família.

Amamentar até os seis meses é apenas uma fase, pois como já foi visto após os seis meses recomenda-se a amamentação com complementos até dois anos ou mais. E somente 8,3% responderam até dois anos.

Resultado da questão 4 – Quando oferecer água ou chá para o bebê?

Mais do que a metade das entrevistadas (62,5%) falam que se deve oferecer água ou chá para o bebê antes dos seis meses de vida, uma mulher diz que só quando o médico orientar (4,2%), outra diz que acredita que depois que tira do peito (4,2%), outra fala que quando a mulher não produzir mais leite pode começar a oferecer água ou chá (4,2%) e apenas 16,7% responderam que deve ser a partir dos seis meses.

Várias mulheres mostram a total falta de informação dizendo que se oferece água ou chá para o bebê quando a mãe perceber que não está produzindo mais leite e outra dizem que se oferece sempre que necessário desde o nascimento.

É importante ressaltar que o componente mais abundante do leite é a água, cujo teor é totalmente suficiente para as necessidades hídricas do bebê (CARVALHO e TAMEZ, 2005:27).

Portanto, é dispensável a complementação de água ou chá nos seus seis primeiros meses de vida do bebê, mesmo em locais secos e quentes.

Resultado da questão 5 – Quando oferecer alimento sólido para o bebê?

Diante dos dados coletados, mais da metade das entrevistadas acham que se deve oferecer alimento sólido para o bebê depois dos seis meses de vida (62,5%), antes dos seis meses (33,3%) e quando o médico orientar (4,2%).

Percebe-se que em alguns grupos o conhecimento é perpetuado, por vezes, até a 2ª geração e em outros até a 3ª geração, mas em sua maioria positivamente, ou seja, depois dos seis meses.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2009), não há vantagens em iniciar os alimentos sólidos antes dos seis meses, muito pelo contrário, a introdução de alimentos sólidos antes dos seis meses causará prejuízos à saúde da criança.

Resultado da questão 6 – Você acha que o leite do peito é fraco? Por quê?

Percebemos que a maioria das mulheres não acredita neste mito, pois a resposta que o leite do peito não é fraco foi em maior número (83,4%), as que responderam que o leite é fraco (8,3%) e aquelas que acham que depende da mãe (8,3%).

Este mito aparece somente em um grupo de família e o mesmo não se perpetuou já que só a primeira geração desta família acredita que existe leite do peito fraco.

Em outro grupo de família, a primeira geração acredita que o leite vai ficando fraco. É importante esclarecer que não é o leite que vai ficando fraco e sim o bebê que começa a necessitar de outros nutrientes que outros alimentos oferecem. A composição do leite não muda.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o leite materno apresenta a composição semelhante para todas as mulheres do mundo. Esta composição só pode ser afetada em casa de desnutrição grave.

Resultado da questão 7 – Você acha que o tamanho da mama influencia na produção de leite?

Percebemos que todos os sujeitos entrevistados (100%) acham que o tamanho da mama não influencia na produção do leite.

Na verdade, a forma e o tamanho da mama estão relacionados com a quantidade de tecido adiposo no estroma, e não com a capacidade de produção do leite (CARVALHO e TAMEZ, 2005:3,4).

Ainda segundo os autores, o leite materno é produzido em alvéolos que formam cachos chamados lóbulos, e através da sucção do bebê que minúsculas aberturas se rompem para a saída do leite.

Portanto, a produção do leite materno acontece igualmente em todas as mamas de todos os tamanhos.

Resultado da questão 8 – Você conhece alguma bebida ou comida que possa produzir mais leite?

As respostas a esta questão demonstraram que 50% das mulheres não conhecem nenhuma bebida ou comida que possa produzir mais leite, 45,8%

conhecem um ou mais alimentos e 4,2% que acham que a mãe precisa se alimentar bem.

Todos esses alimentos citados (água inglesa, cerveja preta, canjica, chicória refogada e canja de galinha) são mitos que foram construídos antigamente e vêm sendo passados através das gerações. As pessoas acreditam que são alimentos e bebidas lactogênicos sem saber o porquê e a causa dos mesmos.

As respostas demonstraram também que a maioria das entrevistadas que citaram pelo menos um mito são da 1ª geração (75%), na 2ª geração aparecem em menor porcentagem (70%) e na 3ª geração quase não aparecem, (12,5%). Isto significa que os mitos sobre este aspecto, embora não tenham acabado, estão diminuindo conforme as gerações.

Na verdade, o corpo usa a reserva de energia e nutrientes para produzir leite, por isso, estar bem alimentada é fundamental e ajuda muito.

Deixar o bebê mamar à vontade é o estímulo mais poderoso para produzir leite.

Resultado da questão 9 – Você acha que tenha alguma coisa que seque o leite?

De acordo com a análise 37,5% das mulheres não acham que exista algo que seque o leite e 62,5% acham que existe. Dentre eles, mitos (26,7%), medicamentos (33,3%), susto (13,4%), nervoso (13,4%), má alimentação (6,6%) e as que acreditam que existe, mas não sabem dizer o que (6,6%).

Os mitos como a visita de uma mulher menstruada, ingerir arruda, guiné e hortelã aparecem nas mulheres da 1ª geração. Os mesmo não foram perpetuados. Já medicamentos e sustos aparecem em todas as gerações e nervosismo a partir da 2ª geração.

Na verdade, segundo Pryor (1981), existe um medicamento chamado Stilbestrol que inibe a lactação, mas não a elimina. A secreção do leite só para porque o leite não é removido ou estimulado.

Assim como esse medicamento, o nervoso e o susto não eliminam o leite materno. Levar um susto ou passar nervoso podem fazer com que diminua o fluxo do leite, do mesmo jeito que com a diminuição do leite a mãe passa a acreditar que está começando a secar o seu, e conseqüentemente para de alimentar seu filho pelo peito, e sem o estímulo da sucção do bebê o leite secará.

Resultado da questão 10 – Quando a mãe não tem leite o bebê pode mamar em outra mulher?

A partir da análise podemos ver que 87,5% (a maioria) das mulheres responderam que sim, apenas 8,3% respondem que o bebê só pode ser amamentado por outra mulher desde que a mesma tenha uma boa saúde e somente 4,2% responderam que o bebê não pode mamar em outra mulher sem ser sua mãe.

Antigamente, era normal um bebê ser amamentado por outra mulher, as chamadas “amas-de-leite”, e como percebemos essa informação ainda é perpetuada.

Segundo o Ministério da Saúde (1995) este ato não deve ser mais realizado. Essas medidas são adotadas a fim de prevenir os bebês contra as doenças transmissíveis como o vírus HIV, hepatite entre outras.

Resultado da questão 11- Existe idade certa para parar de amamentar?

Verificou-se nesta questão que 62,5% das mulheres acreditam que não existe idade certa para parar de amamentar, 8,33% acham que existe idade certa, mas não falam um tempo certo, 20,83% limitam tempo de um ano, 4,17% responderam que depende da mãe e os outros 4,17% desconhecem esta informação.

Na grande maioria a resposta certa predomina, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2009) recomendam o aleitamento materno com complementos até dois anos ou mais.

Resultado da questão 12 – Você acredita que a mãe precise parar de amamentar quando volta ao trabalho?

Esta pesquisa mostra que a maioria das mulheres tem a informação correta, que a mulher não precise parar de amamentar quando volta ao trabalho (75%), mas esta ainda é uma das maiores causas do desmame precoce e do fim da amamentação exclusiva. Pois apesar de saberem que não precisam parar de amamentar elas o fazem, pois acreditam que é mais fácil e prático para elas e para o bebê.

Infelizmente, o que falta é o incentivo e apoio das empresas e escolas que não possuem lugares adequados e tempo suficiente para receber ou liberar essas

mães para amamentarem seus filhos corretamente, e por fim acabam optando pelo leite artificial que é muito mais cômodo.

Resultado da questão 13 – Amamentar deixa o peito caído?

Um dos maiores mitos e medos de todas as mulheres é o de após amamentar, os seios ficarem caídos. É o que aparece em 75% das mulheres, e esta informação foi perpetuada. Somente a primeira e segunda geração de uma família acreditam que depende da genética de cada mulher (8,3%).

Na verdade, durante os meses da gravidez e da amamentação, os seios aumentam muito de volume. Se a mulher tiver tendência a ter flacidez ou se ganhar muitas estrias neste período, provavelmente quando deixar de amamentar pode ficar com a pele caída, mas se não tiver tendência e se cuidar conforme orientação de um profissional, quando parar de amamentar os seios ficarão como antes.

Enfim, não é o ato de amamentar que pode ou não deixar os seios caídos, e sim a genética e cuidados de cada mulher.

Resultado da questão 14 – Bicos, chuquinhas, mamadeiras e chupetas prejudicam a amamentação?

Diante dos dados coletados percebeu-se que a opinião ficou dividida: 50% das mulheres acham que bicos, chuquinhas, mamadeiras, chupetas prejudicam a amamentação e 50% acham que não prejudicam.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) e Carvalho e Tamez (2005), o uso de bicos, chuquinhas, mamadeiras, chupetas estão relacionados ao desmame precoce. A mamadeira, por exemplo, além de uma grande fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação, pois o leite na mamadeira sai facilmente desde a primeira sucção. Com isso a criança pode estranhar a demora, o fluxo e a força que tem que fazer para que saia o leite. E ainda, segundo os mesmos, crianças que chupam chupeta são amamentadas com uma frequência menor comprometendo assim a produção do leite que não é estimulado.

Resultado da questão 15 – A mãe produz leite suficiente para o seu bebê?

Diante das respostas 41,6% das mulheres possuem a informação correta desta questão, que a mãe produz leite suficiente para seu bebê e 58,4% acham que não ou que nem todas. As respostas foram perpetuadas.

O que muitas vezes acontece é que a mãe pode estar insegura quanto à amamentação, essa insegurança faz com que o choro do bebê seja interpretado como sinais de fome. A ansiedade que esta situação cria na mãe pode ser transmitida à criança, que pode responder com mais choro.

Assim sendo, muitas mães acabam optando por complementar a alimentação com leites artificiais, aliviando a tensão materna que é passada ao bebê também, que passa a chorar menos. Assim a idéia de que o bebê estava com fome é reforçada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É também preciso reforçar que o volume do leite que cada mãe produz está relacionado com a frequência e a quantidade que o bebê mama. Quanto mais o bebê mamar, maior será a produção do leite.

7. CONCLUSÃO E DISCUSSÃO:

A amamentação não é só um ato biológico, ela está relacionada à cultura, portanto, influenciada por mitos e crenças que vem sendo construídos ao longo da história da humanidade como uma herança sociocultural e, por muitas vezes, influenciando negativamente no sucesso do aleitamento materno.

Nas entrevistas com as 3 gerações de mulheres da mesma família: avó-mãe-filha, foi possível perceber que elas têm uma escassa informação quanto à importância do aleitamento materno já que as respostas foram vagas e incompletas.

Nota-se uma grande evolução quanto ao meio por onde obtiveram informações sobre a importância do aleitamento materno. Os artigos, livros, jornais e propagandas tiveram um aumento significativo a cada geração. Na terceira geração a escola começa a ser citada mas o conhecimento empírico ainda se manifesta.

Percebeu-se ainda o desconhecimento delas quanto ao tempo de amamentação, as respostas foram diretas sem especificação em amamentação de forma exclusiva e a amamentação com complementos. Isto demonstra que é preciso investir neste conhecimento através da educação, meios de comunicações, propagandas, etc.

Poucas mulheres demonstraram que conhecem o tempo certo para a introdução de alimentos (tanto líquidos quanto sólidos) e a maioria das mulheres ainda acredita que é preciso introduzir líquidos antes dos seis meses, principalmente as mulheres da 1ª geração, e as informações se perpetuam muitas vezes.

Este conhecimento deve estar relacionado ao fato de que a maioria dessas mulheres tiveram seus filhos na década de 60 ou 70, época em que o uso de água e chás era recomendado pelos pediatras. Nesta mesma época, imperava a crença do “leite fraco” talvez por isso metade das mulheres da 1ª geração diz acreditar que o leite do peito é fraco ou que depende da mãe. Mas este conhecimento não foi perpetuado, pois todas as mulheres da 2ª e 3ª geração mostram que conhecem deste assunto respondendo em unanimidade que o leite do peito não é fraco.

Alguns alimentos como: Água inglesa, cerveja preta, canjica e chicória refogada foram respondidas como alimentos que ajudam na produção de leite pelas mulheres da 1ª geração, perpetuadas por poucas vezes até a 2ª geração. Entretanto, estas informações talvez não se perpetuaram até a 3ª geração, muito

provavelmente devido ao fato das mesmas não terem passado pela experiência do aleitamento materno.

Como causa de interrupção (secar) do leite, entre todas as mulheres entrevistadas, foram citadas algumas crenças como: sustos, arruda, guiné e hortelã. Também o uso de medicamentos e nervoso, estes que realmente podem bloquear a descida do leite. Este é uma das justificativas que as mães usam para parar de amamentar, pois como já vimos antes, o que acontece é uma diminuição que faz com que as mães acreditem que não estão mais produzindo leite

Já o mito da “visita de uma mulher menstruada à mãe que está amamentando” foi citado algumas vezes, mas somente pelas mulheres mais velhas (da 1ª geração) e o mesmo não se perpetuou nenhuma vez.

Podemos perceber que todas as mulheres demonstraram, ainda, acreditar na antiga prática das amas-de-leite, pois todas responderam que se a mãe não tiver leite o bebê pode ser amamentado por outra mulher. Hoje esta prática não é mais recomendada, devido às doenças transmissíveis. Esta informação é relativamente recente, por isso ainda é comum esta troca de mães, justamente por desinformação, ou até mesmo por se tratar de uma crença.

Os resultados deste estudo indicam que as avós ainda são as que mais possuem mitos e crendices, devido ao tempo e a cultura em que viveram. Provavelmente, elas estão repassando suas experiências acreditando ser o mais adequado. Por isso, é de suma importância também a inclusão das avós em promoções do aleitamento materno, já que elas possuem uma grande influência nas decisões tomadas pelas mães. Assim, elas podem expor seus mitos, receber novas informações, ajudando suas filhas e netas num aleitamento materno com sucesso.

O mais importante para este estudo: a importância que a educação tem em possibilitar a elaboração de atividades nas escolas que incentivem o aleitamento materno nas crianças, criando futuros papais e mães com novas culturas (que favoreça a lactação), mudando os hábitos e modificando de certa forma os mitos e crendices trazidos pelas suas mães e avós através das gerações.

A escola é uma forte aliada para o acesso ao conhecimento, assim como os meios de comunicação que podem contribuir na transmissão de informações à população em geral.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com os profissionais da saúde e da educação a fim de expandir seu campo de trabalho em outras áreas que

também necessitam da parte educativa, gerando reflexões críticas a respeito da prática pedagógica e que este trabalho sirva de inspiração para que mais pesquisas como esta sejam feitas com mais números de sujeitos a fim de cessarmos os mitos e crendices que atrapalham o aleitamento materno que é de tal importância para as crianças, mães, famílias e sociedade.

8. REFERÊNCIAS

ALEITAMENTO MATERNO, 2005. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=207> Acesso em: 20 fev 2009.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de; NOVAK Franz Reis. **Amamentação: um híbrido natureza – cultura**. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, 2004, v. 80, n.5, ISSN 0021-7557.

ANARUMA, Sílvia Marina. **A Amamentação do ponto de vista da educação e da psicologia**. Rio Claro, 1p; 1999. Apostila.

ANARUMA, Sílvia Marina; ROSSI, Célia Regina; LIMA Carla Hoffmann de. **A Sublime função de amamentar**. Jornal Cidade, Rio Claro, p.15, 09 mai. 2002. Especial Saúde.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de; et al. **Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2004, v.4, n.2, ISSN 1519-3829.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos** – 3. ed. Brasília, 2000.

_____. **Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas/ coordenação Materno – Infantil** – 2.ed. Brasília, 1997.

_____. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>>. Acesso em: 02 Mai 2009.

_____. **Aleitamento x Mulheres infectadas pelo HIV**. Brasília, 1995. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_hiv.pdf> Acesso em 04 Set 2009.

_____. Saúde em números: **Indicadores e Dados básicos para a Saúde**. Brasília, 2008 Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/indicadores.html>> Acesso em: 02 Mai 2009.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Tavares. **Amamentação: um resgate histórico**. Caderno ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará, v.1, n.1, 2005.

CARVALHO, Marcus Renato de; TAMEZ, Raquel N. **Amamentação: Bases Científicas**. – 2ª edição – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FALEIROS, Francisca Tereza Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. **Aleitamento materno: Fatores de influência na sua decisão e duração**. Revista de Nutrição, v.19, n.5, Campinas, set/out, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732006000500010&script=sci_arttext&tlng=pt%23nt> Acesso em 20 maio 2008.

ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Revisitando o desmame precoce através de recortes da história**. Revista Latino Americana de Enfermagem 2002. julho/agosto v.10, n.4: 578-85.

KUMMER, Suzane C ET AL. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 34, n.2, São Paulo, abril 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200007> Acesso em 24 fev 2009.

MARQUES, Rosa F S V; LOPEZ, Fábio A; BRAGA, Josefina A P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n.2, 2004.

MARTINS FILHO, José. **A questão da Amamentação**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

PRIMO, Cândida C; CAETANO, Laíse C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. Artigo Original. **Jornal de Pediatria**. V.76, n.6: 449-455, Rio de Janeiro, 1999.

PRYOR, Karen. **A Arte de Amamentar**. São Paulo: Summus Editorial, 1963.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v19s1.pdf>> Acesso em: 20 fev 2009.

REA, Marina Ferreira; VENÂNCIO, Luis Eduardo Batista; SANTOS, Rosangela Gomes; GREINER, Ted. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo, v.31, n.2,1997. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000200008>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/s0034-89101997000200008. Acesso em: 17 mai 2009.

ROSSI, Renata; ANARUMA, Silvia Marina. **A importância do aleitamento materno no desenvolvimento cognitivo**. Trabalho de Conclusão de Curso – Licenciatura em Pedagogia – UNESP IB, 2005.

SANTOS, Vera Lúcia Fugita dos; SOLER, Zaida aurora Sperli Geraldês Soler; AZOUBEL, Reinaldo. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.5, n.3, 2005 ISSN 1519-3829.

SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda. Aleitamento Materno e as crenças alimentares. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, setembro/outubro v.9, n.5: 70-76, 2001.

SUSIN, Lúlie R. O; GIUGLIANI, Elsa R. J; KUMMER, Suzane C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, 2005:141-147. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200001> Acesso em 24 fev 2009.

UNICEF. Brasil – **Aleitamento Materno**. [online]. [citado 2009-08-15] Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm>. Acesso em 24 fev 2009.

_____. **Amamentar o seu bebê**. [online]. [citado 2009-04-08] Disponível em: <http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfyb_portuguese2.pdf>. Acesso em 24 fev 2009.

VENANCIO, Sonia Ioyama; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; Kitoko, Pedro; REA, Marina Ferreira; MONTEIRO, Carlos Augusto. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v.36, n.3, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000300009> Acesso em 24 fev 2009.

VENANCIO, Sonia Ioyama; MONTEIRO, Carlos Augusto. **A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80**. Rev. Brasileira. Epidemiol; São Paulo, v.1, n.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1415790X1998000100005&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 20 mai 2008.

WHO, World Health Organization – **World Health Day Safe Motherhood**. 1998. Disponível em: <http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98_04.html> Acesso em 15 março 2009.

WIKIPÉDIA. **Crenças**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Cren%C3%A7as>> Acesso em: 15 março 2009.

_____. **Mitos**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Mito>> Acesso em: 15 março 2009.

9. ANEXOS

Anexo 1

UNESP-UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

DEPTO. EDUCAÇÃO-IB-CRC

QuestionárioIdentificação do Sujeito:

Geração:

Filha ()

Mãe ()

Avó ()

1. Iniciais do nome: _____

2. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ idade: _____

3. Escolaridade:

() 3.1 Educação fundamental I (1ª à 4ª série)

() 3.2 Educação Fundamental II (5ª à 8ª série)

() 3.3 Ensino Médio (antigo colegial)

() 3.3 Superior

() 3.5 Semi – analfabeto

() 3.6 Analfabeto

4. Estuda atualmente? Que curso?

5. Trabalha: () Sim () Não

Profissão: _____

6. Estado Civil:

() Solteiro

() Casado

() Separada ou Divorciada

7. Cor:

() Branco

() Negro

() Pardo

.....

Para Mães:

8. Numero de filhos: _____
Idades: _____

9. Gravidez:

Numero de partos: _____

Tipo de parto:

() Cesariana () Normal () Outro

Algum problema na gravidez? Que tipo?

10. Amamentação:

Já amamentou? () Sim () Não

Quanto filho amamentou? Se nenhum, por quê?

11. Por quanto tempo amamentou de forma exclusiva?

12. Por quanto tempo amamentou como complementos?

13. Recebeu orientação sobre amamentação?

Anexo 2**UNESP-UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA****DEPTO. EDUCAÇÃO-IB-CRC**

Roteiro da entrevista

1. Você sabe me dizer qual a importância da amamentação?
2. Como você sabe disso? Por onde tem essas informações?
3. Por quanto tempo o bebê deve ser amamentado?
4. Quando oferecer água ou chá para o bebê?
5. Quando oferecer alimento sólido para o bebê?
6. Você acha que o leite do peito é fraco? Por quê?
7. Você acha que o tamanho da mama influencia na produção de leite?
8. Você conhece alguma bebida ou comida que possa produzir mais leite?
9. Você acha que tenha alguma coisa que seque o leite?
10. Quando a mãe não tem leite o bebê pode mamar em outra mulher?
11. Existe idade certa para parar de amamentar?
12. Você acredita que a mãe precise parar de amamentar quando volta ao trabalho?
13. Amamentar deixa o peito caído?
14. Bicos, chuquinhas, mamadeiras, chupetas prejudicam a amamentação?
15. A mãe produz leite suficiente para o seu bebê?

Anexo 3: Tabelas das análises dos resultados

1. Você sabe me dizer qual a importância da amamentação?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Por que o leite materno é o melhor leite	Mais resistência ao bebê	Saúde da criança	Evita doenças	Por que faz bem para a saúde do bebê	É o primeiro alimento capaz de saciar a fome do bebe	Para o bebê crescer mais forte	Evita muitas doenças	- Saúde 62,5% - Nutrição 25% - Desenvolvimento e crescimento 12,5%
2ª Geração	Para a saúde do bebê.	Mais resistência ao bebê	Ajuda no desenvolvimento da criança	Para evitar doenças	Ajuda no sistema imunológico e sustenta o bebê	Amamentação deixa a criança imune a várias doenças	Para o bebê crescer nutrido	Possuem todos os nutrientes necessários para o bebê	- Saúde 62,5% - Nutrição 25% - Desenvolvimento e crescimento 12,5%
3ª Geração	Nos primeiros meses é o leite que o bebê precisa	A primeira alimentação, a ligação de afeto entre os dois, a importância da saúde e defesa que o organismo do bebê cria com o leite	É fundamental para a saúde do bebê e evita uma série de doenças	O leite materno tem os nutrientes necessários para o crescimento e imunidade	O leite materno é rico em vitaminas, sais minerais e anticorpos que o bebê precisa	Ali está uma rica fonte de vitaminas para deixar o bebê imune a vários tipos de doença.	Para o bebê crescer saudável	Possuem todos os nutrientes necessários	- Saúde 12,5% - Nutrição 25% - Desenvolvimento e crescimento 12,5% - Nutrição e saúde 25% - Nutrição e vínculo 12,5% - Nutrição e desenvolvimento 12,5%
Interpretação	Para as três gerações o leite é importante; a 1ª e 3ª acham que é importante do ponto de vista nutricional, a 2ª do ponto de vista da saúde.	Na 3ª geração há mais informação; as três atribuem à mais resistência.	1ª e 3ª geração atribuem à saúde e a 2ª ao desenvolvimento.	Igual na 1ª e 2ª geração que atribuem importância à saúde e a 3ª à nutrição, ao crescimento e a saúde, ou seja, já acrescenta mais informação.	Igual nas três gerações, mas a 3ª tem mais informação.	A 1ª geração atribui à nutrição, a 2ª geração à saúde e a 3ª geração à saúde e à nutrição.	Igual nas três gerações.	Igual na 2ª e 3ª geração	

2. Como você sabe disso? Por onde tem essas informações?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Através da experiência do aleitamento	No centro da saúde existe o programa da criança	Por médicos	Orientação de familiares	Através de conhecidos	Por experiência de ter tido muitos filhos.	As pessoas falavam e eu via	Médicos	- Conhecimento empírico 25% - Educação e saúde 37,5% - Transmissão cultural 37,5%
2ª Geração	Campanhas e vivência	Informações médicas, revistas, programas informativos	Por médicos	Pela família	Através da televisão	Sei disso por meio de comunicação, livros e revistas.	Médicos, TV e rádio	Medico e TV	- Conhecimento empírico e Educação e saúde 12,5% - Educação e saúde 12,5% - Educação e saúde e meio de comunicação 37,5% - Meio de comunicação 25% - Transmissão cultural 12,5%
3ª Geração	Parentes (mãe, avó, tia) e através de revistas	Sempre escutei falar e fiz algumas leituras a respeito deste assunto	Através de propagandas e conversa com gestantes	Escola	Na escola	Li um artigo sobre isso em uma revista	Através de notícias e mães conhecidas	TV, jornais	- Educação e saúde 25% - Transmissão cultural e meio de comunicação 50% - Meio de comunicação 25%
Interpretação	Na 1ª geração aparece apenas o conhecimento empírico, na 2ª continua o empírico e se acrescenta a educação e saúde (campanhas) e a 3ª a transmissão cultural e meio de comunicação (imprensa).	Na 1ª geração aparece apenas a educação e saúde se mantendo na 2ª geração, e acrescenta a transmissão cultural e meio de comunicação, na 3ª aparece por meio de comunicação também, acrescentado transmissão de conhecimento.	A 1ª e 2ª geração são iguais, aparece a educação e saúde e na 3ª geração aparece a transmissão cultural e meio de comunicação	A 1ª e 2ª geração são iguais, aparece a transmissão cultural, já na terceira é diferente, aparece a educação e saúde.	Todas diferentes. Na 1ª geração aparece a transmissão cultural, na 2ª meio de comunicação e na 3ª aparece a saúde e educação.	Iguais na 2ª e 3ª que aparece por meios de comunicações. Já na 1ª geração aparece a forma empírica.	A 1ª e 3ª geração através da transmissão cultural, acrescentando na 3ª meio de comunicação segunda também aparece com a diferença de que aparece educação e saúde também.	A 1ª e 2ª geração através da educação e saúde, porém a 2ª acrescenta meios de comunicação igualmente a 3ª geração.	

3. Por quanto tempo o bebê deve ser amamentado?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Eu acho que até seis meses	Um ano	Até quando ele quiser	Enquanto a mãe tiver leite	Por seis meses	Até quando a mãe achar necessário	Até seis meses	Dois anos	- Seis meses 37,5% - Um ano 12,5% - Dois anos 12,5% - Até quando o bebê quiser 12,5% - Até quando a mãe quiser 12,5% - Até quando a mãe tiver leite 12,5%
2ª Geração	Nove meses	Seis meses	Um ano	Até quando a mãe tiver leite	Por seis meses	Doze meses de vida	Por volta dos seis meses	Doze meses	- Seis meses- 37,5% - Nove meses- 12,5% - Um ano- 37,5% - Até quando a mãe tiver leite- 12,5%
3ª Geração	Oito meses	O bebê deve ser amamentado o pelo menos até seis meses de vida.	No mínimo seis meses	Seis meses	Por dois anos, pois é a orientação que tive, mas na prática eu amamentaria até seis meses	Até os seis meses	Seis meses	O máximo possível	- Seis meses- 62,5% - Oito meses- 12,5% - Dois anos- 12,5% - O Máximo possível- 12,5%
Interpretação	Não há unanimidade. O tempo aumentou em função da geração.	Diferente apenas na 1ª geração. O tempo diminuiu em função das gerações sendo a 2ª e 3ª iguais.	Diferente cada geração. A 1ª geração é a única que não impõe tempo determinado	Igual nas 1ª e 2ª. Diferente na 3ª geração que determina um tempo.	As três gerações estabelecem um tempo menor de 6 meses, aumentando na 3ª geração, que confessa que apesar da informação científica prevalece a crença de 6 meses.	Somente a 1ª geração tem a informação correta. As 2ª e 3ª gerações estabelecem tempo.	Igual nas três gerações.	Não há unanimidade, percebe-se que há tendência em aumentar o tempo de acordo com a geração.	

4. Quando oferecer água ou chá para o bebê?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Uns dois meses	Três meses	Após os quatro meses	Três meses	Um mês	Quando perceber que não está produzindo leite suficiente	Depois de dois meses	Quatro meses	- Antes dos seis meses 75% - Depois dos seis meses 12,5% - Quando perceber quando a mãe produz mais leite- 12,5%
2ª Geração	Depois de cinco meses	Após três meses	Quatro meses	Quando o medico orientar	Depois que tira do peito	A partir dos seis meses de vida	Sempre que necessário desde o nascimento	No primeiro mês	- Antes dos seis meses 62,5% - Depois dos seis meses 12,5% - Quando o medico orientar 12,5% - Depois que tira do peito 12,5%
3ª Geração	Antes dos três meses	A partir do terceiro mês	Após seis meses	6 meses	A partir do 5º mês	A partir os seis meses de vida.	Não sei	No primeiro mês	- Antes dos seis meses 50% - Depois dos seis meses 37,5% - Não sabe 12,5%
Interpretação	Igual nas três gerações. Todas antes dos seis meses.	Igual nas três gerações. Todas antes dos seis meses	Igual na 1ª e 2ª geração que pensam da mesma forma. Já a 3ª tem a informação correta.	Diferente em cada geração. Somente a 3ª geração tem a informação correta.	Nenhuma informação correta e não há semelhança	Igual na 2ª e 3ª geração com a informação correta.	Todas diferentes e com informações incorretas.	A informação se mantém na 2ª e 3ª geração	

5. Quando oferecer alimento sólido para o bebê?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Seis meses	Quatro meses	Após os sete meses	Três meses	A partir do 5ª mês	Com uns sete meses	Depois de seis meses	Cinco meses	- Antes dos seis meses 50% - Depois dos seis meses 50%
2ª Geração	Depois dos seis meses	Após quatro meses	Quatro meses	Quando o médico orientar	A partir do 7ª mês	A partir dos sete meses de vida	Depois de seis meses	Seis meses	- Antes dos seis meses 25% - Depois dos seis meses 62,5% - Quando o médico orientar 12,5%
3ª Geração	Sete meses	4ª mês	Após seis meses	3 meses	A partir do 6º mês	Após os seis	A partir dos seis meses	Seis meses	- Antes dos seis meses 25% - Depois dos seis meses 75%
Interpretação	Igual nas duas gerações modificando na 3ª (forma correta).	Igual nas três gerações. Informação já superada.	Todas têm opiniões diferentes. Somente a 3ª geração está correta.	A informação se mantém entre a 1ª e 3ª geração e está correta	Diferente cada geração, mas a 3ª já tem a informação correta.	Na 1ª e 2ª geração, na 3ª aparece a informação correta.	Igual nas três gerações e de informação correta	Igual na 2ª e 3ª geração com a informação correta.	

6. Você acha que o leite do peito é fraco? Por quê?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Não	Não	É forte porque sustenta o bebê	Não	Depende da mãe	Depois de algum tempo amamentando o leite vai ficando fraco	Sim, porque tive uma vizinha que tinha leite, mas não sustentava o filho	Depende da alimentação da mãe	- Não 50% - Sim 12,5% - Depende da mãe 37,5%
2ª Geração	Não	Não	Não	Não	Não	No tempo da vovó diziam que o leite fica fraco, mas nos dias de hoje acredito que não existe leite fraco	Não	Não	- Não 100%
3ª Geração	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	- Não 100%
Interpretação	Informação se mantém e está correta	Iguais entre a 2ª e 3ª geração com informação correta.	O mito aparece na 1ª e 2ª geração. Já a 3ª tem informação correta.	O mito aparece somente na primeira geração	O mito aparece somente na primeira geração				

7. Você acha que o tamanho da mama influencia na produção de leite?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Não	- Não 100%							
2ª Geração	Não	- Não 100%							
3ª Geração	Não	- Não 100%							
Interpretação	Igual nas três gerações e informação correta.								

8. Você conhece alguma bebida ou comida que possa produzir mais leite?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Não	Água inglesa	Cerveja preta	Não	Água inglesa	Cerveja preta	Sim, canjica e água inglesa e chicória refogada	Sim, canjica, água inglesa e chicória refogada	- Não 25% - Sim, água inglesa 25% - Sim, cerveja preta 25% - Sim canjica 12,5% - Sim, água inglesa, cerveja preta e chicória refogada 12,5%
2ª Geração	Falam que canjica e cerveja preta, mas é uma crença não é?	Canjica, água inglesa e cerveja preta	Não	Canjica e canja de galinha	Não	Para produzir mais leite tem que alimentar muito bem todo tipo de alimentação	Sim, canjica e cerveja preta	Não	- Não 37,5% - Não, mas tem que se alimentar bem 12,5% - Sim, canjica e cerveja preta 25% - Sim, água inglesa e cerveja preta 12,5% - Sim, canjica e canja de galinha 12,5%
3ª Geração	Não	Já ouvi minha mãe falar sobre cerveja preta, mas não sei se é verdade	Não	Não	Não	Não	Não	Não	- Não 87,5% - Já ouviu a mãe falar de cerveja preta. Mas não sabe se é verdade 12,5%
Interpretação	Informação igual na 1ª e 3ª geração Na 2ª geração aparece o mito.	Aparece o mito nas três gerações	O mito aparece somente na 1ª geração	Diferente somente na 2ª geração onde aparece o mito.	Diferente somente na 1ª geração onde aparece o mito.	Mito na 1ª geração e na 2ª já aparece mais conhecimen to e correto.	Mito só na 1ª e 2ª geração	Crença só na 1ª e 2ª geração.	

9. Você acha que tenha alguma coisa que seque o leite?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Um susto	Existe uma lenda que quando a mulher menstruada chegar à casa de uma mulher que esta amamentando e não contar a ela sobre a menstruação, o leite seca	Quando uma mulher menstruada vai até a casa da mulher que esta amamentando e não avisa, o leite seca	Remédios	Não	A presença de uma mulher menstruada pode fazer secar o leite	Não	Sim, arruda, guiné e hortelã	- Não 25% - Susto 12,5% - Arruda, guiné e hortelã 12,5% - Visita de mulher menstruada 37,5% - Medicamentos 12,5%
2ª Geração	Não acredito	Medicamentos	Não	Nervoso	Não mas acho que a mãe precisa estar tranquila e bem alimentada	Um susto muito forte	Sim, alimentação errada para a mãe, como bebidas	Medicamentos	- Não 25% - Susto 12,5% - Medicamento 25% - Nervosismo 12,5% - Má alimentação 25%
3ª Geração	Não	Medicamentos	A mãe passar nervoso	Não	Não	Injeção para secar o leite	Não	Acredito que sim, mas não sei dizer.	- Não 50% - Medicamentos 25% - Nervosismo 12,5% - Acham que sim, mas não sabem o que 12,5%
Interpretação	Aparece a crença só na 1ª geração	Aparece o mito na 1ª geração e na 2ª e 3ª geração a mesma crença.	O mito aparece somente na 1ª geração. E na 3ª geração uma crença.	A crença aparece na 1ª e 2ª geração embora diferentes.	A 2ª geração mostra ter conhecimento.	O mito aparece na 1ª geração e a crença na 2ª e 3ª geração.	A 2ª geração mostra ter conhecimento.	A crença aparece na 1ª geração o mito na 2ª geração.	

10. Quando a mãe não tem leite o bebê pode mamar em outra mulher?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Pode	Sim	Pode	Pode	Pode	Pode	Sim	Sim	- Sim 100%
2ª Geração	Sim	Sim	Pode	Sim	Sim, desde que tenha boa saúde	Sim	Sim	Sim	- Sim 87,5% - Sim, contanto que outra mulher não tenha doenças 12,5%
3ª Geração	Pode	Sim	Não	Sim	Sim, contanto que essa outra mulher não tenha doenças	Sim	Pode	Sim	- Sim 75% - Sim, contanto que a outra mulher não tenha doença 12,5% - Não 12,5%
Interpretação	Igual nas três gerações.	Igual nas três gerações.	Na 3ª geração já aparece novo conhecimento e correto.	Igual nas três gerações.	Apesar das três gerações acreditarem que sim, na 2ª e 3ª geração já começa aparecer novo conhecimento	Igual nas três gerações.	Igual nas três gerações.	Igual nas três gerações.	

11. Existe idade certa para parar de amamentar?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Depende da mãe	Não	Não	Não	Sim, até no máximo doze meses	Não	Sim, um ano	Não	- Sim, até doze meses 25% - Não 62,5% - Depende da mãe 12,5%
2ª Geração	Eu acho que até nove meses	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	- Sim, nove meses 12,5% - Sim, mas não sabe dizer 12,5% - Não 75%
3ª Geração	Até um ano	Um ano	Desconheço	Não	Não	Não existe idade certa para parar	Acredito que sim	Não	- Sim 12,5% - Não 50% - Um ano 25% - Desconhece 12,5%
Interpretação	Somente a 1ª geração pondera, as demais limitam um tempo aleatoriamente	Somente a 3ª geração limita um tempo.	Há diferença na 3ª geração que admite não ter conhecimento.	Não há diferença. Todas acham que não.	Diferente somente na 1ª geração que limita tempo.	Igual nas três gerações	Igual nas três gerações, mas a 1ª limita tempo.	Igual nas três gerações	

12. Você acredita que a mãe precisa parar de amamentar quando volta ao trabalho?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	- Sim 25% - Não 75%
2ª Geração	Acho que não, mas começam a surgir as dificuldades	Não	Não	Não	Depende do lugar onde trabalha	Não, ela pode tirar o leite e armazenar	Não	Não	- Não 75% - Não, mas começam a surgir dificuldades 12,5% - Depende do lugar onde a mãe trabalha 12,5%
3ª Geração	Não, mas tem que começar a diminuir e dar mamadeira	Não	Não	Não	Não, mas é mais cômodo parar pra não ficar esgotando	De forma alguma	Não	Não	- Não 75% - Não, mas é mais cômodo parar 12,5% - Não, mas tem que começar a diminuir e dar mamadeira 12,5%
Interpretação	Igual nas três gerações, mas a 2ª aponta dificuldades.	Conhecimento igual nas três gerações.	A informação se modificou na 2ª geração e se manteve na 3ª.	Conhecimento igual nas três gerações.	A 1ª geração é categórica em afirmar que sim. A 2ª e 3ª ponderam, mas dão a entender que sim.	Conhecimento igual nas três gerações, porém na 2ª geração já aparece um conhecimento mais atualizado, o da ordenha do leite.	Conhecimento igual nas três gerações.	Conhecimento igual nas três gerações.	

13. Amamentar deixa o peito caído?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Deixa	Deixa	Não	Depende da genética da mulher	Sim	Sim	Sim	Sim	- Sim 75% - Não 12,5% - Depende da genética da mãe 12,5%
2ª Geração	Eu acho que não	Sim	Não	Depende da mulher	Sim	Deixa	Sim	Sim	- Sim 62,5% - Não 25% - Depende da mulher 12,5%
3ª Geração	Deixa	Deixa	Não	Sim porque a pele estica e depois volta	Sim	Sim	Sim	Sim	- Sim 87,5% - Não 12,5%
Interpretação	Apenas a 2ª geração acha que não.	O mito aparece nas três gerações	Igual nas três gerações.	Há diferença na 3ª geração. A 1ª e 2ª têm o conhecimento correto.	O mito aparece nas três gerações				

14. Bicos, chuquinhas, mamadeiras e chupetas prejudicam a amamentação?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	- Sim 37,5% - Não 62,5%
2ª Geração	Sim	Sim	Não	Não	Não	Prejudica	Sim	Sim	- Sim 62,5% - Não 37,5%
3ª Geração	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	- Sim 37,5% - Não 62,5%
Interpretação	Somente a 2ª geração tem a informação correta.	Igual nas três gerações e com informação incorreta	Igual nas três gerações e com informação incorreta	Igual nas três gerações e com informação incorreta	A informação mudou na 2ª geração e continua igual na 3ª, incorretamente.	1ª e 2ª geração igual. Somente a 2ª geração tem a informação correta.	Igual nas três gerações e com informação correta	A informação mudou na 2ª geração e continua igual na 3ª corretamente	

15. A mãe produz leite suficiente para o seu bebê?

	1	2	3	4	5	6	7	8	% e/ou interpretação
1ª Geração	Nem todas	Depende da mãe	Sim	Sim	Não	Produz	Não	Sim	- Sim 50% - Não 25% - Nem todas 25%
2ª Geração	Nem todas	Depende, às vezes a mãe tem leite, mas precisa de complementos	Com certeza	Sim	Às vezes	Produz	Não	Nem sempre	- Sim 37,5% - Não 12,5% - Nem todas 50%
3ª Geração	Algumas sim, outras não	Depende da mãe	Sim	Sim	Às vezes	Produz	Às vezes não	Às vezes	- Sim 37,5% - Nem todas 62,5%
Interpretação	Igual em todas as gerações	Igual nas três gerações.	Igual em todas as gerações (com informação correta)	Igual em todas as gerações (com informação correta)	A informação muda na 2ª geração e continua na 3ª. Apesar disso, ainda não é a correta.	Igual em todas as gerações	Diferente na 3ª geração	2ª e 3ª geração pensa igual.	

Juliana Sacilotto Garcia – orientanda

Prof^a. Dr^a. Silvia Marina Anaruma – orientadora

Rio Claro
2009