

Maria de Lourdes Leôncio Chacon

**ALEITAMENTO MATERNO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DE PROFESSORES DE CIÊNCIAS, PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E MÃES**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências (PPGEC), da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ensino das Ciências.

Orientadora - Maria Marly de Oliveira, PhD
Co-Orientadora - Heloisa Flora Brasil Nóbrega Bastos, PhD

Recife, agosto de 2006.

Ficha catalográfica
Setor de Processos Técnicos da Biblioteca Central – UFRPE

C431a Chacon, Maria de Lourdes Leôncio
Aleitamento materno: representações sociais de pro –
fessores de ciências profissionais de saúde e mães / Ma -
ria de Lourdes Leôncio Chacon . -- 2006.
159 f. : il.

Orientadora: Maria Marly de Oliveira
Dissertação (Mestrado em Ensino das Ciências) -- Uni-
versidade Federal Rural de Pernambuco. Departamento de
Educação.
Inclui bibliografia

CDD 500

1. Ciências - Ensino
 2. Educação
 3. Aleitamento materno
 4. Representação social
- I. Oliveira, Maria Marly de
II. Título

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENSINO DAS CIÊNCIAS
MESTRADO EM ENSINO DAS CIÊNCIAS**

**ALEITAMENTO MATERNO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DE PROFESSORES DE CIÊNCIAS, PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E MÃES**

MARIA DE LOURDES LEÔNCIO CHACON

Banca Examinadora:

Maria Marly de Oliveira, PhD
Presidente

Maria Tereza dos Santos Correia, Dr^a
Examinadora Externa - UFPE

Margareth Mayer, Dr^a
Examinadora Interna - UFRPE

Helóisa Flora Brasil Nóbrega Bastos, PhD
Co-Orientadora

DEDICATÓRIA

A Deus, que me permitiu entrar neste curso e me acolheu em seus braços nos momentos de alegria e dificuldades.

A minha mãe, Gleice Chacon, pelo exemplo de mãe e mulher e pela dedicação e amor em todos os momentos da minha vida.

Ao meu pai, Wilson Buchard Chacon (*in memoriam*), que com seu amor ensinou-me os valores éticos necessários ao ser humano, e acreditou na educação de seus filhos.

Aos meus irmãos, Paula e André, por me valorizarem e apoiarem.

Ao meu marido, José Marcelo, pelo amor, paciência e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Marly de Oliveira, orientadora, por ter me acolhido, pela sabedoria, orientações, respeito e ética.

À professora Heloísa Flora Bastos, co-orientadora, pelas orientações que muito contribuíram para o meu trabalho.

A Esmeralda Dias Cabral, dirigente da Escola Nova Aurora, pelo apoio e compreensão.

Aos amigos, João Marcelo Mendes, Welson Rabello, Leila Amorim, Gustavo Amorim e Sandra, pelos momentos de contribuição para o enriquecimento profissional, pessoal e científico.

A Ricardo Neves, por compreender a importância deste trabalho.

À UFRPE e à coordenadora do curso PPGEC, Dr^a Edênia Maria Ribeiro do Amaral, pela sensibilidade e apoio nos momentos difíceis.

Às escolas pesquisadas, seus gestores, educadores, alunos e funcionários.

A todos os examinadores, que participaram com suas valiosas sugestões do exame de qualificação, pré-banca e defesa.

O domínio do trabalho científico não tem por base as conexões 'objetivas' entre as 'coisas' mas as conexões conceituais entre os problemas. Só quando se estuda um novo problema, com o auxílio de um método novo, e se descobrem verdades que abrem novas e importantes perspectivas é que nasce uma nova 'ciência'.

Max Weber.

RESUMO

Este estudo analisa as representações sociais de professores do Ensino de Ciências, profissionais de saúde e mães, sobre aleitamento materno, apoiado na Teoria das Representações Sociais. Para tanto, utilizamos a metodologia interativa e, como instrumentos de coleta de dados, entrevistas, através da técnica do círculo hermenêutico dialético, e questionários. Verificamos que as representações sociais dos professores de Ciências e profissionais de saúde sobre aleitamento materno não são favoráveis, em sua maioria, para uma melhor conscientização das mães sobre a importância do aleitamento materno. Por outro lado, as representações dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães são favoráveis a um melhor trabalho educativo quanto à importância do aleitamento materno. Como recomendações para futuras pesquisas, consideramos relevante ampliar a discussão da temática do aleitamento materno no cotidiano escolar, de forma a propiciar um novo olhar das mães e da sociedade sobre a amamentação, que é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Palavras-chave: aleitamento materno, representações sociais, ensino de ciências.

ABSTRACT

This study aimed to investigate how sciences teachers, health professionals and mothers construct social images about the mother suckling. It is based the theory about social images. The methodology consisted of interviews and. some questionnaires that were also applied in order to know if the opinions given by sciences teachers and health professionals about the mother suckling are positive or negative for develop an educational work involving mothers. The results about the social images constructed by the groups investigated point to the need of develop a systematic educational work with mothers as well as suggest more researches in order of enlarge the discussion about the mother suckling in the school everyday. In this way, it would make possible to the society, in general, construct a new view about the importance of the mother suckling to the children development.

Key-words: mother suckling, social images, science teaching.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Desenvolvimento anatômico das mamas.....	39
Figura 2 -	Anatomia da mama.....	42
Figura 3 -	Aspectos anatômicos das mamas.....	42
Figura 4 -	Reflexo da prolactina.....	44
Figura 5 -	Reflexo da ocitocina.....	45
Figura 6 -	Mama x gengiva.....	54
Figura 7 -	Pega na amamentação.....	54
Figura 8 -	Círculo hermenêutico-dialético	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Composição do leite humano x leite de vaca.....	58
Quadro 2 -	Matriz geral das categorias teóricas.....	68
Quadro 3 -	Representações sociais – Mães-filhos e tempo de amamentação.....	71
Quadro 4 -	Representações sociais – Mães- leite materno e importância da amamentação.....	75
Quadro 5 -	Representações sociais – Mães- orientações sobre amamentação.....	78
Quadro 6 -	Representações sociais - Professores - filhos e tempo de amamentação.....	80
Quadro 7 -	Representações sociais - Professores - orientações sobre amamentação.....	82
Quadro 8 -	Representações sociais - Professores - leite materno e importância da amamentação.....	84
Quadro 9 -	Representações sociais - Professores - fontes de informação e sugestões.....	85
Quadro 10 -	Representações sociais - Profissionais de saúde - filhos e tempo de amamentação.....	87
Quadro 11 -	Representações sociais - Profissionais de saúde - orientações sobre amamentação.....	89
Quadro 12 -	Representações sociais - Profissionais de saúde - leite materno e importância da amamentação.....	90
Quadro 13 -	Representações sociais - Profissionais de saúde - fontes de informação e sugestões.....	91
Quadro 14 -	Programa de Saúde da Família – Pernambuco.....	150
Quadro 15 -	Região Metropolitana do Recife - % Criança em Aleitamento.....	152

LISTA DE SIGLAS

AHD -	Análise Hermenêutica-Dialética.....	66
AME -	Aleitamento Materno Exclusivo.....	14
CHD -	Círculo Hermenêutico-Dialético.....	62
IGB -	Instituto de Ginecologia Brasileiro.....	39
IGBM -	Interagency Group on Breastfeeding Monitoring.....	56
IHAC -	Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	35
OMS -	Organização Mundial da Saúde.....	14
PCN -	Parâmetros Curriculares Nacionais.....	16
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência.....	14

SUMÁRIO

Dedicatória.....	4
Agradecimentos.....	5
Epígrafe.....	6
Resumo.....	7
Abstract.....	8
Lista de Figuras.....	9
Lista de Quadros.....	10
Lista de Siglas.....	11
INTRODUÇÃO.....	14
1. UMA OPÇÃO TEÓRICA: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	19
1.1 A origem dos estudos das representações sociais.....	19
1.2 Formação das representações sociais.....	26
1.3 Funções das representações sociais.....	28
2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO.....	30
2.1 Breve histórico sobre aleitamento materno: o aleitamento materno em diferentes tempos e movimentos:	32
2.2 Aleitamento materno no Nordeste e em Pernambuco.....	36
3. A MAMA E O LEITE MATERNO.....	38
3.1 Desenvolvimento das mamas.....	38
3.2 Anatomia das mamas.....	40
3.3 Gravidez e Lactação.....	43
3.4 Ejeção do leite.....	44
3.5 Ajudando e inibindo o reflexo da ocitocina.....	45
3.6 Componentes nutricionais do leite materno.....	47
3.7 Vantagens do aleitamento materno.....	49
3.8 Forma correta de amamentar.....	53
3.9 Um questionamento: leite humano ou leite de vaca?.....	56
4. METODOLOGIA.....	61
4.1 Metodologia interativa.....	61
4.2 Círculo hermenêutico – dialético.....	62

4.3	Amostra.....	62
4.4	Instrumentos de pesquisa.....	64
4.4.1	Questionários.....	64
4.4.2	Entrevistas.....	65
4.4.3	As categorias de análise.....	68
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1	Representações sociais das mães sobre aleitamento materno.....	71
5.2	Representações sociais dos professores de ciências sobre aleitamento materno.....	80
5.3	Representações sociais dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno.....	86
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7.	CONCLUSÕES	99
8.	RECOMENDAÇÕES	101
9.	ARTIGO: Aleitamento materno: um estudo sobre as representações sociais das mães, professores de ciências e profissionais de saúde.....	103
10.	REFERÊNCIAS	115

APÊNDICES

A	Termo de consentimento e compromisso com a pesquisa.....	131
B	Modelo de questionário – Professores de Ciências.....	133
C	Modelo de questionário – Profissionais de Saúde.....	138
D	Modelo de questionário – Mães.....	143
E	Roteiro de entrevista - Mães.....	148

ANEXOS

A	Programa Saúde da Família: Região Nordeste.....	150
B	Programa Saúde da Família: Região Metropolitana do Recife.....	152
C	Glossário de termos.....	154
D	Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.....	159

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS), consideram o *aleitamento materno* como fundamental para o desenvolvimento das crianças, visto que a alimentação é uma necessidade de todos os seres humanos, e, principalmente, o leite materno, que constitui o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável nos primeiros meses de vida, além de exercer uma influência biológica e emocional importante, tanto para as crianças quanto para as mães (OMS, 1980).

Segundo Zucolatto (1991) e Coutinho (1996), a amamentação é a forma de nutrição que contribui mais efetivamente para o desenvolvimento da criança devido às suas inúmeras vantagens de ordem nutricional, imunológica, econômica, psicológica e ecológica. Por isso, recomenda-se que os bebês sejam amamentados exclusivamente no peito durante os seis primeiros meses de vida, e, ao completarem essa idade, passem a ter acesso a alimentos complementares saudáveis e apropriados à idade, e essa amamentação pode continuar até os dois anos de idade (REGO, 2002).

No contexto sócio-econômico da Região Nordeste, observa-se que as crianças que não são amamentadas com leite materno estão em risco constante de doenças, pela complexa associação de má nutrição, saneamento deficiente e infecções frequentes. Assim, uma criança amamentada adequadamente terá menos chance de desenvolver diabetes, doenças respiratórias, infecções urinárias ou gastrintestinais, hipertensão e problemas cardiovasculares (SALVIANO, 2004). A amamentação também proporciona outros benefícios, que se estendem da infância até a adolescência, prevenindo cáries, hipovitaminose A e doenças atópicas que se acham relatadas na literatura (VIRTANEM et al., 1993; SAARINEM et al., 1995; AI – DASHTI et al., 1995; KHATRY, 1995).

Nessa perspectiva, buscamos estudar a temática aleitamento materno, através da abordagem tanto de questões educacionais, quanto de saúde. Ao observamos mães estudantes de escolas públicas e a incidência de adolescentes grávidas, reforçamos o nosso interesse em realizar um estudo mais aprofundado, numa tentativa de buscar alguns subsídios que possam ajudar essas mães. Desta forma, levantamos alguns questionamentos para a realização do nosso estudo:

- Será que as mães sabem da importância do aleitamento materno?
- As mães, em geral, conhecem a constituição do leite materno?
- As mães recebem informações necessárias para a preservação de sua saúde e a do bebê?
- Em sala de aula, os professores de ciências trabalham a temática do aleitamento materno?
- Que tipo de conhecimentos sobre o aleitamento materno é discutido em sala de aula?
- As representações sociais dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães são favoráveis a uma melhor conscientização da importância do aleitamento materno?
- Quais são as fontes principais de informações para a construção dessas representações sociais?

Assim, não só através de observações, mas também de conversas com alguns professores de ciências do ensino público, percebemos que é possível discutir e analisar as *representações sociais* que os professores de Ciências, profissionais de saúde e mães têm sobre o aleitamento materno. Diante desse contexto e buscando encontrar respostas para os questionamentos, delineamos nosso estudo, apoiados na Teoria das Representações Sociais.

Essa teoria desponta como uma nova maneira de interpretar o comportamento dos indivíduos e dos grupos sociais. Não são apenas formadas por informações e crenças, mas também por regras (normas sociais), às quais o indivíduo está sujeito, o que não quer dizer que as representações sociais sejam sistemas fechados. Todavia, a escola como um espaço aberto a novos interesses pode favorecer a construção das referidas representações sobre aleitamento materno.

Nessa direção, Moscovici (1998) afirma que as *representações* são estruturas dinâmicas e heterogêneas, representações múltiplas do mesmo fenômeno, que coexistem dentro dos grupos sociais. Assim, com o objetivo de encontrar respostas para os questionamentos, partimos do pressuposto que investigar as representações sociais sobre aleitamento materno com um grupo de professores de ciências do Ensino Fundamental II, profissionais de saúde do Programa Saúde da Família e mães-estudantes de escola pública, poderá nos ajudar a identificar e entender como elas se caracterizam, e como esse tema é trabalhado em sala de aula e se as representações sociais desses profissionais estão contribuindo de alguma forma para a construção novas expectativas para as mães. Segundo Moscovici (1984, p.15) “[...] quando estudamos as representações sociais, estudamos o homem que faz perguntas, procura respostas ou pensa, não o homem que processa informações ou se comporta [...] mais precisamente estudamos o homem que tem como objetivo a compreensão e não o comportamento”.

O presente estudo ainda toma como base os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN, 1998, p.245) que nos dizem: “*O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida*”. Os PCN (1998) também afirmam que a escola, mesmo sem assumir a tarefa de educação para a saúde, está continuamente submetendo os alunos a situações que lhes permitem confrontar e valorizar conhecimentos, princípios, práticas ou comportamentos saudáveis.

Em regra geral, a escola não trabalha adequadamente as questões relacionadas ao fenômeno saúde-doença. Assim, ao investigarmos, através de depoimentos de professores de ciências, profissionais de saúde e mães, acreditamos que, de alguma forma, poderemos contribuir para uma melhor discussão sobre temas ligados à saúde e, mais precisamente, como a temática do aleitamento materno está sendo trabalhada no Ensino de Ciências.

Trabalhar um assunto que tenha relação com a saúde e a educação não é fácil, visto que, na maioria das vezes, os professores dispensam, por diversos motivos, mais atenção a outros temas do currículo, tais como: o estudo das células e reinos, e não valorizam a problemática do aleitamento materno e ainda acreditam que alguns

conteúdos relacionados à saúde devam ser trabalhados exclusivamente por profissionais de saúde. Em sala de aula, os professores de ciências precisam estar em sintonia com as situações presentes no dia-a-dia de seus alunos possibilitando-lhes a aquisição de novas informações que permitam confrontarem o conhecimento, conferindo-lhe significado.

É importante observar que o estudo sobre representações sociais, nos cenários pedagógicos, pode, através do cotidiano escolar, proporcionar um movimento dialético de construção/desconstrução, transformação/manutenção, permitindo o rompimento de visões hegemônicas, tradicionalmente cristalizadas como as únicas e verdadeiras sobre aleitamento materno.

Adquirir informações sobre o aleitamento materno, no ambiente escolar ou em qualquer outro contexto social, não é uma tarefa exclusiva das alunas, ou das futuras mães e, sim, da família e da sociedade. De um modo geral, essas representações sociais possibilitam a elaboração de comportamento e comunicação entre os indivíduos e a sala de aula, que como espaço promissor, por focalizar diferentes conhecimentos, pode ser o espaço para promover essa interação.

Assim, a Teoria das Representações Sociais é um subsídio significativo para o estudo do aleitamento materno. Isso é possível, primeiramente, porque os seus fundamentos tratam de concepções que permitem captar as diferentes formas de articulação entre a experiência pessoal e a estrutura social, entre o indivíduo e a sociedade, e também por gerarem saberes, práticas, valores e comportamentos que são privilegiados pelas pesquisas sociais.

Dentro dessa perspectiva, este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar as representações sociais de professores do Ensino de Ciências, profissionais de saúde e mães sobre aleitamento materno.

E, como objetivos específicos:

- Identificar como os professores de Ciências, profissionais de saúde e mães constroem suas representações sociais sobre aleitamento materno.
- Analisar as fontes principais de informações para a construção dessas representações;
- Identificar se as representações construídas são favoráveis a uma sensibilização da *importância do aleitamento materno*.
- Verificar se as representações sociais sobre aleitamento materno dos professores de ciências estão relacionadas à sua prática pedagógica;
- Identificar os principais fundamentos e conceitos relativos ao aleitamento materno, presentes nas representações sociais de professores de Ciências, profissionais de saúde e mães-estudantes.

1. UMA OPÇÃO TEÓRICA: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Por acreditarmos na importância das representações sociais no estudo do aleitamento materno, verificaremos os principais pontos que envolvem essa temática, vislumbrando sua importância no contexto social.

1.1 A origem do estudo das representações sociais

Na década de 1970, a Teoria das Representações Sociais despertou o interesse de pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, ocupando lugar na história da pesquisa científica. Foi pouco utilizada por um longo período, pois era vista como um fenômeno a ser estudado, que precisava ser classificado e reafirmado através de pesquisas e não como uma teoria estruturante (MONTEIRO, 1989).

Segundo Moscovici (1994, p. 8):

O conceito de representação social ou coletiva nasceu na Sociologia e na Antropologia. Foi obra de Durkheim e de Lévi-Bruhl. Nessas duas ciências ele serviu de elemento decisivo para a elaboração de uma teoria de religião, da magia e do pensamento mítico. Poderia acrescentar que ele desempenhou um papel análogo na teoria da linguagem de Saussure, na teoria das representações infantis de Piaget, ou ainda no desenvolvimento cultural de Vigotsky, e, de certo modo, este conceito continua presente nesse tipo de teoria.

O estudo das representações sociais teve sua origem com Durkheim que elaborou a conceituação das representações coletivas, a partir de estudos dos fatos sociais. Ele utilizou o conceito de representação social no mesmo sentido de representação coletiva, pois considerava a Sociologia completamente independente da Psicologia, razão pela qual supunha a preponderância inegável do social sobre o individual. Nesse sentido, as representações sociais não poderiam ser reduzidas às representações individuais. Seriam categorias de pensamento, através das quais, uma determinada sociedade elabora e expressa sua realidade, pois para Durkheim, “é a sociedade que pensa” (MINAYO, 1998, p.90).

Ainda de acordo com Durkheim, as representações sociais são consideradas como resultado da associação de inúmeros espíritos, que foram elaborando-as ao longo do tempo, em vários lugares. Conseqüentemente, não podem ser compreendidas como expressão da consciência individual, e, qualquer tentativa para explicar o fato social, inclusive as representações coletivas, a partir da consciência individual, seria considerado um equívoco (MOSCOVICI,1978).

Tomando como base a concepção de representações coletivas, proposta por Durkheim, Moscovici em 1961, com a obra 'La psychanalyse, son image et son public', introduz na Psicologia Social a Teoria das representações Sociais. Nesse estudo, buscava compreender como a sociedade parisiense se apropriava do fenômeno da socialização da psicanálise, das transformações sofridas pelo fenômeno e sobre seus usos sociais. Com isso, modificou o eixo das pesquisas na Psicologia Social, por apresentar novas possibilidades à compreensão da inter-relação entre o sujeito individual e a sociedade.

A respeito do dualismo existente entre o mundo individual e o mundo social, Moscovici (1998.p.11) diz que: [...] eu sinto repulsa diante do dualismo do mundo individual e do mundo social. Num desses mundos, o da experiência individual, todos os comportamentos e todas as percepções são compreendidos como resultantes de processos íntimos, às vezes de natureza fisiológica. No outro mundo, o dos grupos, o das relações entre pessoas e grupos, tudo é explicado em função de interações, de estruturas, de trocas, de poder, etc. [...] esses dois pontos de vista são claramente errôneos pelo simples motivo de que o conflito entre o individual e o coletivo não é somente do domínio da experiência de cada um, mas é igualmente realidade fundamental da vida social.

Dessa forma, Moscovici preferiu preservar o conceito de representação e substituir o conceito de 'coletivo', de conotação mais cultural, estática e positivista, pelo de 'social', surgindo o conceito de Representações Sociais (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995, p.196). Para o autor (1989, p.82) substituir o termo coletivo por sociais emerge da *"necessidade de fazer da representação uma passarela entre o mundo individual e o mundo social, de associar, depois de uma perspectiva de unir a sociedade que troca"*. Ainda, de acordo com o autor (1998),

sua intenção ao utilizar o termo representação social, era focar os processos criativos na geração de conteúdos novos e significativos que surgiram durante a transformação das configurações mentais e sociais, buscando as que estavam sempre em elaboração no contexto das inter-relações.

Nesse sentido, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para o estudo e análise do social, pois não se embasam numa concepção individualista, mas revelam uma construção social dos sujeitos numa determinada sociedade. Elas possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade. Assim, devem ser analisadas, criticamente, por corresponderem a situações reais de vida (CASTRO, 2004).

Nessa perspectiva, as representações sociais servem como orientação ao comportamento das pessoas, revelando o fenômeno de reprodução do pensamento, em que elas não seriam determinadas apenas pelo substrato social, mas pela integração entre o substrato social e o cognitivo. Nesse aspecto, pode-se compreendê-la como a representação de alguma coisa que, ao ser reconhecida como estranha em um grupo, possa entrar em outro universo ao ser familiarizada com outros objetos anteriormente existentes. Assim, representar um objeto é “torná-lo significativo, interiorizá-lo, fazê-lo nosso”. A representação é, “ao mesmo tempo, figura e significado, concedendo a cada figura um significado e a cada significado uma figura” (MOSCOVICI, 1978, p. 65).

Apesar de serem construídas isoladamente por cada indivíduo, como disse Moscovici (2003), as representações sociais adquirem vida própria, circulam, se atraem, se repelem, dando oportunidade ao surgimento de novas representações. A família, os amigos, a mídia, os vizinhos, ou seja, o meio social pode influenciar na construção de uma representação favorável ou desfavorável com relação à amamentação, e os futuros pais e mães, encontrando um apoio no ambiente escolar, poderiam adquirir mais uma informação que pudesse contribuir para orientar suas ações diante das dificuldades encontradas.

De acordo com Moscovici (1998, p.12), à proporção que o indivíduo recebe as influências do contexto social, também participa da sua construção e *“... não existe sujeito sem sistema, nem sistema sem sujeito. O papel das representações partilhadas é o de assegurar que sua coexistência seja possível (...)Sem essa noção não se pode compreender nem o dinamismo da sociedade nem a mudança de qualquer uma das partes que a compõem.*

Esta teoria apresenta novas possibilidades de esclarecimento sobre a relação entre o sujeito individual e a sociedade, não se constitui num agrupamento de opiniões, que se traduzem em reconstrução e reorganização da realidade; mas, é o resultado da compreensão do sujeito sobre um dado objeto, em que o primeiro atua para reconstruir o segundo, a partir de um contexto determinado por crenças, valores, experiências e regras (MOSCOVICI, 1981; 1984).

Com base em Moscovici (1995), as representações sociais ainda podem ser entendidas pelo indivíduo como uma forma de interpretação da realidade que o cerca, determinadas por condições sociais que permitem reestruturá-la, situando-se nela, orientando suas ações, a partir de seus parâmetros para conferir-lhe significados. Também, podem ser compreendidas como uma ação que envolve a cognição e os sentimentos. As dimensões cognitiva, afetiva e social estão presentes na própria noção de representação social. A teoria que se ergue para explicar esse fenômeno, diz respeito à construção dos saberes sociais, e envolve a cognição. O caráter simbólico e imaginativo desses saberes traz à tona os afetos, porque quando os atores sociais se empenham em entender e dar sentido a alguma coisa existente no mundo, eles também o fazem com emoção e sentimentos.

Conforme Roazzi (1999, p. 37), a Teoria das Representações Sociais surgiu devido à “necessidade de se livrar do reducionismo de alguns esquemas interpretativos dos planos e estratégias de codificação da realidade social, utilizados pela psicologia social”. Caracteriza-se como uma nova abordagem epistemológica de interpretação da realidade cotidiana, sendo capaz de atender aos interesses de várias ciências. Trata-se de uma área de conhecimento em expansão à qual pesquisadores de diferentes áreas têm aderido. Moscovici (1994) afirma que a Teoria das Representações Sociais:

[...] permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar as oportunidades que cada método disponível possa oferecer. Se minha preferência se relaciona com os métodos de observação e de análise qualitativa, como ilustrados pelos trabalhos de Jodelet, Parker ou Palmonari, isso é problema de escolha pessoal, e não problema epistemológico (p.14).

De acordo com Nóbrega (2001), a Teoria das Representações Sociais encontrou no meio científico algumas resistências, na primeira década de sua elaboração. Isso se deve à mudança do paradigma proposto em relação à interpretação da realidade cotidiana. A partir dessa teoria, os saberes populares, que são construídos diariamente pelas pessoas, começaram a ser estudados sob a ótica científica.

Por traduzirem o pensamento do senso comum, as representações sociais, descrevem as transformações que diferentes grupos sociais fazem das teorias científicas e filosóficas dominantes nas sociedades contemporâneas (MOSCOVICI, 1976). Igualmente designada como “saber do senso comum” ou “saber natural”, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras do conhecimento científico, mas é tida como objeto de estudo legítimo em razão de sua importância na vida social, definida por Moscovici (1984) como “o senso comum”.

Para Moscovici (1978), é uma teoria do senso comum, considerado como um conhecimento verdadeiro e não um “disfuncionamento” do conhecimento científico. Na prática, a representação social possibilita que o senso comum “tenha um lugar no seio das instituições formais produtoras e reprodutoras de conhecimento” (MAIA, 1999, p. 7-8). Segundo Minayo (1996), o senso comum é fundamental para a Teoria das Representações Sociais, porque se articula em uma rede de interdependências, conseguindo enfatizar os sujeitos e a intersubjetividade, na perspectiva da vida cotidiana e do mundo vivido.

Ainda, segundo Moscovici (1978; 1981; 1984), pesquisar sobre Representações Sociais significa compreender os processos que fundamentam a Teoria de Comunicação e Interação entre os indivíduos:

Por representações sociais, queremos indicar um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária no curso de comunicações interindividuais. São o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum.

Em seu trabalho, Moscovici (1978,2003) elabora algumas distinções importantes em relação às representações sociais, que merecem ser consideradas:

- Separar a representação social de “opinião”, “atitude” e “imagem”, que são formas mais simples de expressão, que estão “fora” das intenções dos indivíduos. Ou seja, alguém pode expressar uma opinião pela imposição social, o que não significa que incorpore o discurso à prática social. Pode emitir uma opinião sobre a qualidade da educação, considerando que esta só existirá num sistema político “democrático”, isso é bastante utilizado e valorizado pela mídia, pela imprensa escrita, de maneira que se torna imperativo assim se expressar socialmente sem, no entanto, este indivíduo compreender e elaborar um conceito de “democracia”. Isto quer dizer que nem tudo o que é produzido pela ciência e institucionalizado pelas classes dominantes, é apreendido tal e qual por todos os sujeitos do cotidiano.

- As representações sociais se distinguem de mito. Este é uma forma de pensamento e de condução de vida “arcaico”, é uma “filosofia única”, enquanto que essas, formadas pela pluralidade de sistemas explicativos do mundo – filosofia, ciência, política, etc – são uma das formas que o homem tem para apreender o mundo em que vive.

- As representações sociais não são simples reflexos mecânicos, cópias das impressões dos indivíduos sobre a realidade, mas resultados da interação homem-sociedade num constante reinventar de situações, em que estão presentes os signos, os símbolos, a acomodação, a reprodução, mas também os conflitos. Não pode ser uma “realidade externa ao sujeito”: Portanto:

Representar não consiste somente em selecionar, completar um ser objetivamente determinado com um suplemento de alma subjetiva. É de fato, ir mais além, edificar uma doutrina que facilite a tarefa de decifrar, prever ou antecipar os seus atos. Em vez de adensar e imobilizar sobre as sociedades a sombra de uma experiência ou de um conhecimento vindo de alhures, formar uma representação deles é animá-los de duas maneiras. Em primeiro lugar, vinculando-os a um sistema de valores, de noções e práticas que confere aos indivíduos as formas de se orientarem no meio social e material, e de o dominarem. Em segundo lugar, propondo-os aos membros de uma comunidade a título de veículo para suas trocas e de código para denominar e classificar de maneira clara as partes do seu mundo, de sua história individual e coletiva (MOSCOVICI, 1978, p.27).

- As representações sociais são expressões dos sujeitos sobre um dado objeto, interagindo socialmente, e desempenham o papel de orientar nosso comportamento, num movimento simultâneo de construir algo novo através da modalização do que está posto no real e ao mesmo tempo de expressá-lo simbolicamente.

- A representação social, enquanto teoria e método, trabalha no âmbito do social e do individual, considerando a mediação dos sujeitos (enquanto indivíduo e/ou grupo), com o mundo através do meio ambiente, utilizando como canal, nessa intermediação, a linguagem e a comunicação.

Finalmente, considera-se relevante nesses estudos o voltar-se para o pensamento, a linguagem, a afetividade, a criatividade, enfim, para as práticas sociais dos homens comuns. Ou seja, como eles se apropriam de conceitos considerados como científicos, como os re-elaboram e os transformam.

Acreditamos ser possível estudar o aleitamento materno, uma vez que a amamentação é um ato que envolve sentimentos, e, para que sua efetivação aconteça, ela depende das representações sociais das mães, do contexto social onde ela está inserida, do significado dessas representações, e da interpretação que se tenha sobre o aleitamento materno. Em nosso estudo, pretendemos identificar, através do diálogo, da conversação, da fala, ou seja, da linguagem, as representações sociais dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães.

Desse modo, investigar as representações sociais sobre aleitamento materno de três diferentes grupos (professores de ciências, profissionais de saúde e mães) poderia contribuir para identificar como cada grupo constrói seus conceitos sobre

elas e se estes apresentam pontos em comum, que possam favorecer a melhor interpretação do objeto em estudo, ou seja, realizar uma análise comparativa, apesar de terem sido construídas em situações diferentes.

1.2 Formação das representações sociais

A elaboração e o funcionamento das representações sociais podem ser compreendidos através dos processos sócio-cognitivos de objetivação e ancoragem. Esses dois processos são regulados por fatores sociais, que buscam explicar como o social transforma um conhecimento em representação e como essa, por sua vez, transforma o social. Segundo Lins (2000), a ancoragem e a objetivação são os dois processos que geram as representações sociais, pois organizam a forma como as pessoas atribuem significados à sua realidade, optando por agir de determinada maneira. Através desses processos, podemos compreender a elaboração e funcionamento de uma representação.

Na *objetivação*, os conceitos abstratos são materializados em realidades concretas. Para Moscovici (1984, p.38-40), “objetivar é reproduzir um conceito numa imagem” até que “essa imagem se converta num elemento da realidade do pensamento”. A objetivação ocorre quando as pessoas se apropriam de idéias que se ligam ao mundo das ciências, ou seja, é uma descentralização da linguagem científica, transformando um conceito ou idéia em algo concreto, retificado pelo conhecimento. Esse processo implica em três etapas:

- A *descontextualização* da informação através de critérios normativos e culturais; Nesta fase, podemos observar que o processo de descontextualização da informação não é neutro, pois exprime e serve a interesses e valores grupais.
- A *formação de um núcleo figurativo*, a formação de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual;
- E a *naturalização*, que é a transformação destas imagens em elementos da realidade (MOSCOVICI, 1988). Nesta fase, o indivíduo transporta os elementos objetivos para o meio cognitivo e prepara para eles uma mudança de status e de função, na qual os indivíduos integram os elementos da ciência numa realidade de senso comum, familiarizando-o, tornando-o natural, dando realidade ao simbólico.

A função complementar da duplicação de uma figura por um sentido é do âmbito da ancoragem. Moscovici (1978) concebe a *ancoragem* como um processo de “domesticação” da novidade sob a pressão dos valores do grupo. É realizada na realidade social vivida, não sendo, portanto, concebida como um processo cognitivo intra-individual. Trata-se de um processo que transforma algo estranho e perturbador, em nosso sistema particular de categorias, e o compara a um paradigma de uma categoria que nós consideramos ser apropriada (MOSCOVICI, 2003, p.61). Assim, a ancoragem trata da atribuição de categorias e nomes à realidade, porque, ao classificar, “revelamos nossas teorias sobre a sociedade e o ser humano” (MOSCOVICI, 1976, p. 34).

A ancoragem também é constituída por três fases:

1- A *atribuição* do sentido, segundo Nóbrega (1990, p. 12), que consiste no:

[...] enraizamento de um objeto e sua representação em um grupo ou uma sociedade dada, está inscrito em uma “rede” de significados onde são articulados e hierarquizados os valores já existentes na cultura.

2- A *instrumentalização* do saber que:

Comete um valor funcional a estrutura imageante da representação na medida em que esta torna-se uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreender a realidade.

3- O *enraizamento* no sistema do pensamento é sintetizado pela mesma autora da seguinte forma:

O fato de que a representação se inscreve sempre sobre um sistema de idéias preexistentes de umdjá, permite a coexistência de dois fenômenos opostos no interior do processo formativo das novas representações.

A ancoragem se dá, à medida que uma representação penetra nas que já existem na sociedade, nos universos consensuais, dando-lhe um sentido (Moscovici, 1990). Ela passa a ser social quando, a partir da sua ancoragem, torna-se familiar, reconhecida e acolhida, apresentando-se como uma alternativa aos problemas presentes na sociedade, de uma forma mais dinâmica e participativa, respaldada

pelo grupo social. Ao realizar a ancoragem, a representação social conjuga o elemento novo aos que já estão instituídos no grupo, produzindo novas interpretações; é a construção do conhecimento a partir do confronto entre o que já existe e aquilo que é novo.

Além da objetivação e da ancoragem, Moscovici identifica três outros elementos que pertencem à configuração nas representações sociais - a *atitude*, a *informação* e o *campo da representação*. Esses elementos, quando traçados, têm o papel de evidenciar o sentido que os indivíduos dão aos objetos. A atitude diz respeito à tomada de posições do sujeito por determinado objeto, aceitando-o ou rejeitando-o. É uma dimensão mais freqüente que a informação e o campo de representação. Ela pode existir, mesmo com um baixo nível da primeira – que exprime os meios como o sujeito a obtém, e a pouca representação da segunda – onde se forma o núcleo figurativo e os elementos são hierarquizados, redefinidos e assimilados (LEÃO, 1996). O campo da representação é mais complexo e exprime a idéia de organização de conteúdo. A existência deste requer um mínimo de informação para que os seus elementos possam ser organizados, segundo uma unidade hierarquizada.

1.3 Funções das representações sociais

Na perspectiva teórica elaborada por Moscovici (1978), as representações sociais aparecem para cumprir funções. Elas têm a função de estabelecer uma ordem, tornando os indivíduos capazes de orientar-se em seu próprio mundo (material e social) e assim, tornar possível a comunicação entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para denominar e classificar os vários aspectos de seu mundo e da história individual e do grupo (MOSCOVICI, 1983).

Para Leme (1995, p.48) a função das representações sociais é: “tornar familiar o não familiar, numa dinâmica em que objetos e eventos são reconhecidos, compreendidos com base em encontros anteriores, em modelos. No caso, a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo. O ato de representação transfere o que é estranho, perturbador do

universo exterior para o interior, colocando-o em uma categoria e contextos conhecidos. Nesse universo consensual, o veredicto precede o julgamento”.

Para não se constituírem em um agrupamento de opiniões ou num simples reflexo da realidade, as representações sociais traduzem-se em reconstrução, em reorganização da realidade, que orienta as relações e as ações da pessoa no contexto social. Para Abric (1994, p.03), “a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o meio físico e social; ela vai determinar seus comportamentos ou suas práticas”. Ainda segundo o autor (1998, p. 28- 30), as representações sociais possuem quatro funções:

1) *Função de Saber*: as representações “definem o quadro de referência comum, permitem as trocas sociais, a transmissão e a difusão deste saber ‘ingênuo’. Essa seria a função cognitiva de compreender e explicar a realidade”.

2) *Função Identitária*: as representações sociais definem os indivíduos e os grupos no campo social, dando-lhes uma identidade específica.

3) *Função de Orientação*: as representações permitem aos indivíduos, quando estes se reapropriam da realidade, conduzirem seus comportamentos e suas práticas.

4) *Função Justificadora*: se os indivíduos reconstróem a realidade a partir de suas ações, definindo assim, as suas representações, estas interferem na avaliação da ação, permitindo aos sujeitos justificarem suas condutas.

2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

O Ministério da Saúde alerta que é fundamental divulgar cada vez mais a importância do hábito de amamentar. Nessa direção, vem sendo reestruturada a política nacional de aleitamento materno, de modo que até o final do ano de 2004, foram criados mais de 15 (quinze) bancos de leite humano no país (SALVIANO, 2004). Através dessa iniciativa pretende-se aumentar o índice de doações do leite materno, além de contribuir para o despertar da sociedade sobre esse importante ato.

Segundo Martins Filho (1987), nas camadas populacionais de baixa renda em condições sociais e higiênicas precárias, alimentar o bebê com o leite humano, além de transferir anticorpos (proteínas que conferem proteção) e células imunocompetentes (linfócitos), também diminui o risco de contaminação existente com o uso de mamadeira (água contaminada, limpeza inadequada de vidros e bicos, falta de geladeira e aproveitamento de mamadas anteriores, entre outros). Em países onde são registradas altas taxas de mortalidade infantil, um bebê alimentado com mamadeira, vivendo em uma comunidade pobre, tem uma probabilidade quatorze vezes maior de morrer de pneumonia do que um bebê alimentado exclusivamente com leite materno (UNICEF, 1998).

Na Convenção dos Direitos da Criança de 1989, o artigo 24 informa que os pais devem receber orientações corretas e seguras quanto a uma alimentação saudável e apropriada para seus filhos, afirmando que:

Os estados em parte assegurarão que todos os setores da sociedade e em especial os pais e as crianças conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do saneamento ambiental e das medidas de prevenção de acidentes, e tenham acesso à educação pertinente e recebam o apoio desses conhecimentos (REGO, 2002, p. 254).

No Brasil, a Constituição Federal (1988) garante no seu artigo 7º Inciso XVIII, o direito da mulher trabalhadora à licença-gestante de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Em paralelo, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT),

protege o vínculo empregatício da mulher durante a gravidez, garantindo também o seu direito de desfrutar de dois descansos especiais, com meia hora de duração cada um, para que possa amamentar o seu filho até ele completar seis meses de idade, estabelecendo ainda que as empresas que têm em seus quadros mais de 30 mulheres (idade superior a 16 anos) deverão ter um local adequado (creche), onde será permitido às funcionárias manter sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação (ARAÚJO, 2001).

Embora alguns avanços, em relação à amamentação, tenham sido conquistados pela mulher, muitas empresas ainda não estão estruturadas para atender à demanda da mulher que trabalha, amamenta e cuida da casa. Não consideram que a amamentação é importante para a criança, e para mãe, e tentam burlar as leis. Uma mãe, que amamenta adequadamente seu filho, poderá ter menos chance de faltar ao trabalho por motivo de doença do lactente do que uma que não amamenta.

O trabalho formal pode fornecer possibilidades ou limitações à amamentação, e a situação da trabalhadora informal é mais complicada ainda, porque não dispõe de licença/ maternidade, por não ser protegida pelas leis trabalhistas. Na maioria das vezes, retorna ao trabalho antes do previsto para não perder o emprego. A sociedade de um modo geral, ao mesmo tempo em que valoriza a amamentação, não oferece suportes necessários às mulheres para o desempenho do seu papel de mães. Este paradoxo é exemplificado por FORNA (1999), que ressalta que o processo da amamentação é ao mesmo tempo, venerado e repudiado, natural e policiado.

Maldonado (1997) afirma que o ato de amamentar é um processo complexo, influenciado pela cultura, no qual a mulher expressa as influências do seu estilo de vida, personalidade, história pessoal e da sociedade na qual está inserida. Por sua vez, Silva (1990) ressalta que o ato de amamentar é um comportamento sócio-cultural, que apresenta flutuações, entre as diversas sociedades e diferentes classes sociais de uma mesma sociedade, ao longo dos anos. Assim, segundo a UNICEF (1998), justifica-se o questionamento e a discussão sobre a temática do aleitamento materno na sociedade em geral e, particularmente com as mães, considerando o desenvolvimento de doenças e ainda a evolução da sociedade.

Batista (1994) diz que 95% das mães têm condições de amamentar seus filhos de modo adequado, pelo menos nos seis primeiros meses de vida. O autor destaca que o grande problema é a desinformação das mães. De acordo com Noblat (2000) as mães que pertencem às camadas sociais mais baixas tendem a amamentar seus filhos por mais tempo do que aquelas com maior escolaridade e poder aquisitivo. As contradições reveladas pelos trabalhos citados apontam para a necessidade de uma análise mais elaborada, numa amostra específica sobre a teoria e a prática da amamentação.

2.1 Breve histórico sobre aleitamento materno: o aleitamento materno em diferentes tempos e movimentos

O aleitamento natural é uma prática antiga que existe há aproximadamente 200 milhões de anos (JELLIFFE e JELLIFFE, 1972; JELLIFFE e JELLIFFE, 1978; HALL, 1979). De acordo com Rea (1990), os diferentes tipos de mamadeiras já eram conhecidos na Grécia e na Itália e, nos anos 4.000 a.C. e 888 a.C, já havia sinais de uso de mamadeiras em desenhos feitos nas ruínas de Nenevah, no Egito. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1979) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1979) vêm enfatizando a importância de se conservar a prática do aleitamento materno. Nos dias atuais ainda que se continue buscando um substituto satisfatório para o leite materno, utilizando mamadeiras na alimentação do lactente.

Na antiga Índia, o leite materno era descrito como “a seiva da divina vida imortal”, pois acreditavam que, quanto mais se prolongasse a amamentação, mais longa seria a vida da criança, e no sentido de promover a lactação, a glorificação do leite humano era refletida nas recomendações feitas às mães e ressaltavam: “Possam quatro oceanos, cheios de leite, existir em seus seios [...], que ao beber o leite, que é a seiva da divina imortalidade, teu filho tenha vida longa, como os deuses que se alimentaram da bebida da imortalidade” (CRISIS, 1975, p.117-36).

Um dos registros mais antigos a respeito da prática do aleitamento materno é encontrado na Bíblia (1999), mais especificamente no primeiro livro do antigo Testamento: o Gênesis, (21,7) em que as mães aristocráticas do século XVI entregavam seus filhos às suas amas de leite ou escravas para que elas os

amamentassem. Entretanto, essa atitude resultou num alto índice de mortalidade infantil, pois o aleitamento era considerado um comportamento não aceito pela sociedade (BADINTER, 1985; ALMEIDA, 1995; MATTAR, 2000; RAMOS e ALMEIDA, 2003).

Durante os séculos XVI ao XVII, na Inglaterra, houve uma queda importante na taxa de alimentação, com a difusão da cultura de que o aleitamento materno causava danos à silhueta, ou melhor, deteriorava e envelhecia. A França, pela mesma justificativa, sofreu as conseqüências do desmame precoce. Houve uma época, em Paris, que de cada grupo de 21 mil bebês que nasciam por ano, menos de mil eram amamentados pelas suas mães (ALBUQUERQUE, 2003).

A partir do século XVIII, devido aos interesses políticos e econômicos, ligados à diminuição da mortalidade infantil, houve o ressurgimento do aleitamento materno como uma conduta indispensável, que as mulheres tinham obrigação de assumir (BADINTER, 1985; ALMEIDA, 2002).

Lana (2001) relata que no século XX assistiu a um declínio das taxas de aleitamento materno até as décadas de 60 e 70. Esse declínio implicava diretamente em desnutrição e altas taxas de mortalidade infantil, principalmente nas regiões subdesenvolvidas. Na década de 70, deu-se início ao movimento mundial de resgate da amamentação, com o surgimento de trabalhos científicos, comprovando a superioridade do leite materno em relação ao leite em pó, dismitificando a mídia que mostrava a perfeita substituição do leite materno pelo leite em pó.

Entretanto, apesar de todos os esforços realizados para aumentar a taxa de aleitamento natural, em 1976, um diagnóstico do aleitamento feito no Brasil ainda detectava uma baixa prevalência da amamentação: 50% de desmame total no segundo mês de vida. Isto estava muito distante da situação ideal, que é de aleitamento materno exclusivo até seis meses e aleitamento materno com alimentos complementares até os dois anos de idade, no mínimo (LANA, 2001).

Em 1979, a OMS, o UNICEF e representantes de governo e Organizações Não-Governamentais concluíram que a única forma de reverter esse quadro seria estabelecer práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e, em 1981, o Brasil instituiu a política nacional de incentivo ao aleitamento materno (SALVIANO, 2004). Atualmente a OMS recomenda amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida; alimentação complementar oportuna e adequada e manutenção do aleitamento materno complementado até os dois anos de idade ou mais (GIUGLIANI, 2000).

Em 1983, foi realizado o I Encontro sobre Alojamento Conjunto, quando foi estabelecido que essa sistemática deveria ser uma prática nas unidades hospitalares. Entretanto, somente dez anos após, foi publicada a portaria ministerial aprovando o sistema para todo o território nacional (UNGERER e MIRANDA, 1999).

A OMS e o UNICEF publicaram uma declaração conjunta, em 1989, intitulada "Protegendo, Promovendo e Apoiando a Amamentação: o papel especial dos Serviços Materno-Infantis", com o intuito de ampliar globalmente o conhecimento do impacto das instituições de assistência à saúde na defesa do aleitamento materno. Dessa publicação surgiram os "Dez passos para o sucesso da amamentação", uma diretriz destinada às maternidades e casas de parto, para serem seguidas de modo a assegurar que a amamentação seja promovida e adotada nesses serviços.

Em 1990, representantes do governo de 40 países, entre os quais o Brasil, e agências internacionais firmaram a chamada "Declaração de Innocenti", oportunidade em que se estabeleceram metas de trabalho em prol da amamentação para os anos 90 (REA, 1975). A declaração de Innocenti preconizou a amamentação exclusiva nos primeiros quatro a seis meses de vida.

Para alcançar as metas acima citadas, a Academia Americana de Pediatria – AAP e a OMS recomendam que a família, que está em amamentação, deve ser provida do apoio, de educação em saúde e de profissionais médicos, bem como da comunidade, dos locais de trabalho e da mídia. Suporte emocional, combinado com o conhecimento de como estabelecer e continuar o aleitamento, ajudará a dupla em lactação a ser bem sucedida, superando as muitas barreiras existentes atualmente.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) começou em 1992, e maternidades espalhadas por todo o mundo trabalham para obterem essa certificação. Em 2000, chegamos a ter cerca de quatrocentos hospitais amigos da criança no Brasil, mas em 2002 esse número se reduziu para 250. A grande maioria desses hospitais está no Nordeste e é público ou filantrópico (REA, 2003). Colocando em prática os passos, listados no anexo d, a maternidade ganhará a designação de "Hospital Amigo da Criança".

Estudo realizado em diversos países pela Organização Mundial de Saúde, em 1994, e divulgado pela imprensa, revelou que apenas 39% das crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno durante os seis meses de vida. A mortalidade infantil na década de 70 atingiu níveis elevados em todo o mundo e as causas principais estavam relacionadas ao desmame precoce (OMS, 1994).

Vários estudos vêm demonstrando o efeito protetor do leite contra a mortalidade infantil, variando de acordo com a idade da criança, a duração, o tipo de amamentação e as características da população. Quanto menor a criança e maior o período de amamentação, maior a proteção conferida pelo leite materno (HABICHT, 1986; VICTORA, 1987; GOLDBERG, 1984).

Uma análise, realizada entre nove países na América Latina, revelou que a prevalência da amamentação, do nascimento até os dois meses, variou de 77% no México, a 94% na Colômbia e Guatemala. O aleitamento de crianças de cinco países (Colômbia, República Dominicana, Brasil, México e Trinidad - Tobago) mostrou um rápido declínio durante o primeiro ano de vida, enquanto o de crianças da Bolívia, Equador, Guatemala e Peru mostrou um declínio mais lento nesse mesmo período (PEREZ-ESCAMILLA, 1993).

No Brasil, os estudos vêm demonstrando um aumento importante nas taxas de prevalência do aleitamento materno nos últimos anos, porém ainda estamos muito longe de atingir a meta do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), recomendado pela OMS, pelo UNICEF e pelo governo brasileiro, bem como de garantir que nossas crianças sejam amamentadas até o segundo ano de vida ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Na última década, em função do desmame precoce, o Brasil desperdiçou aproximadamente 300 milhões de litros de leite humano por ano. De acordo com a UNICEF (1998), de 1990 a 1996, apenas 44% das crianças no mundo eram alimentadas exclusivamente com leite materno de 0 aos 3 meses, diminuindo para 38% na América Latina. No período de 1989 a 1999, houve um aumento de 39% para 46% para o aleitamento exclusivo entre crianças de 0 e 3 meses no mundo em desenvolvimento, significando um ganho de 10% (UNICEF, 2002).

De acordo com Coutinho (2002), propagandas das indústrias de leite contribuíram para o declínio da prática do aleitamento materno. Apesar de campanhas em prol da amamentação natural, inúmeras crianças não usufruem desse benefício. Uma das razões que contribuem para isso é o desconhecimento por parte das mães quanto à qualidade de seu leite, seja para saciar a fome ou para propiciar um adequado desenvolvimento para o seu bebê. Tem-se priorizado o biológico, sem dar a devida ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação. No Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 9º, o aleitamento materno é encarado como uma questão de direito à vida e à saúde (MS, 1991) e os pais e os profissionais de saúde precisam despertar para esta realidade de forma mais efetiva. É preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de promoção do aleitamento.

2.2 Aleitamento materno no Nordeste e em Pernambuco

O Ministério da Saúde (MS) realizou um estudo, em junho de 2000, conforme o quadro 14, sobre o percentual de criança com aleitamento e verificou que, entre os nove Estados do Nordeste, o da Paraíba apresentou o percentual de 63,90% , sendo considerado o melhor. Em Pernambuco, 60,26% das crianças amamentaram neste mês, ocupando a 4ª posição, ficando Sergipe em último lugar (53,78%). Nesse mesmo estudo (quadro 15), observou-se que vários municípios do Estado de Pernambuco apresentaram um percentual abaixo de 50% , destacando-se: Toritama (13%), Lagoa de Ouro (19,15%), Panelas (25,25%), Tacaimbó (27,08%), Nazaré da Mata (28,33%), Amaraji (30,77%), Machados (30,99%), Iati (32,08%) e Itapissuma (32,08%). Os municípios que apresentaram um percentual significativo foram:

Pesqueira (87,32%), Itapetim (83,05%), Petrolina (77,91%), Triunfo (74,29%), Santa Maria da Boa Vista (73,88%) e Granito (73,33%).

Um estudo de prevalência do aleitamento materno, realizado em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a maior parte das crianças brasileiras é amamentada no primeiro mês de vida. No entanto, ao longo do tempo, vai ocorrendo abandono moderado dessa prática, sendo a prevalência de aleitamento materno de 87% aos 30 dias; 77% aos 120 dias; 69% aos 180 dias, e 35% a prevalência de aleitamento materno aos 364 dias no Brasil (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b).

Esses dados demonstraram que, apesar dos avanços e do aumento da incidência do aleitamento, ainda é considerada alta a frequência do desmame precoce, principalmente em relação ao Nordeste brasileiro (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; FRANCO e SHIMO, 2001; RAMOS e ALMEIDA, 2003).

3. A MAMA E O LEITE MATERNO

3.1 Desenvolvimento das mamas

O desenvolvimento da mama na mulher, como todo o desenvolvimento sexual, é determinado por genes localizados fundamentalmente nos cromossomos sexuais. A mulher nasce com mamas imaturas, que vão se desenvolvendo em diferentes etapas ao longo da vida, até atingir a maturidade. Essa maturidade é atingida com a apresentação de uma gravidez a termo.

Se a mulher não apresentar uma gravidez, suas mamas continuam imaturas. A mama atinge a última etapa de desenvolvimento com a chegada da menopausa. A mama passa por transformações durante a gravidez e após o parto para cumprir com sua função nutricional e se tornar capaz de produzir, armazenar e liberar os constituintes do leite. De acordo com a figura 1, o desenvolvimento da glândula mamária pode ser descrito em cinco etapas.

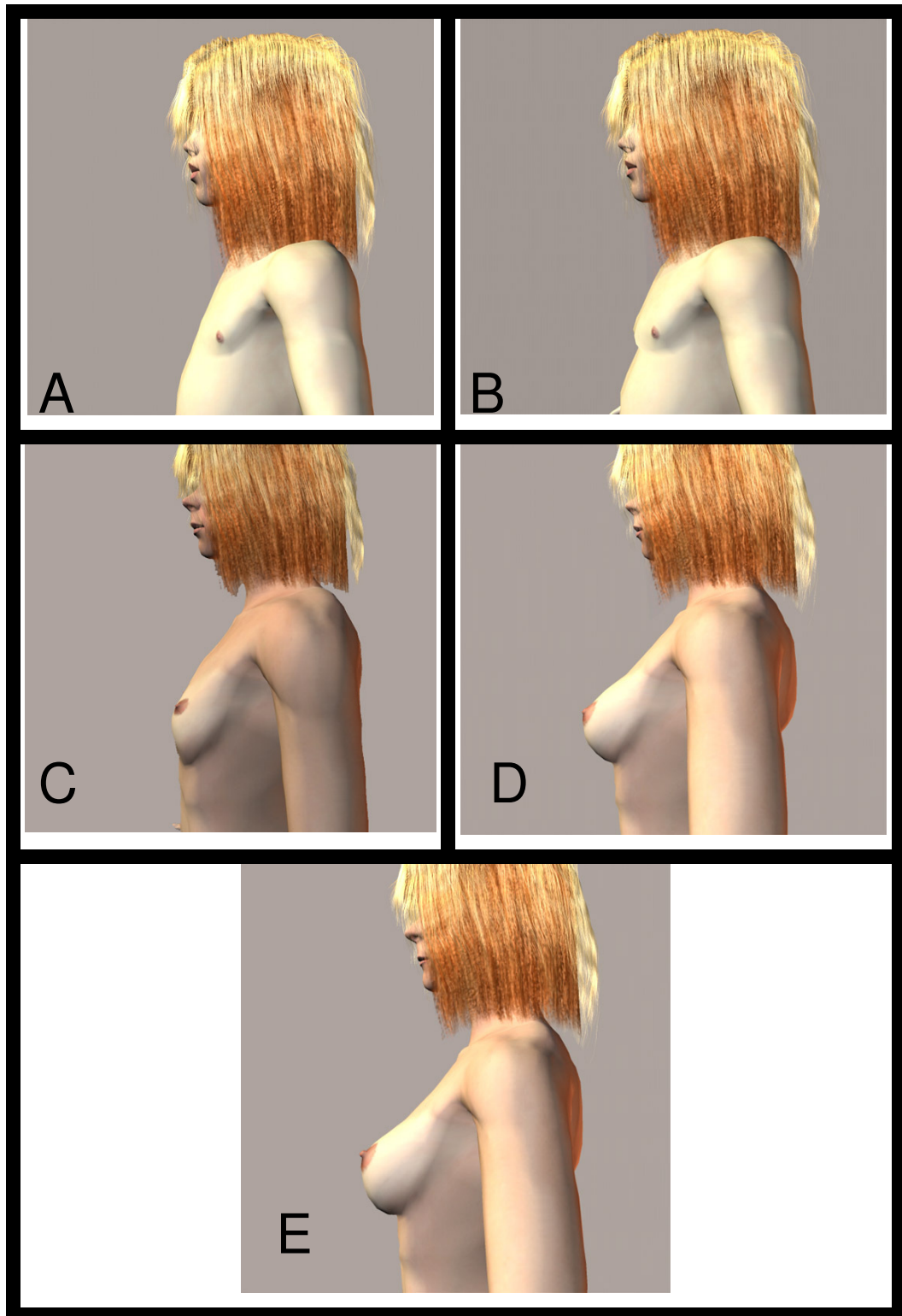


Figura 1 - Desenvolvimento anatômico das mamas Fonte: IGB, 2005.

A - mamas em repouso; B e C - crescimento alométrico da glândula mamária; D - crescimento brusco da mama; E - forma definitiva da mama.

Logo após o nascimento, pode ser observado na etapa 1 (figura 1A) que as mamas permanecem em repouso até os 8 ou 9 anos. Nesse período o mamilo começa a se tornar proeminente e posteriormente a totalidade da glândula se eleva devido ao aumento do tecido celular subcutâneo. As aréolas também aumentam, começando a se pigmentar, desenvolvendo um pequeno botão mamário que pode ocorrer de forma assimétrica, podendo estar ausente em uma das mamas.

As etapas 2 e 3, (figuras 1B e 1C), acontecem durante a puberdade. Nesse período ocorre um crescimento alométrico (superior ao resto dos tecidos) da glândula mamária, existindo uma proliferação do epitélio da glândula mamária, causando o alongamento dos ductos e ao mesmo tempo produz um notável desenvolvimento do estroma, levando à formação permanente das mamas.

A etapa 4 se caracteriza pelo crescimento brusco da mama e a aquisição da forma adulta, conforme figura 1D. Esse crescimento depende dos hormônios ovarianos, pois ocorre uma íntima relação entre a glândula mamária e o sistema endócrino do ovário. Com o começo da atividade ovariana, geralmente ocorre a primeira menstruação e a mama atinge o desenvolvimento completo.

A mama atinge a forma definitiva, globulosa e esférica na etapa 5 (figura 1 E). Nessa etapa aparecem as demais glândulas da aréola: sebáceas, sudoríparas e os folículos pilosos e o mamilo torna-se mais proeminente, com capacidade de ereção. Durante o ciclo menstrual, na glândula mamária se alteram: os fenômenos de proliferação do epitélio glandular durante a fase luteínica e a perda celular fora desta etapa. Depois da fase lútea, caso não tenha ocorrido à gravidez, o número de células diminui como consequência de um processo de apoptose.

3.2 Anatomia da mama

Durante longos anos pensava-se que para o leite jorrar do peito facilmente bastava colocar o bebê para mamar. Atualmente, faz-se necessário para entender a fisiologia da lactação, conhecer a estrutura da mama, seu desenvolvimento e o processo de produção e ejeção do leite entre outros.

As mamas são características dos mamíferos e se apresentam como um par de órgãos glandulares localizados na região torácica média. No centro da mama ficam situados normalmente o mamilo e a aréola, sendo o mamilo mais ou menos protuberante. Elas são formadas principalmente por tecido fibroadiposo e por um sistema de condutos (ou ductos) que unem as glândulas mamárias com o exterior (IGB, 2005).

A aréola é a parte mais escura ao redor do mamilo, e nela se localizam as glândulas de Montgomery, que aumentam durante a gestação, protegendo e lubrificando a pele do mamilo, exercendo também uma ação antibacteriana. É através do mamilo e dos poros nele existente (cerca de 20), que o leite flui para a boca do bebê; se a criança pegar só o mamilo, não vai haver saída de leite (REGO, 2002).

Situados no mamilo, os condutos galactóforos maiores ramificam-se no interior da mama, desembocando em conjuntos de ácinos, denominados lóbulos ou glândulas mamárias. Os ductos galactóforos estão revestidos por duas camadas de células. A mais interna é contínua, formada por células epiteliais e a camada externa é descontínua e apresenta células mioepiteliais (IGB, 2005).

Conforme Rego (2002) é nos alvéolos que ocorre a produção do leite materno. São semelhantes a pequenos sacos, de onde “brota” o leite. Numerosos (variando entre 10 e 100) distribuem-se por toda a mama. Agrupam-se formando lobos (cerca de 15 a 20) que são sustentados por um tecido fibroso e envolvido por tecido adiposo, que dá o volume e a forma da mama.

Os ductos lactíferos são pequenos canais que saem dos alvéolos e levam o leite até os seios lactíferos, dilatações que armazenam o leite produzido no alvéolo e escoado até eles, conforme figuras 2 e 3. Numerosos, ficam situados na ponta da mama, logo embaixo da aréola. São os seios lactíferos que, quando sugados, levam o leite à boca do bebê (REGO, 2002).

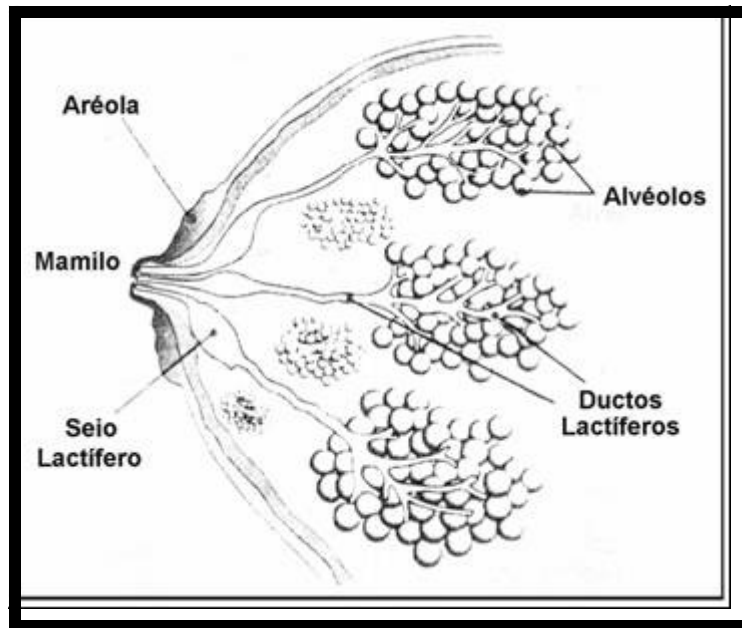


Figura 2 - Anatomia da mama. Fonte: Rego, 2002.

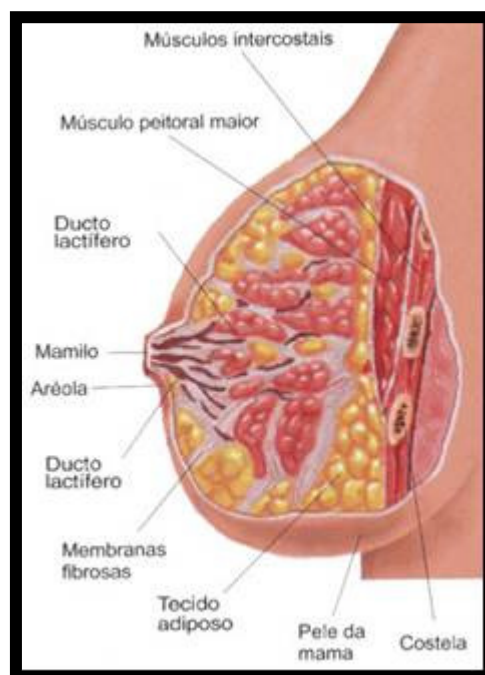


Figura 3 - Aspectos anatômicos da mama
Fonte: Clinimater, 2005.

3.3 Gravidez e lactação

O leite materno é produzido sob o comando de vários hormônios que começam a agir no corpo da mulher, ainda antes de o bebê nascer. As mamas da mulher começam a ser preparadas para a amamentação durante a gravidez, para virar uma poderosa usina de um alimento especial, mas a produção do leite, em geral, só tem início após o parto, assim que a placenta é expulsa.

A lactação (síntese e secreção de leite pelas mamas) é governada pelas interações de quatro hormônios: o estrogênio e a progesterona, produzidos pelo ovário e pela placenta e a prolactina e ocitocina, produzidas pela hipófise sob o controle do hipotálamo. O estrogênio e a progesterona estimulam o crescimento e desenvolvimento das mamas, preparando-as para a lactação (Cruz, 2003).

O leite é secretado continuamente no interior dos alvéolos das mamas, mas não flui com facilidade para o sistema de ductos e, portanto, não vaza continuamente pelos mamilos. O leite precisa ser ejetado dos alvéolos para o interior dos ductos antes que o lactente possa obtê-lo. Esse processo é causado por reflexos neurogênico e hormonal combinados, que envolvem o hormônio ocitocina da hipófise posterior (GUYTON E HALL, 2002).

O estrogênio estimula a secreção de prolactina pela hipófise anterior, e os níveis de prolactina aumentam regularmente durante o curso da gravidez. Embora os níveis de prolactina estejam muito altos na gravidez, não ocorre à lactação, porque o estrogênio e a progesterona bloqueiam a ação da prolactina na mama. Após o parto (com a expulsão da placenta), os níveis de progesterona e estrogênio diminuem e seus efeitos inibidores nas mamas são removidos, e a lactação é mantida pela amamentação, que estimula a secreção tanto de ocitocina como de prolactina (CONSTANZO, 1997).

A prolactina plasmática estará muito elevada na primeira semana da lactação, depois seus níveis plasmáticos se normalizarão. Sua secreção é estimulada pela sucção do lactente (figura 4). Alguns estudiosos referem - se à prolactina como o hormônio da maternidade, mas o aumento no sangue circulante pode ser

encontrado em qualquer mulher, mesmo que não esteja grávida (MARTINS FILHO, 1987). A amamentação estimula a secreção da prolactina, que induz as alterações no ciclo menstrual.



Figura 4 - Reflexo da prolactina

Fonte: Arcoverde, 2005

3.4 Ejeção do leite

A ocitocina, proveniente do lobo da hipófise posterior, provoca a contração das células especializadas na mama, produzindo um efeito de apojadura, que força o leite a descer para os ductos (COSTANZO, 1997). O leite é ejetado através de pequenas células musculares, que ficam localizadas ao redor do tecido glandular. A contração do tecido glandular joga o leite para fora, e a ocitocina é que provoca a contração dessas células (KING, 1994).

A sucção mamária constitui um estímulo fundamental para a existência da secreção láctea, favorecendo a produção da prolactina e da ocitocina, hormônios responsáveis pela manutenção e ejeção do leite (ARMELLINI e GRECCO, 1981). Esses dois processos ocorrem por estímulos neuro-hormonais, ou seja, quanto mais o bebê mama, mais leite é produzido.

Segundo King (1994), nos primeiros dias de amamentação, a mãe pode sentir algumas contrações em seu abdômen enquanto o bebê suga. Esse pequeno desconforto indica a liberação da ocitocina, que ajuda a contrair o útero, fazendo com que ele retorne ao tamanho normal mais rapidamente, diminuindo o risco de hemorragia no pós-parto, uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. A mãe vai sentir-se mais calma, satisfeita e alegre, enquanto nutre seu bebê. Por isso a ocitocina é, também, conhecida como o hormônio do amor.



Figura 5

Reflexo da ocitocina.

Fonte: Arcoverde, 2005.

3.5 Ajudando e inibindo o reflexo da ocitocina

Segundo King (1994), o reflexo da ocitocina é mais complicado do que o reflexo da prolactina, pois os sentimentos, os pensamentos e as sensações da mãe podem afetar esse processo. Frequentemente os sentimentos ajudam, mas algumas vezes podem inibir o reflexo. A hipófise pode produzir ocitocina se a mãe pensar no filho com carinho, ao trocar olhares com ele ou se escutar seu choro. A seguir, ela sente a contração na mama e o leite pode “descer” e suas mamas estão prontas para

amamentar. Por outro lado, sentimentos como preocupação, medo, dor e vergonha podem acabar inibindo o reflexo da descida do leite.

O colostro é uma secreção da glândula mamária que é obtida após o parto. Está presente nas mamas antes da descida do leite. Constitui a maior fonte de anticorpos. Espesso, amarelado e pegajoso tem funções mais específicas que o leite maduro (leite que é produzido após a primeira semana); (ALMEIDA e NOVAK, 1995) e contém anticorpos e células brancas, fornecendo a primeira “imunização” para proteger a criança contra vírus e bactérias (King, 1994). A quantidade que o bebê recebe nos primeiros dias, de 10 a 100 ml por mamada, é justamente a que ele necessita. Estudo realizado sobre o colostro humano revelou ausência de microorganismos patogênicos e a ocorrência de uma microbiota rica em bactérias lácteas, que funcionarão como probióticos, se ofertadas aos bebês nos primeiros dias de vida (NOVAK *et al.*, 2001).

Essa secreção é constituída por menores teores de lactose, gorduras, vitaminas lipossolúveis (A, E, K), minerais (sódio e zinco), que agem como fatores de proteção, principalmente as imunoglobulinas. Além das proteínas e alguns sais minerais também, apresenta maiores teores de β - Caroteno, que dão um tom mais amarelado (MOURA, 2001). Chamado de primeira vacina, possui uma leve característica laxante que ajuda a limpar o organismo das substâncias desnecessárias, por exemplo, o mecônio (primeiras fezes do bebê). Estará misturado ao leite até próximo ao décimo dia, quando desaparecerá totalmente (KING, 1994).

Concentra fatores de crescimento que promovem o desenvolvimento do tubo intestinal imaturo do bebê, preparando-o para receber o leite maduro. Se a criança receber leite de vaca ou outro alimento antes de receber o colostro, podem ocorrer lesões no intestino e causar alergias (DIAZ e SARRÍA, 1997). A produção de colostro é controlada por um hormônio na gravidez, a progesterona: assim, apenas pequenos volumes são produzidos. Evolui para o leite maduro entre 3 a 14 dias após o parto. O leite humano e seu precursor o colostro, permitem a adaptação do recém-nascido e sua transição bem sucedida para a vida pós-natal independente (AKRÉ 1994).

Em uma ou duas semanas, o leite aumenta em quantidade e muda seu aspecto e composição. É o leite maduro, que contém todos os nutrientes de que a criança precisa para crescer. O leite materno maduro parece mais ralo que o leite de vaca, por isso muitas mães pensam que seu leite é fraco. O leite humano nem sempre tem a mesma composição, e pode mudar durante a mamada, e variar na mesma mulher, em função do tempo de pós-parto, da hora, do dia, mesmo se a análise for feita antes ou após a criança ter mamado. O volume pode também variar durante o dia e quase sempre, no final da tarde, ele diminui (MARTINS FILHO, 1987).

O leite-do-começo surge no início da mamada, parece acinzentado e aguado. É rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água (KING, 1994). Já o leite - do - fim, surge no final da mamada. Parece mais branco do que o leite - do - começo. A gordura torna o leite - do- fim mais rico em energia, fornecendo mais da metade da do leite materno. A criança precisa tanto do leite - do -começo quanto do leite- do - fim para crescer e se desenvolver. É importante deixar que a criança pare espontaneamente de mamar, pois a interrupção da mamada pode fazer com que receba pequena quantidade de leite- do- fim, resultando num consumo menor de gorduras, importantes para o desenvolvimento.

3.6 Componentes nutricionais do leite materno

Desde a década de 70, pesquisas importantes examinaram a composição do leite materno, que inclui fatores de crescimento, hormônios, enzimas e outras substâncias imuno-protetoras, que o tornam apropriado para o crescimento e nutrição do recém-nascido. Possui na sua composição cerca de 70 substâncias conhecidas diferentes, incluindo 20 elementos distintos entre os sais minerais.

A cor do leite resulta de seus componentes, podendo ser verde-escuro, azul claro, amarelo intenso ou branco opaco, sem que isso demonstre alguma anormalidade, podendo sofrer variações de cor durante a fase da mamada (REGO, 2002). Apresenta sabor e cheiro característicos muito suaves (SÁ, 1980). É uma secreção produzida pela glândula mamária das fêmeas dos mamíferos e constitui um dos melhores alimentos disponíveis, senão o melhor. É produzido a partir de substâncias presentes no corpo da mãe, mais especificamente no sangue materno. Por esse

motivo, as mães que planejam transmitir saúde, devem ingerir, sempre que possível, alimentos saudáveis, como por exemplo, os de origem orgânica ou biodinâmica, evitando ao máximo alimentos contaminados com pesticidas, inseticidas e outros.

O leite humano é composto de macronutrientes (proteína, lactose e gordura), vitaminas, sais minerais e oligoelementos (PIERSE et al., 1998). Vários são os fatores que contribuem para a superioridade do leite materno: composição química balanceada, melhor digestibilidade, atendimento às necessidades fisiológicas e nutritivas, ausência de fatores alergênicos, ação anti-infecciosa, baixo custo e maior vínculo afetivo mãe/criança, estimula a liberação de substâncias, como a ocitocina e prostaglandinas, que aceleram a involução uterina, reduz a perda sanguínea, facilitam o deslocamento e a expulsão da placenta e estimulam a secreção láctea (CARVALHO,1999; ALMEIDA e NOVAK,1995; KING,1994).

Segundo King (1994), o leite materno contém todos os nutrientes de que a criança precisa para os 4 -6 meses de vida. São eles:

- Proteínas (elementos formadores do arcabouço corpóreo, promovendo o crescimento de músculos e vísceras) e gorduras (fundamental no desenvolvimento do cérebro e de todo o sistema nervoso central, além de servirem como reservatório de energia) mais adequada para a criança e na quantidade certa.
- Mais lactose (açúcar do leite) do que a maioria dos outros leites.
- Quantidades adequadas de sais minerais, cálcio e fosfato.
- Uma enzima especial (lipase) que digere gorduras
- Água, vitaminas (que são intermediadores essenciais em mecanismos que favorecem o aproveitamento de tantos outros nutrientes que chegam ao organismo) e ferro em quantidade suficiente.

Todas as substâncias protetoras existentes no leite humano são exatamente as que faltam ao recém-nascido, nas primeiras semanas, para protegê-lo contra as agressões do meio externo (MARTINS FILHO, 1987). Até os seis meses de idade, o bebê não necessita de complementos, como: água e outros alimentos. A partir dessa idade, é que a complementação deve ser realizada, utilizando-se colheres e copos (SIMIONI *et al.*; 2001) ou então, quando o médico a solicitar, por alguma deficiência do leite (GIUGLIANI, 2000).

Apesar de apresentar em sua constituição, substâncias que favorecem o crescimento e o desenvolvimento dos bebês, muitos fatores afetam a produção de leite. A mãe e os profissionais de saúde devem ficar atentos a esses fatores, para que o bebê não sofra as conseqüências de perder peso e ter necessidade de uma complementação com leite artificial. Para Rego (1987, p.134), as principais causas que influenciam a baixa produção são:

- Uso de bicos artificiais;
- Interrupção precoce das mamadas noturnas;
- Oferta de outros alimentos (chá, leite, sucos, água), diminuindo a sede e a fome;
- Mamadas com horários predeterminados;
- Uso de medicamentos pela mãe;
- Mamadas freqüentes ou suficientemente longas, levando a uma queda do controle hormonal diminuindo a produção de leite;
- Cansaço, estresse, preocupação, fatores psicológicos;
- Doença materna;
- Cirurgia mamária prévia.

3.7 Vantagens do aleitamento materno

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, no mínimo, 80% das gestantes devem ser orientadas no que diz respeito à composição do leite materno, vantagens da amamentação para a mãe e bebê, cuidados e patologias das mamas, a técnica de amamentação, os prejuízos advindos com o uso de chupetas e mamadeiras, e a desvantagem do leite artificial quando comparado ao leite materno (BRASIL, 1991).

Entre as vantagens, em relação ao aleitamento materno, Martins Filho (1987) destaca:

1. Protege a criança contra infecções, principalmente as relacionadas ao aparelho respiratório e digestivo.
2. Favorece o desenvolvimento neuropsicomotor, melhorando profundamente a relação mãe-filho.
3. Diminui a probabilidade do desencadeamento de processos alérgicos (urticárias, eczemas, asma, bronquites etc.), pelo retardo da introdução de proteínas heterólogas (leite de vaca) e pela ação provável de uma célula chamada macrófago, existente em grande quantidade no colostro.
4. Colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição protéica calórica (nos países pobres e nas classes menos favorecidas) e tem papel importante na redução da mortalidade infantil, associada à melhoria das condições sanitárias e econômicas.
5. É de fácil digestão.
6. Auxilia no crescimento do sistema nervoso central, proporcionando maior desenvolvimento neurológico, psicológico, motor e da inteligência.
7. É benéfico para o desenvolvimento correto dos dentes. Uma criança amamentada tem menos cárie e respira adequadamente pelo nariz.
8. Proteção contra diversas doenças: leucemias e linfomas, doenças inflamatórias do cólon, diabetes tipo1, hipertensão arterial, alterações cardiovasculares, síndrome da morte súbita no berço, meningites e otites, refluxo gastresofágico, hérnia inguinal, e reduz a mortalidade infantil.

De acordo com dados da Academia Americana de Pediatria (1997, 100:1035), o leite materno ainda reduz a incidência e/ou severidade de:

- . diarréia
- . infecção das vias aéreas inferiores
- . bacteremia
- . botulismo
- . infecção do trato urinário
- . enterocolite necrozante
- . doença de Crohn
- . colite ulcerativa

Também, de acordo com essa Academia, o aleitamento materno é importante, observados os tópicos recomendados:

- **Mães**

1. Economia para as famílias de baixa renda.
2. Amamentar, logo depois do parto, provoca a liberação de maior quantidade de ocitocina (hormônio produzido pelo organismo da mulher), que ajuda o útero a contrair a placenta, diminuindo o sangramento pós-parto, ajudando a evitar a anemia.
3. Perde peso mais rapidamente e volta mais cedo à antiga forma física.
4. A mulher ,que amamenta, tem reduzido o risco de câncer de mama, de útero e de ovário.
5. Prevenção de hemorragias pós - parto.
6. Involução do útero.
7. Vínculo afetivo.
8. Reduz a possibilidade de depressão pós - parto.
9. Ecológicas, reduzindo os danos ao meio ambiente causados com a utilização de embalagens do leite artificial.
10. Incrementa a remineralização óssea pós-parto.

11. Redução das fraturas do quadril no período pós-menopausa.

- **Vantagens Sócio-econômicas**

1. Os pais ficam com mais tempo disponível para a criança/irmãos (não necessitam obter e preparar fórmulas).
2. Reduz o absenteísmo dos empregados ao diminuir as doenças infantis
3. Reduz os gastos familiares ao diminuir o absenteísmo dos pais no trabalho
4. Economia de mais de US\$ 400,00 por criança/ano por família em compras de alimentos
5. Poupa recursos dos governos, ao diminuir as doenças infantis, minimizando a distribuição de fórmulas pelos programas de suplementação alimentar.
6. Recente expansão de empregos em programas de apoio a grupos de mães que necessitam ajuda.

Diversas são as vantagens do leite materno, encontradas na literatura, porém, uma boa parte das mães não tem acesso a esse conhecimento. Para isso é importante que um número maior de ações e programas de incentivo ao aleitamento materno sejam realizadas. O sucesso das ações não está garantido se não for trabalhada a postura dos profissionais de saúde, o investimento em capacitações e a discussão do tema em outras áreas, pois conhecer as vantagens da amamentação para a mãe e o bebê e não divulgá-las, em nada se estará contribuindo para que esta amamentação se torne mais efetiva.

De acordo com Giugliani (1994) é preciso que a mulher seja estimulada a amamentar durante o ciclo grávido-puerperal, cabendo aos profissionais de saúde orientar, informar, esclarecer dúvidas e prover condições necessárias, nas instituições hospitalares, para que ela o faça, o mais precocemente possível e por um período prolongado.

Para Sacramento (1996), é inútil educar a mãe sobre a importância do aleitamento, se não a ensinar como fazê-lo. Por isso a necessidade de uma atividade educativa e informativa pode possibilitar a aquisição de conhecimentos e formação de valores e atitudes positivas, contribuindo melhor para o desenvolvimento do bebê.

3.8 Forma correta de amamentar

O ato de amamentar é instintivo, no entanto necessita de orientação e apoio para obter sucesso. Colocar o bebê para mamar é uma tarefa simples se a mãe sabe como fazê-lo. Mas este saber tem de ser ensinado a ela. Para ter sucesso com a amamentação, é necessário ter cuidado com a pega. Se o bebê não estiver com a pega adequada, surgirão vários problemas (LANA, 2001). A melhor forma de amamentar é aquela em que a mãe consegue fazer mais tranquilamente e da maneira mais cômoda para os dois.

Segundo (Lana, 2001), conforme podemos observar nas figuras 6 e 7, a pega estará adequada, quando:

- A boca do bebê estiver bem aberta;
- O lábio inferior estiver voltado para baixo e o superior para cima;
- As bochechas estiverem arredondadas;
- O queixo do bebê tocar o peito da mãe;
- Aparecer mais aréola acima da boca do que embaixo;
- O bebê sugar, deglutir e respirar.

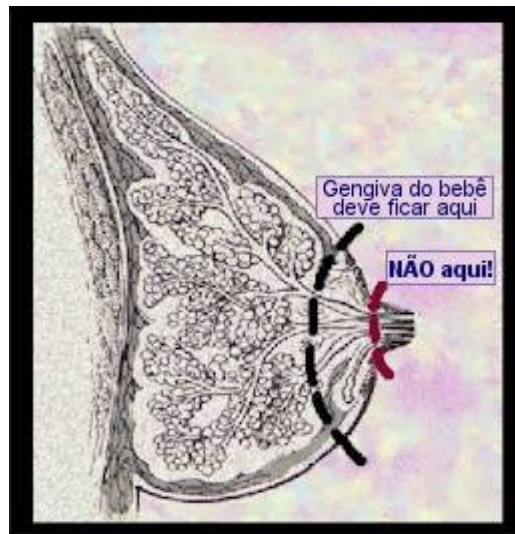


Figura 6 - Mama x Gengiva

Fonte: Rego, 2002

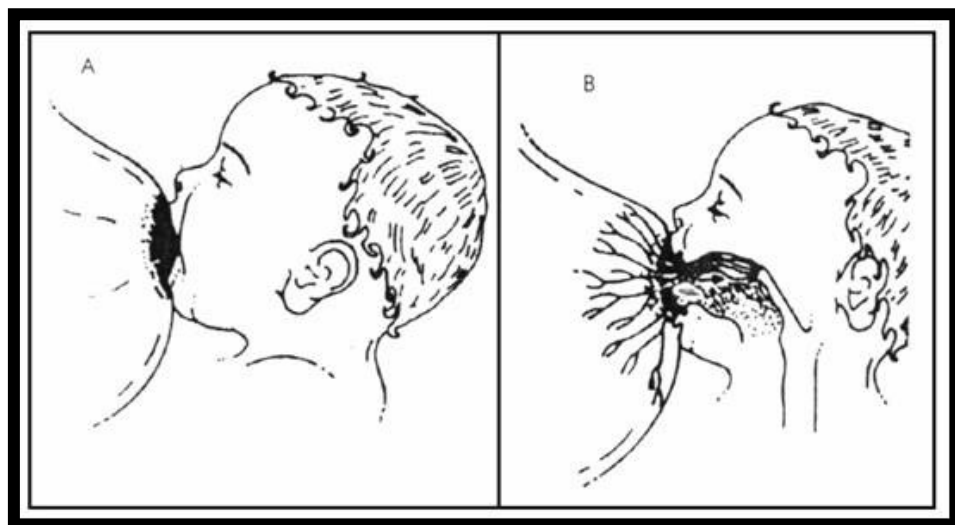


Figura 7 - Pega na amamentação

Fonte: OMS/UNICEF, 1993.

Além de observar se o bebê está com uma pega adequada, a mãe, segundo Lana (2001), necessita apresentar sinais de boa postura corporal, estar relaxada e confortável, colocar a cabeça e o corpo do bebê em linha reta (apoiando as nádegas) e segurar o seio em forma de C. A má posição da mamada pode ser a causa de mamilos rachados e dolorosos, má produção de leite, mamadas

ingurgitadas, criança insatisfeita querendo mamar a toda hora, e criança frustrada que se recusa a mamar.

Para Rego (2002), os sinais de uma pega ineficaz são: o bebê abre pouco a boca e os lábios apontam para frente; o lábio inferior está voltado para dentro; as bochechas estão tensas ou fazendo covinhas; aparece mais aréola abaixo da boca do bebê; o mamilo está achatado quando sai da boca do bebê e a mãe sente dor nos mamilos.

Apesar de toda a importância sobre aleitamento descrita até agora, vários fatores influenciam negativamente esta prática, porque apenas uma pequena parcela das mulheres a observam até os seis meses de idade da criança.

- Falta de conhecimento do assunto pela população em geral, pelos profissionais que trabalham com a saúde e pelos políticos (KAPLOWITZ et al., 1983);
- Condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde em relação à questão do aleitamento materno (ALBERNAZ, 1998; CESAR, 1996; COURANT, 1993; WHO, 1998);
- Práticas e crenças influenciadas pela cultura (AARTS, 1999; LANG, 1994; NEIFERT, 1995; VICTORIA, 1999; WOOLRIDGE, 1995);
- Falta de suporte e orientação provenientes de mulheres com experiência em aleitamento materno, nas comunidades (RICHARD et al., 1990);
- Idade da mãe; escolaridade (inclusive a do pai); ausência do companheiro; aceitação da gravidez, paridade (HOLLEN, 1976);
- Trabalho da mulher (KURINIJ, 1989; PÉREZ – ESCAMILA, 1995; VAN ESTERIK, 1981);

- Promoção inapropriada de substitutos ao leite materno (IGBM, 1997; PÉREZ-ESCAMILLA, 1994; TAYLOR, 1998).

Assim, a prática do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária, cabendo às mães efetivá-la, aos profissionais de saúde, o dever de divulgar e traçar estratégias de ação para a sua promoção, e, aos professores, inserir esse tema no currículo e nas discussões em sala de aula.

3.9 Um questionamento: leite humano ou leite de vaca?

Utilizado por boa parte da população, o leite de vaca é tido como o substituto “ideal” do leite materno. Considerado por algumas mães como prático, é consumido pelos bebês sem essas mães tenham a preocupação em saber se os componentes que estão presentes no leite de vaca são importantes para seus filhos. Introduzir alimentos que não são adequados ao bebê, pode ocasionar problemas que prejudicam o desenvolvimento saudável da criança. Até mesmo o leite de vaca em pó, modificado quimicamente, não consegue se assemelhar ao leite materno.

Quando se utiliza o leite de vaca, em lugar do leite materno, para alimentar o lactente, os agentes protetores desse leite, que são de pouca valia, são normalmente destruídos dentro de poucos minutos, no ambiente interno do corpo humano (GUYTON e HALL, 2004). O leite humano não é apenas uma fonte de nutrientes especificamente adaptadas à capacidade metabólica do bebê, ele exerce também, um certo grau de controle sobre o metabolismo, que se estende das divisões celulares até o comportamento do bebê, como também no desenvolvimento e manutenção da função mamária (AKRÉ, 1994).

À administração do leite de vaca em bebês, é um fator que merece atenção e inspira cuidados, pois há crianças que não aceitam outra dieta além de leite materno. Se forem obrigadas a ingerir, terão problemas de intolerância desde o nascimento. As sucessivas tentativas de introduzir outro alimento na dieta da criança, poderão ter como conseqüência a ida desta ao hospital, para receber soro intravenoso, e, enquanto isso, vão sendo experimentadas fórmulas e mais fórmulas, até que se

encontre algo que o bebê consiga suportar. Há muitos bebês, que mesmo não sendo alérgicos, não se ajustam bem às fórmulas oferecidas (REGO, 2002).

Na espécie humana, cada constituinte do leite mostra-se importante e específico para o crescimento e desenvolvimento do lactente. Segundo Armellini e Grecco (1981), a cada espécie de animal mamífero, corresponde um leite de composição adequada para a promoção do seu crescimento normal, o mesmo acontecendo à espécie humana. De acordo com o Quadro 1, muito se falará sobre a composição do leite humano e do leite de vaca. Entretanto, discutiremos apenas alguns componentes mais importantes: gorduras (lipídeos), proteínas, açúcares (carboidratos), vitaminas e substâncias minerais do leite materno, comparando - os aos componentes do leite de vaca, com o objetivo de demonstrar, com maior segurança, a superioridade do leite humano.

Quadro 1. Composição do leite humano x leite de vaca

Composição	Leite Humano	Leite de Vaca
Água (ml/100ml)	87,1	87,2
Energia (kcal/100ml)	75	66
Sólidos Totais (g/100 ml)	12,9	12,8
Proteínas (g/100 ml)	1,1	3,5
Gordura (g/100 ml)	4,5	3,7
Açúcar (g/100 ml)	6,8	4,9
Cinzas (g/100 ml)	0,2	0,7
Proteínas (% do total de proteína)		
Caseína	40	82
Seroproteínas	60	18
Nitrogênio não-proteico (mg/100ml) (% do nitrogênio total)	15	
Aminoácidos (mg/ 100ml)		
Histidina	22	95
Isoleucina	68	228
Leucina	100	350
Lisina	73	277
Metionina	25	88
Fenilalanina	48	172
Treonina	50	164
Triptofano	18	49
Valina	70	245
Aminoácidos (não-essenciais)		
Arginina	45	129
Alanina	35	75
Ácido aspártico	116	166
Cistina	22	32
Ácido glutâmico	230	680
Glicina	0	11
Prolina	80	250
Serina	69	160
Tirosina (minerais predominantes por litro)	61	170
Cálcio (mg)	340	1170
Fósforo (mg)	140	920
Sódio (mEq)	7	22
Potássio(mEq)	13	35
Cloreto(mEq)	11	29
Magnésio (mg)	40	120
Enxofre (mg) (traços minerais por litro)	140	300
Crômio (mg)	-	8-13
Manganês (mg)	7 -15	20-40
Cobre (mg)	400	300
Zinco (mg)	3-5	3-5
Iodo (mg)	30	47
Selênio	13-50	5-50
Ferro (mg) (vitaminas por litro)	0,5	0,5
Vitamina A (IU)	1898	1025
Tiamina (mg)	160	440
Riboflavina (mg)	360	1750
Niacina (mg)	1470	940
Piridoxina	100	640
Pantotenato (mg)	1,84	3,46
Folacin (mg)	52	55
B12(mg)	0,3	4
Vitamina C(mg)	43	11
Vitamina D(IU)	22	14
Vitamina E (mg)	1,8	0,4
Vitamina K (mg)	15	60

Fonte: Retirado e traduzido do livro: Human Milk in Modern World, Jelliffe, E.F.P., Oxford University Press, 1979, p.28.

O leite materno fornece todas as vitaminas e minerais em quantidades adequadas às necessidades do bebê, apresentando níveis mais altos de vitamina A, ácido ascórbico (vitamina C) e vitamina (E) quando comparado ao leite de vaca. A vitamina K é encontrada em maior quantidade no leite de vaca do que no leite humano, já o cálcio existe em menor quantidade no leite humano. Apesar disso é mais absorvido no intestino e também pouco excretado pelo bebê. As crianças que se alimentam artificialmente podem apresentar sinais da baixa quantidade de cálcio plasmático (MARTINS FILHO, 1987). No leite materno, as concentrações da maioria dos minerais, como magnésio, ferro, zinco, potássio, fósforo e flúor são estáveis à ação do calor e não são significativamente afetados pela dieta materna (AKRÉ, 1994; CARIAS et al., 1997; PASCHOA, 1997; SGARBIERE, 1996).

A maior parte da energia dietética em recém-nascidos e lactentes é proporcionada pelos lipídios, que representam 50% das calorias do leite humano (NORMA et al., 1996; JENSEN, 1999; MAYANS e MARTELL, 1999; UAUY e HOFFMAM, 2000; PICCIANO, 2001). O leite humano fornece ainda todos os aminoácidos essenciais para o recém-nascido (isoleucina, lisina, leucina, triptófano, treonina, metionina, fenilalanina, valina e taurina), (MOURA, 2002).

O leite humano apresenta um alto teor de lipase, enzima cuja função é facilitar a digestão e conseqüente absorção das gorduras do leite e favorecer a quebra dos chamados ácidos graxos livres, que se constituem na principal fonte de energia para a criança. No leite de vaca encontramos cerca de três vezes mais proteínas do que no leite humano. Essa superioridade é conseguida através da caseína (82% no leite de vaca e 18% no leite humano). A caseína é a principal proteína contida no leite de vaca. No leite materno, ela compõe apenas cerca de um terço do conteúdo protéico, e as demais proteínas são de mais fácil digestão ao bebê humano (PRYOR, 1981).

Encontramos no leite humano mais de 7% de lactose, contra cerca de 4% no leite de vaca. A lactose desempenha papel fundamental, em várias fases do crescimento do organismo, e, particularmente no cérebro (MARTINS FILHO, 1987). A lactose é o carboidrato mais abundante no leite humano, embora estejam também presentes pequenas quantidades de galactose, frutose e outros oligossacarídeos. Fornece

aproximadamente 40% das necessidades energéticas e também tem outras funções (AKRÉ, 1994; PASCHOA, 1997; LAMOUNTER et al, 2001).

No seu estado natural, o leite de vaca, devido ao tipo de proteínas que contém, forma um grande coágulo espesso, quando é misturado aos sucos digestivos, deixando o estômago do bebê cheio de coágulos sólidos. A diluição do leite e o calor fazem os coágulos ficarem menores e mais moles, mas isso não faz com que deixam de permanecer no estômago do bebê. O coágulo do leite materno, produzido à base de um equilíbrio protéico diferente, é mais mole, quase líquido e o estômago do bebê, amamentado ao seio, enche-se e esvazia-se facilmente e rapidamente (PRYOR, 1981). Somente no leite de vaca, alguns cientistas identificaram cerca de 177 antígenos (substâncias capazes de causar alergia no ser humano) (GOLDMAN, 1975). O leite de vaca contém sal em excesso. Muito sal no sangue pode, às vezes, causar hipernatremia, principalmente se a criança tiver diarreia (KING, 1994).

Os níveis de colesterol no leite humano são mais altos do que no leite da vaca. Na literatura científica, o pesquisador Jelliffe sugere que níveis críticos de colesterol podem ser necessários nas primeiras semanas de vida, para assegurar o desenvolvimento de sistemas enzimáticos, e ainda que tal abundância pode facilitar a mielinização do sistema nervoso central, favorecendo o desenvolvimento neurológico (MARTINS FILHO, 1987, p.27).

Com o nosso estudo, esperamos contribuir para que um número maior de mães, profissionais de saúde e professores de ciências possam valorizar mais a amamentação, conscientizando-se de sua importância nesse processo de saúde preventiva. Acreditamos que, ao investigarmos as representações sociais dos professores, profissionais de saúde e mães sobre aleitamento materno, fundamentado na Teoria das Representações sociais, e, tendo como aporte teórico a Metodologia Interativa, possamos identificar a contribuição dos grupos envolvidos na discussão sobre a temática do aleitamento materno.

4. METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa, optamos pela abordagem qualitativa, utilizando a *metodologia interativa*, por fornecer parâmetros para a pesquisa de campo e a análise dos dados.

Segundo Chizzotti (1991), a metodologia qualitativa "parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito" (p.79), portanto acreditamos ser adequada ao nosso estudo, uma vez que essa abordagem considera que as pessoas agem em função de seus sentimentos, valores, crenças, opiniões e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não é dado de imediato e precisa ser desvelado.

4.1 Metodologia interativa

Segundo Oliveira (2005), para construção de uma nova metodologia de pesquisa, que é denominada de metodologia interativa, foi necessário tomar com fundamentos teóricos o método pluralista construtivista ou *método da quarta geração* de Guba e Lincoln (1989), o método de análise de conteúdo de Bardin (1977) e o *método hermenêutico-dialético* de Minayo (2004). Diante desses aportes teóricos, Oliveira (1999) assim define sua proposta metodológica:

A metodologia interativa é um processo hermenêutico-dialético que facilita entender e interpretar a fala e depoimentos dos atores sociais em seu contexto e analisar conceitos em textos, livros e documentos, em direção a uma visão sistêmica da temática em estudo (p. 67).

Como se pode observar nessa definição, a metodologia interativa tanto pode ser aplicada para a pesquisa de campo, como para a análise de conceitos. Neste nosso estudo, por se tratar de uma pesquisa de campo, nos fixamos na primeira parte da construção teórica da metodologia interativa. Para tanto, aplicamos dois instrumentos de pesquisa: questionários e entrevistas.

Acreditamos que a metodologia interativa por se tratar de um processo dialético, nos permitiu realizar um estudo aprofundado de nossa temática. A escolha por este tipo de metodologia nos levou a um estudo mais detalhado sobre pesquisa qualitativa que, segundo Oliveira (2005), facilita entender a complexidade de problemas e hipóteses, bem como analisar a interação entre variáveis, compreender e classificar determinados processos sociais, oferecer contribuições para o processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atividade dos indivíduos.

4.2 Círculo hermenêutico-dialético

Para utilização da metodologia interativa, aplicamos a técnica do círculo hermenêutico-dialético (CHD), conforme nos sugere Oliveira (2005), a fim de estabelecer um maior diálogo entre pesquisador e pesquisados, visando realizar uma pré-análise dos dados.

Também se justifica a utilização dessa técnica por permitir uma reconstrução da realidade através da fala dos entrevistados, e pela troca de informações em que são constantes os diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas. Segundo Guba e Lincoln (1989), a utilização do CHD permite que se chegue a um “consenso”, ou seja, um entendimento mais próximo possível da realidade.

Para Allard (1997) *apud* OLIVEIRA, 1999) o círculo hermenêutico-dialético é definido como: “Um processo de construção e de interpretação hermenêutica de um determinado grupo através de um vai e vem constante entre as interpretações e re-interpretações sucessivas dialéticas dos indivíduos”(p.50-51).

4.3 Amostra

Nossa pesquisa foi realizada junto a três grupos que compreendem: sete professores de Ciências do Ensino Fundamental II, da rede pública do Estado de Pernambuco, localizadas na comunidade de Campo Grande e áreas circunvizinhas, (sendo três professores da Escola do Centro Paroquial de Campo Grande, dois da

Escola Embaixador Gilberto Amado e dois da Escola Professor Olívio Montenegro), sete profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) do Programa Saúde da Família (PSF) e sete mães estudantes das escolas, totalizando, portanto, uma amostra de 21 pessoas.

A escolha dessa amostra, com professores do Ensino de Ciências, profissionais de saúde e mães, teve como principal fundamento a necessidade de conhecer melhor como um tema relacionado com a saúde, tratado em sua maioria por profissionais de saúde, é trabalhado por professores, no contexto de três escolas da rede pública do Estado de Pernambuco, tendo como principal foco o estudo das representações sociais dos que fazem essa escola.

Os professores foram escolhidos por acreditarmos que exercem um grande papel na educação e por serem agentes multiplicadores e facilitadores do processo ensino-aprendizagem, uma vez que diariamente são convocados a discutir questões, orientando os alunos sobre determinados temas, que estejam relacionados à realidade social em que se encontram.

As mães foram escolhidas, por estudarem nas escolas públicas, em que foram realizados os nossos estudos, e fazerem uso do serviço dos profissionais de saúde, dessas áreas, além de serem consideradas como elo fundamental na análise das representações sociais desses três grupos.

Quanto aos profissionais de saúde do PSF, foram escolhidos por terem um contato não só com as escolas (através de palestras e outras atividades realizadas pelos auxiliares de enfermagem) objeto de nosso estudo, mas também com as comunidades onde vivem os professores, alunos e mães (pela utilização dos postos de saúde). Essa escolha, também leva em consideração o fato desses profissionais terem como um dos objetivos de trabalho, fornecer orientações gerais sobre questões de higiene e saúde para garantia da melhoria da qualidade de vida e buscarem constantemente resolver os problemas relacionados com a saúde da população.

Um outro fator que podemos destacar para a escolha desses profissionais é que os auxiliares de enfermagem são solicitados, embora não com a frequência desejada, por algumas escolas e alunos, para darem palestras sobre temas relacionados à saúde, distribuir folhetos e material didático, que servem de apoio para os trabalhos em gincanas e feiras de conhecimentos. Uma maior inserção desses profissionais no contexto escolar poderia contribuir para a discussão sobre o tema, com os professores e com as mães, para que estas tenham mais esclarecimentos sobre o aleitamento materno, após o nascimento dos seus filhos.

4.4 Instrumentos de pesquisa

Para investigar as representações sociais dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães, foram coletadas informações, através da realização de entrevistas com as mães, a aplicação da técnica do círculo hermenêutico-dialético e de questionários.

4.4.1 Questionários

Por ser considerado um importante instrumento de pesquisa, o questionário fornece subsídios reais do universo ou amostra pesquisada (OLIVEIRA, 2003). Utilizamos três questionários: um que foi respondido pelas mães com 19 questões (7 perguntas fechadas e 13 abertas); outro com 23 questões (10 perguntas fechadas e 13 abertas), que foi respondido pelos professores de ciências, e outro, com 21 questões (08 perguntas fechadas e 13 abertas), destinado aos profissionais de saúde. (ver os apêndices B, C e D).

Os questionários foram aplicados individualmente, respeitando-se a disponibilidade dos participantes. Minayo (1999) diz que o pesquisador deve buscar uma “aproximação” com as pessoas da área selecionada para o estudo, e que esta deve ser gradual, de modo que cada dia de trabalho seja avaliado e refletido, com base nos objetivos pré-estabelecidos.

4.4.2 Entrevistas

Abric (1994) considera a entrevista como um instrumento indispensável ao estudo das representações sociais, pois favorece a utilização de mecanismos psicológicos, cognitivos e sociais que promovem uma certa confiança e validade aos resultados. Nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas com sete mães da comunidade selecionada, constituídas de oito perguntas semi-estruturadas, que forneceram informações para ajudar a pesquisadora na compreensão do problema. As perguntas foram relacionadas às categorias gerais e empíricas.

Para Minayo (1999), a entrevista é um meio privilegiado de coleta de informações e permite a interação entre o pesquisador e os atores sociais, e não se configura apenas como um trabalho de coleta de dados, pois as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Ainda segundo Minayo, o entrevistador precisa encarar a entrevista como um instrumento que orienta uma conversa, com a finalidade de estar atento às seguintes condições:

- As questões devem se encaminhar ao delineamento do objeto, dar-lhe forma e conteúdo;
- Evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, ou seja, permitir, ampliar e aprofundar a comunicação;
- Contribuir para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos, e as relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (p.99).

Para a entrevista realizada com as mães, conforme o apêndice E, foi utilizada uma adaptação na técnica do CHD realizada por Oliveira (1999). Essa adaptação visa acrescentar novos elementos, que auxiliam no procedimento metodológico e no entendimento do processo de construção e interpretação hermenêutica de um determinado grupo, facilitando a comunicação entre as pessoas e os entrevistados.

Oliveira (1999) com base em Minayo (1996) procurou fazer uma análise mais elaborada que fornecesse subsídios suficientes para uma análise mais consistente, uma vez que a entrevista, por si só, não apresenta essa característica.

Minayo (1998) diz que “[...] a hermenêutica-dialética se apresenta como um ‘caminho do pensamento’, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia” (p.218).

A análise hermenêutica-dialética (AHD) utilizada por Oliveira (1999) como complemento do CHD, possibilita uma coleta de dados mais completa. Segundo Minayo, (1996, p.32), a análise de dados é uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, toma como centro da análise a prática social, a ação humana, e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social, e tanto conserva as determinações como também transforma o mundo sobre as condições dadas.

Essa adaptação consiste em fazer o registro em k-7 da primeira pessoa entrevistada e, após a transcrição, realizar a segunda entrevista utilizando o mesmo roteiro do primeiro entrevistado. Após o registro em k-7 do segundo entrevistado, informar ao mesmo o que disse o primeiro entrevistado e assim, sucessivamente, até que todos sejam entrevistados, conforme discriminado na figura 8. Concluído o processo da entrevista, foi realizado um encontro final com todos os entrevistados para que fossem discutidas e registradas novas informações.

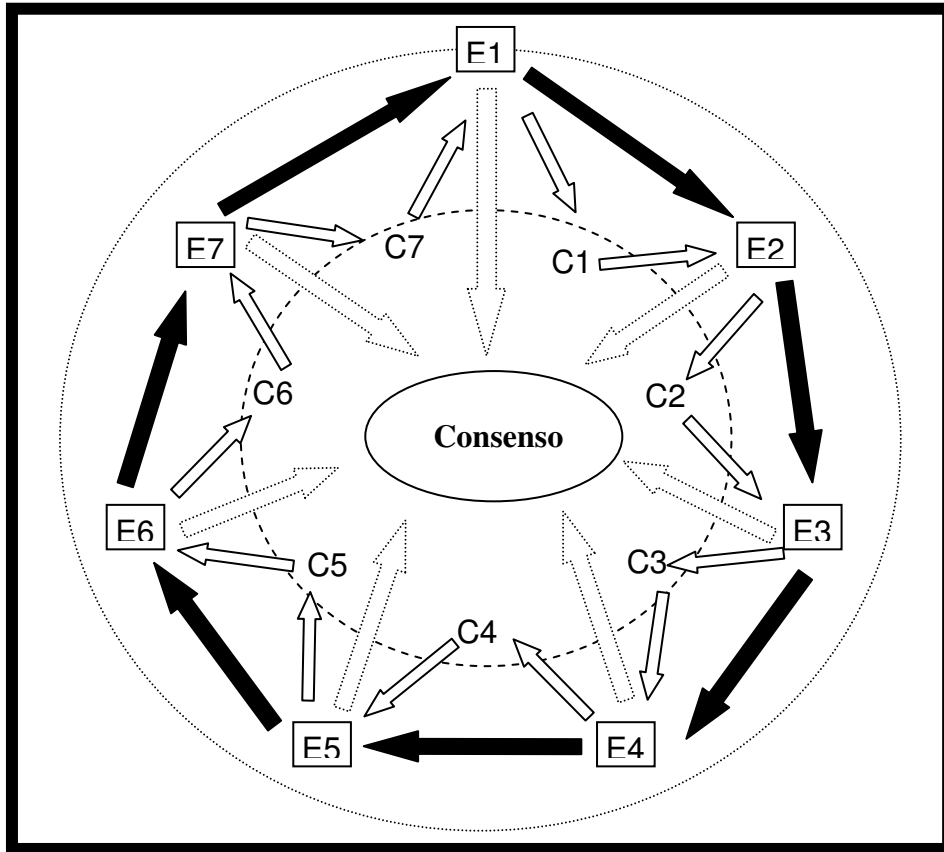


Figura 8
 Círculo hermenêutico -dialético
 Fonte: Oliveira, 1999, p. 151

De acordo com Oliveira (1999), o primeiro círculo pontilhado representa o grupo dos entrevistados (E) e o segundo círculo, a dinâmica do vai-e-vem das construções e reconstruções teóricas (C).

4.4.3 As categorias de análise

Para analisar os dados coletados, através dos questionários dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães, bem como da aplicação da entrevista com as mães, utilizamos a técnica do Círculo hermenêutico Dialético-CHD, tomando como referenciais a *metodologia interativa* (OLIVEIRA, 2005), e a teoria das *representações sociais* proposta por MOSCOVICI (1961).

Segundo Selltiz (1960). ; Mayer e Ouelet (1991). ; Bardin (1997), a categorização de dados é um processo que exige muita atenção na codificação dos mesmos. Legendre (1994, p. 64) nos recomenda que “é preciso se estabelecer *categorias* para que se faça um trabalho sistematizado e coerente”.

Nossa categorização de dados ficou assim delineada: o resultado das entrevistas com as mães foram organizados em dois grupos: como categorias gerais, temos o aleitamento materno e as representações sociais das entrevistadas; como *categorias empíricas*, trabalhamos a quantidade de filhos amamentados, tempo de amamentação, dificuldades em amamentar, discussão do tema em sala de aula, leite materno, significado do ato de amamentar, importâncias da amamentação-mãe e da amamentação-bebê, orientações sobre amamentação, conforme o quadro 2 a seguir.

Quadro 2
Matriz Geral das Categorias Teóricas

ALEITAMENTO MATERNO	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
Categorias empíricas	Categorias empíricas
Quantidade de filhos amamentados	Leite materno
Tempo de amamentação	Significado do ato de amamentar
Dificuldades em amamentar	Importância da amamentação-Mãe
Discussão do tema em sala de aula	Importância da amamentação-Bebê
	Orientações sobre amamentação

Assim, com base nesses teóricos e mais precisamente em Oliveira (2005), passamos a identificar as categorias empíricas que emergem da pesquisa de campo como resultante das questões formuladas ou do roteiro das entrevistas, enquanto as *unidades de análise* significam o resultado da coletas de dados através da entrevistas realizadas. Ainda segundo essa autora, a análise de dados se processa de uma forma técnica e didática tomando-se como base as categorias identificadas durante a construção do marco teórico, que em nosso estudo está alicerçado no aleitamento materno e na teoria das representações sociais.

Os resultados obtidos são apresentados através do posicionamento das mães, constante na matriz geral das categorias (quadro 2). As respostas dos professores e profissionais de saúde foram descritas e os dados desses dois grupos contribuíram para as discussões das unidades de análise, oferecendo maiores subsídios para o entendimento de como as representações sociais desses grupos são construídas, segundo as principais fontes que as compõem. Essas informações podem enriquecer os resultados da pesquisa, uma vez que o confronto de posicionamento dos professores e profissionais auxiliaram a identificar como as representações sociais das mães foram construídas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta secção, apresentamos os resultados obtidos mediante a aplicação do roteiro de entrevista com as mães, por meio do CHD e questionários com as mães, professores de ciências e profissionais de saúde. Para facilitar a apresentação e sua posterior discussão, dividimos os resultados em três Grupos: o primeiro, com as representações sociais das mães sobre aleitamento materno; o segundo, com as representações sociais dos professores de ciências e o terceiro com as representações sociais dos profissionais de saúde.

5.1 Representações sociais das mães sobre aleitamento materno

A condensação de dados das mães nos levaram à identificação de categorias empíricas relacionadas com a categoria geral do aleitamento materno, conforme podemos verificar no quadro 3.

Quadro 3
Representações Sociais
Mães-Filhos e tempo da amamentação

ALEITAMENTO MATERNO	UNIDADES DE ANÁLISE
Quantidade de filhos amamentados	A- 01 B- 01 C- 01 D- 02 E- 01 F- 01 G- 01
Tempo de amamentação	A- 02 meses B- 04 meses C- 02 meses D- 03 meses e 04 meses E- 05 meses F- 06 meses G- 08 meses
Dificuldades em amamentar	A- Nenhuma B- Leite fraco C- Quantidade do leite D- Nenhuma E- Nenhuma F- Dor e falta de orientações G- Falta de tempo
Discussão do tema em sala de aula	A- Nenhuma B- Nenhuma C- Nenhuma D- Nenhuma E- Existe uma discussão F- Nenhuma G- Nenhuma H- Nenhuma

Percebemos, ao analisar este quadro, que todas as mães amamentaram seus filhos, mas o tempo de amamentação variou. As mães F e G foram as que apresentaram um maior tempo de amamentação, seis e oito meses respectivamente. As mães A (2 meses), B (4 meses), C (2 meses), D (3 meses), e E (5 meses) demonstraram um

baixo índice de amamentação. Foi interessante observar que entre as cinco mães, que apresentaram uma baixa prevalência na amamentação, três informaram que não tinham dificuldades em amamentar (A, D e E), e as mães (B, C, F e G) disseram que as dificuldades estão relacionadas às questões sociais (a mãe precisa sair, trabalhar, estudar e além disso, reclama da falta de orientação) e, por outro lado, fatores maternos também serviram para justificar a dificuldade da amamentação tais como: dor e leite fraco. É importante destacar, que as mães que sentiram dificuldades, foram as que apresentaram um maior tempo de amamentação.

Entre as mães entrevistadas, o aleitamento materno foi uma ação realizada, mas não o suficiente para a efetivação da amamentação devido a fatores internos, como por exemplo, dor, ou externos, tais como necessidade de trabalhar, falta de apoio e de orientações. Segundo Sandre *et al* (2000).; Franco e Shimo, 2001; Ramos e Almeida (2003), várias são as causas atribuídas ao comportamento do desmame precoce, a falta de conhecimento das mães sobre as vantagens do aleitamento materno, a falta de apoio familiar, a interferência de vizinhos, amigos e parentes. A duração do aleitamento materno está na dependência da interação complexa de muitos fatores: causais, relacionados com a mulher e o meio social, cultural, político e econômico de sua família e sociedade.

Rego (2002), traçou o perfil das mães que têm alto risco de não amamentar ou alto risco de desmamar precocemente. Segundo ele, essas mães não têm experiência anterior; não têm intenção de amamentar; têm intenção de amamentar, mas por pouco tempo; compraram mamadeiras, chucas, bicos e chupetas; têm maridos ou outros familiares com atitudes negativas em relação à amamentação; têm problemas emocionais; revelam indícios de vínculo afetivo mãe-bebê inadequado; a gravidez não foi desejada; a gravidez não foi aceita; são mães solteiras; são adolescentes; são pouco maternais; são impacientes; são gestantes de alto risco; acreditam que para a saúde de seu bebê tanto faz dar leite materno como leite de vaca; tiveram problemas anteriores com a mama; têm dificuldade na pega e na técnica de sucção do bebê ao seio; apresentam desmame precoce no filho anterior; trabalham fora de casa; tiveram insucesso familiar na prática da amamentação; e não acreditam na minipílula.

Um outro aspecto que identificamos em nosso estudo, é que quando perguntamos às mães se a escola discutia a questão do aleitamento materno, 85,72% responderam que não. Apenas 14,28% admitiram ter recebido informações sobre o tema em sala de aula. A pouca ou quase nenhuma discussão, em sala de aula, pode estar relacionada com o fato do tema “aleitamento materno”, não despertar o interesse dos professores e alunos dentro do ambiente escolar. Outro agravante é que este tema não está inserido na proposta curricular do ensino de ciências das escolas estudadas nem na maioria dos currículos das escolas da rede pública estadual do ensino fundamental I, II e ensino médio.

Um outro fator que pode contribuir para o descaso que é dado ao tema, em sala de aula, é que a maioria dos livros didáticos do ensino fundamental I, II e ensino médio não abordam essa temática e quando abordam, as informações são fragmentadas e generalizadas. Esse tema poderia também ser incluído no currículo. Por ser um tema que se encaixa nas discussões de diversas áreas, pode ser inserido sob diferentes parâmetros e situações didáticas, através de discussões sobre sexualidade, gravidez, reprodução, ou seja, precisa ser trabalhado no espaço escolar. Podemos perceber que não existe o hábito da escola discutir sobre aleitamento materno, nem das mães buscarem, na escola, as informações necessárias que possam ajudar a construir suas representações sociais.

Os autores necessitam despertar para a importância do tema, mas para que isso aconteça, os professores, através da seleção dos livros didáticos deveriam realizar uma seleção mais eficaz, cobrando das editoras e dos autores uma maior atenção ao tema. É fundamental para a nossa pesquisa, que este assunto seja inserido no currículo e nos livros didáticos, pois futuras pesquisas poderiam apontar a escola como um espaço promissor na construção das representações sociais sobre aleitamento materno. Os professores, trabalhando em conjunto com os profissionais de saúde, contribuiriam para que a discussão sobre o tema fosse ampliada nos diferentes contextos. Enquanto as mudanças do currículo e dos livros didáticos não forem efetivadas, cabe ao professor encontrar subsídios imediatos que favoreçam a inclusão do tema em sala de aula. Através de seminários, pesquisas, debates, conversas, análise de filmes, ou seja, em diferentes situações didáticas, é possível realizar essa inclusão.

Identificamos cinco categorias empíricas relacionadas com a categoria geral das representações sociais: leite materno, significado do ato de amamentar, importância da amamentação-mãe e importância da amamentação-bebê, conforme o quadro 4 e orientações sobre amamentação(quadro 5).

Quadro 4
Representações sociais
Mães - leite materno e importância da amamentação

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	UNIDADES DE ANÁLISE
Leite materno	<p>A - É importante para todas as crianças e evita doenças.</p> <p>B - É necessário para a criança</p> <p>C - É necessário para a alimentação e fortalece os anticorpos da criança evitando doenças.</p> <p>D - É importante tanto para a mãe quanto para o bebê, pois evita doenças.</p> <p>E - Serve para o crescimento da criança, porque a mãe que não dá de mamar ao seu filho não sabe do mal que está fazendo ao bebê.</p> <p>F - É forte, a criança fica saudável, não tem doença e cresce.</p> <p>G - É o alimento único e essencial até os seis meses, não necessitando de complemento a não ser a partir dos sexto mês, quando pode haver a complementação da alimentação do bebê. E a amamentação deve continuar até os dois anos.</p>
Significado do ato de amamentar	<p>A - É dar o peito ao bebê.</p> <p>B - É dar comida (leite) ao bebê.</p> <p>C - É dar o leite do peito ao bebê.</p> <p>D - É dar de mamar ao bebê com amor.</p> <p>E - É alimentar o bebê.</p> <p>F - É dar carinho e amor ao bebê.</p> <p>G - É ter amor pelo filho. Só quem dá de mamar sabe.</p>
Importância da amamentação-Mãe	<p>A - Aumenta o amor.</p> <p>B - Não soube relatar.</p> <p>C - É prático.</p> <p>D - Descanso para a mãe. O bebê fica doente e a mãe não precisa passar a noite no hospital.</p> <p>E - Economiza tempo e dinheiro.</p> <p>F - Beneficia a saúde da mãe.</p> <p>G - Faz bem para a mãe em todos os sentidos.</p>
Importância da amamentação-Bebê	<p>A - Previne doenças.</p> <p>B - Serve como alimento.</p> <p>C - Faz bem para a saúde.</p> <p>D - Faz bem.</p> <p>E - Previne contra doenças.</p> <p>F - Beneficia a saúde da mãe.</p> <p>G - Evita doenças.</p>

Observando o quadro 04, pode - se perceber várias compreensões a respeito do leite materno e algumas distorções. Analisando o conhecimento das mães sobre o leite materno, constatou-se que a maioria, quando perguntada sobre o que entendia sobre o tema, afirmou simplesmente que o ato de amamentar era importante para a saúde do bebê e necessário para evitar doenças.

É interessante observar que apenas a mãe G afirmou em seu depoimento que o leite materno é o alimento único e essencial até os seis meses, não necessitando de complemento a não ser a partir dos sexto mês, quando pode haver a complementação da alimentação do bebê, e a amamentação deve continuar até os dois anos. Isto significa que sua resposta apresenta mais informações a respeito da pergunta do que as respostas dadas pelas outras mães.

Esse conhecimento, um pouco mais elaborado, deve ser oriundo das representações sociais construída pela mãe, a partir de informações que ela buscou em livros, quando estava grávida. De acordo com Moscovici (1995), o conhecimento científico é compartilhado por pequenos grupos, por isso não abrange a totalidade do conhecimento que uma sociedade detém, enquanto que o conhecimento do senso comum é compartilhado pela maioria das pessoas, mas circunscrito a grupos em função de uma organização social e tem origem nas inter-relações sociais.

Embora não tivesse sido perguntado, esperávamos que alguma mãe quando respondesse a questão sobre o que entendia sobre leite materno, citasse algumas características, os constituintes e/ou a produção do leite materno. A expectativa por essa problemática surgiu devido à curiosidade de que alguma mãe pudesse fazer a relação do leite materno com suas características, constituição e/ou produção, porque pensávamos que poderia ser possível encontrar nos seus depoimentos alguma dessas informações, e que estas poderiam ter sido mais expressivas, visto que o leite materno esteve presente em suas vidas e que diz respeito à nutrição e ao desenvolvimento de seu filho. As mães sabem que é importante e que o leite materno não vai prejudicar o bebê, salvo raras exceções, por isso não se preocupam em buscar novas informações que possam enriquecer o seu conhecimento.

Em relação à importância da amamentação para a mãe, apenas a mãe (B), não soube relatar porque era importante. Acreditamos que sua timidez tenha influenciado a resposta, embora tivessem sido explicitados, no começo da entrevista, os objetivos da pesquisa e que ela poderia ficar à vontade, sem pressa, para responder aos questionamentos. Observamos que todas as mães reconhecem esse fato, mas não são capazes de enumerar mais de duas vantagens relacionadas a ele.

A mãe F informou que beneficiava a saúde da mãe, mas não citou que benefícios eram esses. Nenhuma delas, em seus depoimentos, fez menção sobre a prevenção de doenças. Notamos um conhecimento generalizado da importância da amamentação para a mãe. Podemos verificar, através desses depoimentos, que as mães, por não conhecerem a diversidade dos fatores que estão relacionados à importância da amamentação, podem contribuir para o descaso da própria saúde.

Quando perguntadas sobre a importância da amamentação para o bebê, a maioria das respostas também estava relacionada à prevenção de doenças, sem citação de quais doenças poderiam ser prevenidas. O conhecimento das doenças poderia favorecer uma representação social positiva sobre aleitamento materno, uma vez que essas mães ao conversarem com outras mães ou com pessoas, envolvidas direta ou indiretamente com a amamentação, citando as doenças que poderiam ser prevenidas, despertariam o interesse em amamentar, por saberem que estariam prevenidas contra determinadas doenças. Por que a maioria das mães leva seus filhos para tomarem vacina contra sarampo e poliomielite? Porque sabem da importância da vacina para evitar essas doenças.

Acreditamos que, ao conhecer quais doenças poderiam ser prevenidas, as mães poderiam ter o interesse em buscar maiores esclarecimentos sobre o leite materno. Na tentativa de evitá-las, as mães amamentariam por mais tempo, resultando num aumento dos índices da amamentação. Apenas a mãe G disse que prevenia contra a desnutrição. É importante destacar que mesmo não sabendo, em sua maioria, quais doenças poderiam ser evitadas, as mães têm plena convicção de que a amamentação faz bem para a criança, é importante e previne contra elas. É interessante ressaltar que a importância da amamentação não está relacionada

exclusivamente à prevenção de doenças, mas ao crescimento e desenvolvimento saudável do bebê.

De acordo com o quadro 5, podemos verificar os responsáveis, o local, o conteúdo das informações recebidas e as dúvidas sobre aleitamento materno.

Quadro 5
Representações Sociais
Mães-orientações sobre amamentação

LOCAL	RESPONSÁVEL	CONTEÚDO	DÚVIDAS
A - Casa	A - Família	A - A importância da amamentação	A - Nenhuma
B - Casa	B - Mãe	B - A posição correta de amamentar	B - Nenhuma
C - Maternidade	C - Auxiliar de Enfermagem	C - A posição correta de amamentar	C - Nenhuma
D - Casa	D - Mãe	D - A posição correta de segurar o bebê e como amamentar	D - Nenhuma
E - Maternidade	E - Médica	E - Como amamentar	E - Nenhuma
F - Maternidade	F - Médica	F - Como amamentar	F - Nenhuma
G - Consultório	G - Ginecologista	G - O tempo de duração das mamadas, a pega correta e a importância do leite para o bebê.	G - Nenhuma

Quando questionadas se receberam orientações de como amamentar, todas as mães afirmaram tê-las recebido. Buscando entender como as representações sociais sobre aleitamento materno foram construídas, perguntamos quais foram os responsáveis pelas orientações, o local, e o conteúdo das informações e, se, após as orientações, ficaram dúvidas. De acordo com o quadro 6, podemos verificar que o responsável, em sua maioria, pelo fornecimento das informações de como amamentar, para as mães (C,E,F e G), foi o profissional de saúde, as mães (B e D) receberam orientação de suas mães e apenas a mãe A citou ter recebido informações da família.

Estudos demonstram que a família pode exercer uma influência positiva e/ou negativa relacionadas à amamentação. Seria interessante que mais estudos fossem realizados, no sentido de identificar o papel e a contribuição da família para a amamentação, pois, apesar de não participarem do ato da amamentação em si, são fundamentais para que ele se efetive ou não. Geralmente a família tem pouca informação sobre os benefícios que o aleitamento materno proporciona.

De acordo com Esterik e Butler (1997), mulheres de gerações mais velhas, que não amamentaram, são menos capazes de ajudar suas filhas na amamentação. No entanto, a mãe bem sucedida na amamentação de seu filho representa uma ajuda e apoio para as outras mães, dentro e fora de sua comunidade e é quem melhor advoga o retorno à amamentação. Em relação ao conteúdo das informações as mães (B, C, D, E, F e G), receberam informações sobre a posição correta de amamentar; a mãe A recebeu informações sobre a importância da amamentação; a mãe (G) recebeu sobre o tempo de duração das mamadas e a importância do leite para o bebê.

5.2 Representações sociais dos professores de ciências sobre aleitamento materno

O quadro 6 apresenta as representações sociais dos professores sobre aleitamento materno. Podemos perceber que as respostas, contribuíram para responder os questionamentos levantados em nosso estudo.

Quadro 6
Representações Sociais
Professores - filhos e tempo de amamentação

ALEITAMENTO MATERNO	UNIDADES DE ANÁLISE
Quantidade de filhos amamentados	1 - 02 2 - 02 3 - 01 4 - 01 5 - sem filhos 6 - 02 7 - 03
Tempo de amamentação	1 - 1º filho -9meses, 2º filho – 6 meses. 2 -1ano 3 - 4 meses 4 - 8 meses 5 - sexo masculino 6 - 1º filho – 10 meses, 2º filho – 9 meses. 7 - 1º filho – 5 meses, 2º filho – mais de1 ano e o 3º filho – 7 meses.
Dificuldades em amamentar	1 - Nenhuma 2 - Nenhuma 3 - Como segurar o bebê, a importância do leite para a mãe e como congelar o leite. 4 - Nenhuma 5 - Sem filhos 6 - Nenhuma 7 - Nenhuma
Discussão do tema em sala de aula	1 - Nenhuma 2 - Nenhuma 3 - Nenhuma 4 - Nenhuma 5 - Existe uma pequena discussão 6 - Nenhuma 7 - Nenhuma

Quase todos os professores que participaram do nosso estudo foram mulheres e a maioria relatou ter amamentado. Apenas o professor 5 não amamentou, por ser do sexo masculino. A duração da amamentação foi variada, como podemos analisar no quadro 7. As professoras 3 e 7 (1º filho), amamentaram por um período de 4 e 5 meses, respectivamente, apresentando uma baixa prevalência na amamentação. Já a professora 2 amamentou por um período de 1 ano e a professora 7 (2º filho) por mais de um. As professoras 1 (dois filhos), 6 (dois filhos) e 7 (três filhos), em relação ao tempo de amamentação apresentam diferenças entre os filhos. No caso das professoras 1 e 6, o segundo filho mamou por um período menor que o primeiro.

Analisando as respostas dos professores, em relação à discussão da temática do aleitamento materno em sala de aula, constatamos que apenas 14,28% discute oralmente e através de gráficos essa questão, abordando a importância, constituição e vínculo entre mãe e filho. E 85,72% não discutem. Quando perguntados sobre o motivo de não discutirem os professores responderam que achavam que o tema não era interessante para a sala de aula. Segundo a professora 3: “achei que os alunos não tinham interesse” e a professor 5: “Não dei relevância ao tema”. Podemos perceber que o tema não é discutido em sala de aula porque o professor não considera importante trabalha-lo.

Em contrapartida, questionamos como o currículo é estruturado? É dado o direito aos alunos de opinarem sobre os temas que gostariam de vivenciar? O planejamento é algo pronto e acabado? E a realidade das escolas (em ter adolescentes grávidas e mães) não conta? E os projetos? Diversos questionamentos são levantados e mais dúvidas são criadas, mas vale salientar que o interesse de buscar conhecimentos deve partir também do aluno. A escola sozinha não consegue atender às demandas que lhes são implantadas.

Nesse contexto surge outro questionamento: Será que os alunos sabem que esse tema pode ser discutido em sala de aula, já que os professores não têm o hábito de tratar essa questão? Pelas representações sociais das mães estudantes de escolas públicas, verificamos, de acordo com o quadro 5, que os professores não participam da construção das representações sociais das mães sobre aleitamento materno.

Quadro 7
 Representações Sociais
 Professores – orientações sobre amamentação

LOCAL	RESPONSÁVEL	CONTEÚDO	DÚVIDAS
1 - Consultório	Pediatra	Como estimular o aleitamento, sua riqueza, a defesa para a criança e como congelar o leite.	Nenhuma
2 - Casa e consultório	Os livros, o médico, a família	A importância do leite materno, os cuidados com a higiene, mitos em relação a amamentação e prazer na amamentação.	Nenhuma
3 - Não recebeu orientação	-----	-----	Sim. Como segurar o bebê, a importância do leite para a mãe, como amamentar e como congelar o leite
4 - Posto de saúde	Profissionais de saúde	Posição correta de por o bebê ao seio, mudança de seio ao amamentar e ter paciência.	Nenhuma
5 - Sem filhos	-----	-----	-----
6 - Maternidade	Profissionais de saúde	Como segurar a criança, o horário da amamentação, a higiene dos seios, não existe leite fraco, a criança só está satisfeita quando arrega o bracinho.	Nenhuma
7 - Maternidade	Médico	Importância do colostro, a estimulação, importância do leite para o bebê, a quantidade e frequência das mamadas e só ofertar para o bebê o peito nas primeiras semanas.	Nenhuma

Conforme o quadro 7, quando perguntados sobre os responsáveis pelas orientações de como amamentar, 57,12% relataram que as orientações foram oriundas dos profissionais de saúde, 14,28%, através de livros, do médico e da família, 14,28% disseram não ter recebido orientações e 14,28 não têm filhos. Em relação ao local que foram dadas as orientações 28,56% informaram na maternidade; 14,28% no consultório; 14,28% na casa e consultório, 14,28% não receberam informação, 14,28% nos postos de saúde e 14,28% não têm filhos.

O conteúdo das orientações foi bastante diversificado. As professoras falaram da importância da amamentação, da pega, higiene, horário das mamadas, dos mitos e do congelamento do leite. Comparando-se as respostas das mães e professoras, podemos perceber que as respostas das professoras apresentam uma riqueza maior de informações. De todas as professoras que amamentaram (83%) apenas 16,6% disseram ter ficado com dúvidas sobre como amamentar, pois não receberam orientação.

O fato da baixa prevalência da amamentação dessa professora (4 meses), conforme o quadro 8, pode estar relacionado ao fato de não ter recebido orientações. É importante destacar e compreender que nas suas relações as pessoas vão construindo impressões e opiniões a respeito delas próprias, das outras pessoas, das coisas, dos conteúdos, dos lugares e, até mesmo de conceitos. Dessa forma podem transformar um conhecimento científico e representação e esta, por sua vez, pode transformar sujeitos.

Uma das informações recebidas pela professora 6, está relacionada com o horário da amamentação. O bebê deve mamar quando sentir vontade e não existe um horário pré-determinado para que a amamentação seja realizada. Estes achados demonstram um inadequado conhecimento de aspectos relacionados à fisiologia da lactação. Intervalos de mamadas em horários estabelecidos não favorecem a prática da amamentação. Estudos demonstram que a livre demanda do bebê ou lactente ao peito é importante e necessária para o estabelecimento adequado da lactação (WOOLRIGGE, 1996).

Um aspecto que identificamos no depoimento da professora 2 está relacionado aos mitos em relação à amamentação. Vários estudos descrevem que determinados mitos interferem na prevalência da amamentação. O mito mais comum, que pode estar presente na vida das mães que amamentam, é achar que seu leite é fraco.

Dentre os depoimentos dos professores, o que mais chamou a nossa atenção foi o da professora 7, que apesar de falar da importância do colostro e do leite materno e da frequência das mamadas, relatou que “Só ofertar para o bebê o peito nas primeiras semanas”. Percebemos que o conteúdo das suas informações sobre o aleitamento materno, está contraditório, pois, ao mesmo tempo, que, salienta a importância do colostro e do leite materno, diz que só deve ser dado de mamar nas primeiras semanas. Segundo a OMS (1980), a amamentação, deve ser exclusiva, até os seis meses e como alimento complementar até os dois anos. Quando perguntados sobre o que sabiam sobre leite materno e por quê é importante amamentar, estes profissionais, de acordo com o quadro 8 responderam:

Quadro 8
Representações Sociais
Professores - O Leite materno e a importância da amamentação

LEITE MATERNO	É IMPORTANTE AMAMENTAR?
1 – Sua riqueza de proteínas e defesa para a criança.	1 – Sim. Para a defesa da criança, assim como para evitar câncer de mama.
2 – É único, suficiente, contém todos os nutrientes necessários para a criança até os seis meses, inclusive substituindo a água.	2 – Sim. Para tornar o bebê saudável, estreitar o laço afetivo entre mãe e filho, evitando doenças. A amamentação ajuda a reorganização do útero no organismo da mulher.
3 – É o alimento necessário e importante, pois só com ele o bebê já está bem alimentado.	3 – Sim. Porque além de ser saudável, estreita a relação entre a mãe e o filho, por ser um ato de amor e de carinho.
4 – É um alimento completo, dispensando água e outros líquidos ou sólidos (durante os seis primeiros meses) sendo mantido após esse período, complementando a dieta.	4 – Sim. O leite materno é um alimento completo, traz segurança e confiança ao bebê e fortalece o vínculo entre mãe e filho.
5 – Pouco	5 – Sim. É um alimento completo
6 – O leite materno é um alimento saudável para a criança.	6 – Sim. É o melhor alimento para a criança, imuniza contra doenças e estabelece um contato de afinidade entre mãe e filho, passando segurança para a criança.
7 – Imuniza o bebê e previne doenças.	7 – Sim. Para evitar doenças e alimentar o bebê.

Segundo os depoimentos dos professores, 71,40% acreditam na importância da amamentação para melhorar a relação entre mãe e filho. De acordo com os depoimentos das mães: 2, “Estreita o laço afetivo entre mãe e filho, evitando doenças” ; 3, “ Estreita a relação entre mãe e filho por ser um ato de amor” ; 4, “Fortalece o vínculo entre mãe e filho; 5, “Estabelece um contato de afinidade entre mãe e filho, passando segurança para a criança”.

Quadro 9

Professores - Aleitamento Materno (fonte de informações e sugestões)

FONTE DE INFORMAÇÕES	QUE SUGESTÕES VOCÊ DARIA PARA AS MÃES QUE ENCONTRAM DIFICULDADES EM AMAMENTAR?
1 – Orientação médica, leituras e palestras.	1 – Não deixar de amamentar, pois estão fazendo com que a criança além de se alimentar, também cria um vínculo de amor mãe e a criança.
2 – Origem familiar, orientação médica e leitura, ex. A vida do bebê de Dr. Lamare.	2 – Que as jovens sejam melhores esclarecidas através de fontes seguras e confiáveis e que não sintam medo ou vergonha. "Amamentar é um dos prazeres que a natureza proporcionou".
3 – Mídia	3 – Procurar estimular a mama durante a gravidez e depois do nascimento. Procurar um médico.
4 – Estudos, leituras e palestras.	4 – Acho que as mães precisam ser orientadas por profissionais, enfermeiros e nutricionistas, a fim de perceberem a importância do aleitamento.
5 – Livros	5 – buscar informações em postos de saúde.
6 – A mídia, o pediatra, os meios de comunicação, revistas e livros.	6 – Não deixarem de amamentar seu filho. Façam a higiene do peito antes da mamada. Não deixe a criança se estressar. Quando ela estiver satisfeita o braquinho dela vai escorregando até cair. Aí pode tirá-la do peito.
7 – Livros	7 – Que compreendam a importância desse ato e assim que o bebê nascer, coloque ele no peito nos primeiros dias, pois o colostro está presente e funciona como um forte antibiótico.

Dentre as sugestões, dadas às mães que encontram dificuldades em amamentar, o professor 2, afirma que “ as jovens devem ser esclarecidas através de fontes seguras e confiáveis e que não sintam medo ou vergonha”, e o professor 4, em sua fala, disse “Acho que as mães precisam ser orientadas por profissionais, enfermeiros e nutricionistas”. Na sugestão dada pela professora 6, podemos perceber a presença do senso comum em sua resposta “Quando ela estiver satisfeita, o bracinho dela vai escorregando até cair. Aí pode tirá-la do peito”. De acordo com Moscovici (1989) é preciso reconhecer e identificar a legitimidade do conhecimento produzido pelo senso comum, sobretudo, porque longe de ser uma

simples e pura imagem desprovida de função, desempenha um papel importante, contribuindo para determinar o gênero de argumentos e explicações.

É importante observar que nenhum dos professores forneceu sugestões relacionadas a uma maior discussão sobre o tema em sala de aula, ou orientou as mães a procurarem apoio nas escolas. Percebemos, ainda, que o professor 4 estava preocupado com o responsável pelas informações sobre aleitamento materno, ao afirmar que os profissionais, enfermeiros e nutricionistas devem orientar as mães.

Após a análise dos resultados dos professores de ciências, realizamos a análise dos questionários dos profissionais de saúde.

5.3 As representações sociais dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno

Com o intuito de dar mais consistência à análise, foram aplicados questionários com profissionais de saúde, compreendendo 03 enfermeiras e 04 auxiliares de enfermagem do PSF. Acreditamos que através das arguições desses profissionais poderemos compreender, com melhor clareza, algumas informações acerca do aleitamento materno. As respostas I, II e III foram coletadas por contato com enfermeiras e, as respostas IV, V, VI e VII, através dos auxiliares de enfermagem, conforme representado no quadro 10.

Quadro 10
 Representações Sociais
 (Profissionais de saúde - filhos e tempo da amamentação)

ALEITAMENTO MATERNO	UNIDADES DE ANÁLISE
Quantidade de filhos amamentados	I - 01 II - 02 III - Sem filhos IV- 04 V - 02 VI - 01 VII - 01
Tempo de amamentação	I - 8 meses II - Não amamentou III - ----- IV - 1º - 3 meses, 2º - 4 meses, 3º - 6 meses e o 4º - 8 meses. V - 2 meses VI - 6 meses VII - 1 ano
Dificuldades em amamentar	I - Nenhuma II - Não amamentou III - sem filhos IV - Nenhuma V - Nenhuma VI - Nenhuma VII - Nenhuma
Discussão do tema em sala de aula	I - Existe uma discussão II - Existe uma discussão III - Existe uma discussão IV - Nenhuma V - Nenhuma VI - Existe uma discussão VII - Existe uma discussão

Ao analisar este quadro, podemos perceber que a maioria dos profissionais de saúde amamentou, apenas 14,28%, informaram nunca terem feito esse tipo de ação, considerando que essa atitude estava relacionada à inexperiência e à falta de maturidade, por terem sido mães aos 17 anos de idade. Percebemos que o tempo de amamentação desses profissionais oscilou entre 2 meses a 1 ano de idade, e que o maior e o menor tempo de amamentação foram das auxiliares de enfermagem VII (1 ano) e V (02 meses).

Ainda no quadro 11, verificamos que todas as enfermeiras informaram que a Universidade discutiu a questão do aleitamento materno, 28,56% das auxiliares de enfermagem disseram que o tema não foi discutido. Em contrapartida, no gráfico 12, 100% dos profissionais de saúde afirmaram que discutem a temática do aleitamento materno com suas pacientes. Esse fato demonstra que, apesar de a escola ou o curso não fornecerem informações sobre essa temática, um número de 28,56% dos auxiliares de enfermagem conseguem abordar esse tipo de assunto com seus pacientes.

Quadro 11
 Representações Sociais
 Profissionais de saúde – orientações sobre amamentação

LOCAL	RESPONSÁVEL	CONTEÚDO	DÚVIDAS
I - Hospital	Enfermeira	Nutrientes do leite, a pega correta, as vantagens da amamentação para a mãe e o bebê, a importância da amamentação na diminuição de doenças.	Nenhuma
II - Hospital	Enfermeira	A posição correta para o aleitamento, composição do leite materno, anatomia e os problemas que podem ocorrer com as mamas.	Nenhuma
III - Sem filhos	-----	-----	-----
IV - Posto	Enfermeira	Importância do Aleitamento Materno.	Nenhuma
V - Hospital	Enfermeira	Como amamentar e segurar o bebê	Nenhuma
VI - -----	-----	Não recebeu orientações.	-----
VII – Casa	Mãe	Dar o peito um de cada vez e a importância e vantagens da amamentação para o bebê.	Nenhuma

No que concerne ao quadro 11 observamos que 14,28% informaram não terem recebido orientações. Apenas a auxiliar de enfermagem VII teve a mãe como responsável pelas orientações de como amamentar. Podemos perceber que, nas informações recebidas pelas enfermeiras I e II, estavam presentes elementos significativos a respeito da amamentação, como a composição do leite, o que não foi observado nas respostas dos auxiliares de enfermagem, professores e mães.

Quadro 12
 Representações Sociais
 Profissionais de saúde – leite materno e importância da amamentação

LEITE MATERNO	É IMPORTANTE AMAMENTAR?
I - É fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança. Composto de vitaminas, sais minerais e proteínas. Não existe nenhum produto que se iguale ao leite materno.	Sim. Para que a criança tenha um desenvolvimento e crescimento saudáveis.
II - É importante para a mãe e o bebê, pois apresenta inúmeras vantagens.	Sim. Porque o ato de amamentar dá uma sensação de prazer e de dever cumprido. Traz inúmeros benefícios para a saúde.
III - É saudável e importante. É um alimento completo que deve ser ministrado nos seis primeiros meses de vida e como alimentação complementar até os dois anos de idade.	Sim. Para que o bebê tenha acesso a uma alimentação de qualidade.
IV - Protege e faz bem as crianças.	Sim. Para saciar a fome do bebê de forma adequada.
V - É forte e evita doenças	Sim. Porque evita doenças
VI - Protege as crianças	Sim. Porque faz bem.
VII - Que é rico e tem anticorpos, que são importantes para o bebê.	Sim. Porque protege contra doenças.

Conforme o quadro 12, nas respostas das enfermeiras, percebemos, que as representações sociais sobre o leite materno e importância da amamentação não são fragmentadas, como aquelas das mães. Acreditamos que o contexto social, os cursos, as palestras, os livros e a experiência pessoal e profissional tenham contribuído para a construção dessas representações. Em relação aos outros depoimentos, como os das auxiliares de enfermagem, verificamos que 25% informaram que evitavam doenças, porém, não mencionaram quais as que poderiam ser evitadas.

Quadro 13
 Representações Sociais
 Profissionais de saúde – fonte de informações e sugestões sobre aleitamento materno

FONTE DE INFORMAÇÕES	QUE SUGESTÕES VOCÊ DARIA PARA AS MÃES QUE ENCONTRAM DIFICULDADES EM AMAMENTAR?
I – Através de palestras e cursos.	Procurar orientação médica.
II – Através de livros e conversas com colegas de profissão.	Ter paciência e muito amor pelo bebê. Se não puder amamentar, procurar um banco de leite. Em caso de dúvida, procurar orientação médica.
III – Cursos	Procurar uma orientação especializada e ter cuidado com os mitos relativos à amamentação.
IV – Através das aulas no curso de auxiliar de enfermagem.	Que a amamentação traz benefícios e que as mães tenham cuidado com a pega e a higiene dos seios.
V – Através de seminários, palestras no IMIP e estágio.	Que o leite materno é de graça e não gasta tempo para preparar.
VI – Com os filhos, com as outras mães e com o curso.	Que procure um local de apoio onde possa esclarecer suas dúvidas.
VII – No posto de saúde com a enfermeira.	Que lutem pelo direito de acesso às informações de qualidade.

Através do quadro 13, constatamos nos depoimentos dos profissionais de saúde, que suas informações sobre aleitamento materno foram construídas em sua maioria através de leituras sobre a temática, seminários e palestras. Apenas um profissional – VI, afirmou que os filhos e outras mães contribuíram na construção dessas representações.

Compreendemos, assim, que esses profissionais, buscaram informações mais especializadas sobre o tema. Não afirmamos que essas informações sejam compartilhadas com frequência pelas mães durante a amamentação, pois as estatísticas demonstram que a efetivação da amamentação continua em baixa em relação ao esperado pela UNICEF.

Nessa perspectiva, admite-se que os possíveis fatores relacionados à não efetivação da amamentação, seriam as representações sociais negativas sobre o aleitamento materno, a falta ou a escassez de informações, ou simplesmente, pelo fato de as mães não desejarem amamentar. Todavia, em nosso estudo, essas informações foram dadas, às mães e professores, em sua maioria, pelos profissionais de saúde, mas, podem não ter sido suficientes para contribuírem com a efetivação da amamentação. Para isso, é importante que essas informações sejam

socializadas, repensadas ou até mesmo reconstruídas pelos diferentes grupos, para possibilitar que, em qualquer uma dessas categorias, o tema seja tratado com todo o interesse e respeito que merece.

Das sugestões que os profissionais de saúde apresentam, para as mães que encontram dificuldades em amamentar, 71,4% estão relacionadas à procura de orientações médicas em caso de dificuldade. Nota-se o interesse e preocupação desses profissionais com a questão da procura pela informação, pois de acordo com a sugestão da auxiliar de enfermagem VII "as mães devem lutar pelo direito de acesso à informações de qualidade" ,e sabemos que uma informação equivocada pode mudar os rumos da amamentação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de nossa pesquisa nos permitiram afirmar que o poder aquisitivo das famílias, o nível educacional e a ocupação das mães são fatores determinantes do aleitamento materno. Uma questão que procuramos identificar em nosso estudo foi a renda familiar mensal dessas mães. As mães A, B, C, D e F, têm um salário mínimo, como renda mensal, a mãe E, recebe de dois a três salários mínimos e a mãe G, de quatro a cinco salários. Vários estudos apontam para o fato da renda familiar interferir no aleitamento, nos casos em que a mãe necessita sair de casa para trabalhar, desmamando seu filho precocemente prejudicando a amamentação.

Podemos constatar que a mãe G, por possuir uma renda maior em relação às outras mães, amamentou por um período maior (8 meses); isso não quer dizer que as mães que possuam uma renda baixa, tenham, necessariamente, um tempo menor de amamentação, isso depende de todo um contexto social, cultural e emocional em que as mães estejam inseridas, contudo salientamos que a renda é um fator forte e determinante na “não prevalência da amamentação”.

Pode-se observar que houve uma predominância de mães na faixa etária de 18 a 21 anos, (A, E, F e G). A mãe B e D encontram-se na faixa de 27 a 30 anos e a mãe C entre 15 e 18 anos. Estudos mostram que a variada escolaridade materna não apresenta associação com a duração da amamentação (BARROS, *et al.* 1994). Outros estudos demonstram uma associação positiva entre o grau de escolaridade materna e os índices de amamentação, sendo a incidência e a duração da amamentação maiores com o aumento do grau de escolaridade (XAVIER *et al.*, 1991, MARCHION, 1999; OBREGÓN, 2001).

É importante ressaltar que o estudo do aleitamento materno, mesmo sendo tratado com pouco interesse pelos professores do ensino fundamental II, por não fazerem parte do conteúdo regular e os livros didáticos pouco ou nunca abordarem essa temática, precisam ser trabalhados no contexto escolar, porque o tema, aleitamento materno, situa-se na interface de múltiplos saberes contemplados em diversas

áreas, não sendo responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde e sim da sociedade como um todo.

Para sua efetivação em sala de aula, necessita-se, portanto, rever a política educacional da escola e o currículo, para que os professores, mães-estudantes, e os alunos de um modo geral compreendam a importância da inclusão e efetivação desse tema em sala de aula, quer seja como conteúdo regular ou tema transversal, projeto temático, feira de conhecimentos, entre outros aspectos. Precisamos, então, destacar sua importância, não só no enfoque biológico, como também no enfoque de seres constituídos de habilidades, conhecimentos, crenças e atitudes que serão fontes de informações orientadoras de valores, normas e condutas.

Moscovici (1978) destaca que a representação social contribui para a formação de condutas; é uma preparação para a ação, tanto por conduzir o comportamento como por modificar e reconstruir os elementos do meio ambiente em que o comportamento teve lugar. Não amamentar o bebê adequadamente, por causa de determinados valores, constitui numa conduta que pode ocasionar uma preocupação para a saúde pública e para os segmentos da sociedade interessados na causa da criança, pois o ato da mamada é ofertado exclusivamente pela mãe, mas a decisão e a prevalência da amamentação são de responsabilidade de toda a família.

Os profissionais de saúde apresentam uma grande responsabilidade no que diz respeito ao incentivo, promoção e proteção ao aleitamento materno. Mas é necessário e importante que se efetuem mudanças gerais, quanto às responsabilidades desses profissionais. A sociedade e a escola precisam participar e contribuir com, a intenção de se sentirem também responsáveis pela amamentação, visto que, essa responsabilidade está relacionada, a uma tarefa que deve ser exercida pelas mães, discutida e orientada pelos profissionais de saúde.

Uma orientação também pode ser dada pelos professores de ciências e pela sociedade de um modo geral, desde que suas representações sociais possam contribuir de forma positiva para o aleitamento materno. E, no caso, dessa representação social ser negativa, a discussão do tema em sala de aula poderia

mostrar uma visão diferenciada em relação aos mitos que cercam a amamentação e despertar o interesse pela busca de novos conhecimentos sobre o tema.

No espaço da sala de aula, têm-se uma diversidade de pessoas, cultura e opiniões, que são instrumentos necessários para uma boa discussão e análise do tema. As atividades, que poderiam auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de atitudes positivas, são: melhoria da assistência pré-natal, maior disponibilidade de bibliografias sobre o tema no ambiente de trabalho, maior incentivo à amamentação “sob livre demanda”, apoio permanente para o manejo diante dos problemas mais freqüentes e capacitações constantes.

O aleitamento materno não é um ato meramente instintivo, pois depende da aprendizagem, portanto, de influências sociais e de fatores culturais. É preciso que a escola tenha o interesse de discutir, em sala, de aula temas problematizadores que envolvam práticas pedagógicas e que tenham como base uma atividade educativa, questionadora, dialética, dinâmica e contraditória, possível de ser vivenciadas entre aqueles de menor escolaridade e de classe social menos favorecida. Possibilitar a inserção desse tema em sala de aula poderia contribuir para a construção de uma nova representação ou reformulação das representações existentes sobre aleitamento materno.

Assim o saber do senso comum iria somar ou refutar ao se deparar com o saber do conhecimento científico e, é nesse sentido que algumas crenças, que não contribuem para o sucesso, podem ser repensadas. O movimento de ir e vir, de formular, desmontar e reconstruir, é uma compreensão fundamental ao tratamento das representações sociais. Para Moscovici (1978, p.29) “se uma representação social é uma preparação para a ação, ela não o é somente à medida em que guia o comportamento, mas sobretudo, à medida em que remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que esse comportamento deve ter lugar. Ela consegue incutir sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes”.

Os resultados da pesquisa chamaram a atenção para a importância da discussão do tema em sala de aula, ressaltando que a falta de apoio educativo pode contribuir com conhecimentos, atitudes e comportamentos que não são favoráveis à prática da amamentação. As atividades educativas tais como palestras, conferências, exposições e debates, que envolvam a temática do aleitamento materno, devem estabelecer vínculos entre conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à prática da amamentação. Atitudes negativas como ofertar outros alimentos ao bebê nos seis primeiros meses, predeterminam o comportamento favorável ao desmame precoce. Segundo Losch *et al* (1995) variáveis como conhecimento e atitudes na decisão para o aleitamento, têm um efeito potencial maior que as variáveis demográficas.

É interessante destacar, que os questionamentos levantados em nosso estudo, em sua maioria, não tiveram respostas satisfatórias, uma vez que uma discussão ou busca por maiores informações sobre a temática do aleitamento materno não desperta o interesse dos professores, profissionais de saúde e alunos.

Um outro aspecto que identificamos em nosso estudo, é que as representações sociais dos professores de ciências não são favoráveis a melhor conscientização das mães sobre a importância do aleitamento materno, uma vez que, essa temática, em sua maioria, não está atrelada à prática pedagógica dos professores. Apenas 14,28%, discutem em sala de aula. As representações sociais das mães sobre aleitamento materno, são taxativas, do tipo “É importante amamentar porque evita doenças”, e notamos pouca relação entre causa e efeito nos depoimentos apresentados por elas.

Destacamos em nosso estudo, que numa amostra de 21 pessoas, 15 entrevistados não apresentaram dúvidas em relação à amamentação. Se as informações recebidas em relação à amamentação não deixaram dúvidas, podemos considerar a arte de amamentar como fácil? Se a amamentação é fácil ou difícil para o grupo estudado, não podemos afirmar, mas se a maioria dos entrevistados não ficou com dúvida após as orientações, qual seria então o problema para que ela se efetive?

A resposta poderia está na falta de interesse ou nas representações sociais construídas, que podem não estar sendo favoráveis para uma melhor conscientização sobre a questão. Percebemos que as mães recebem as informações, mas estas não estão presentes no seu dia-a-dia como deveriam estar. É preciso que as mães sejam levadas a refletir sobre suas ações, verificando o que é importante e necessário conhecer, para poder desenvolver hábitos e atitudes que possam contribuir com sua saúde e com o crescimento e desenvolvimento da criança.

É interessante salientar que os meios de comunicação de massa exercem uma influência negativa para a amamentação, quando fazem propagandas dos substitutos do leite materno, divulgando cada vez mais produtos industrializados, que, de acordo com a propaganda, são ricos em vitaminas A, D, ferro, entre outras. Diariamente são vinculados em televisões, rádios, jornais e revistas, propagandas de leite artificial, que seduzem as mães pela praticidade que oferecem. Essas propagandas limitam-se, em sua maioria, a dizer “não recomendado para crianças menores de um ano, salvo sob indicação médica” ou o “aleitamento materno é recomendado até os dois anos ou mais”.

Em contrapartida colocam em destaque, nas embalagens, que o leite é saudável e forte, enquanto outras empresas não fazem tantas apologias ao leite artificial, simplesmente vendem, e vendem muito. Mas como a propaganda “é a arma do negócio”, vence a “batalha”, quem investe e divulga mais o seu leite-produto. E apesar dos investimentos realizados pelo Ministério da Educação, UNICEF, entidades governamentais e não-governamentais, as empresas de leite artificial e substitutos do leite materno, usam mais a mídia do que os órgãos competentes pela divulgação do aleitamento materno, valorizando o produto para torná-lo mais conhecido do público e, portanto, vendável.

Todavia, enquanto raramente se vêem propagandas efetivas e freqüentes sobre aleitamento materno, observa-se um número maior de propagandas ligadas às ações realizadas pelo governo, propagandas políticas entre outras. Seria necessário também, veicular na mídia, as conseqüências para a mãe, para a família e para a sociedade de um modo geral, ao fazer uso de produtos industrializados. Ao terem

acesso às propagandas de leite para bebê, transmitidas pela televisão ou rádio, os pais podem ficar seduzidos pelos produtos devido aos “benefícios” que são demonstrados.

O fato das mães e da sociedade, de um modo geral, assistirem ou escutarem propagandas de leite para bebê, na televisão ou rádio, mostra a fragilidade de respeito à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, que nos artigos 4º e 5º, proíbe a promoção comercial de alimentação para lactentes nos seis primeiros meses de vida (Brasil, MS, 1992) e a violação ao Código Internacional de Comercialização de Substituto do Leite Materno da OMS/UNICEF.

Apesar de existir no país, uma legislação que respeita os direitos da criança, apóia a mulher trabalhadora que amamenta e regula a promoção e o uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda, ainda são raras as empresas que têm creches no local de trabalho. Infelizmente são muitas, no país, as infrações apresentadas na publicidade e comercialização de fórmulas infantis para lactentes, bicos, mamadeiras e chupetas.

7. CONCLUSÕES

Segundo os questionamentos levantados em nosso estudo, podemos concluir que:

- As representações sociais das mães, professores de ciências e profissionais de saúde sobre aleitamento materno, foram construídas em sua maioria pelos profissionais de saúde.
- As representações sociais dos professores, não estão atreladas às práticas pedagógicas.
- As representações sociais dos professores não são favoráveis a uma melhor conscientização das mães sobre a importância do aleitamento materno.
- Os conceitos ligados ao aleitamento materno presentes nas representações sociais das mães, estavam relacionados em sua maioria, a prevenção de doenças. Já os conceitos dos professores de ciências e profissionais de saúde, referiam-se a alimentação, defesa, vínculo afetivo e desenvolvimento da criança.
- As principais fontes para compor as representações sociais sobre aleitamento materno foram: a família, a mídia, conversa com amigos e vizinhos, a família, o médico e a maternidade.
- As representações sociais construídas pelas mães, professores de ciências e profissionais de saúde, em sua maioria, não são favoráveis a uma melhor sensibilização da importância do aleitamento materno.
- O aleitamento materno é uma prática social complexa, que não está sendo trabalhada em sala de aula, devido a uma inadequada representação social por parte dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães.

- As mães, em geral, não conhecem a constituição do leite materno.
- As mães, em sua maioria, generalizam a importância do aleitamento materno, à prevenção de doenças.
- As mães, em sua maioria, não receberam informações para a preservação de sua saúde, mas em relação à saúde do bebê algumas informações foram discutidas.

8. RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados e conclusões do presente estudo, são seguintes as recomendações propostas:

1. Capacitar professores de ciências para que atuem junto às crianças e adolescentes, ensinando a importância da amamentação.
2. Atualizar e modernizar os currículos, incluindo o tema aleitamento materno como conteúdo indispensável.
3. Intensificar e divulgar campanhas nas comunidades em prol da amamentação.
4. Desenvolver material didático-pedagógico sobre aleitamento materno para ser trabalhado nas escolas.
5. Incentivar a participação dos pais. A presença do pai é muito importante em todas as etapas de desenvolvimento do filho, mas, na fase da amamentação, sua presença torna-se fundamental, pois pode levar apoio e incentivo à mulher.
6. Incentivar a criação de cursos, nas comunidades, sobre o atendimento ao bebê e à mãe, com a colaboração de professores de ciências e profissionais de saúde de diferentes áreas.

**ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO SOBRE AS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES, PROFESSORES DE
CIÊNCIAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES, PROFESSORES DE CIÊNCIAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria de Lourdes Leôncio Chacon¹

Maria Marly de Oliveira, PhD²

Heloísa Flora Bastos, PhD³

Resumo

Este estudo tem como principal objetivo uma análise sobre as representações sociais de professores de Ciências do Ensino Fundamental II, profissionais de saúde do Programa Saúde da Família - PSF e mães sobre aleitamento materno na cidade do Recife-PE. Os procedimentos metodológicos adotados seguem a metodologia interativa e a fundamentação teórica foi baseada na Teoria das Representações Sociais. Assim procedendo, foi possível identificar que as representações dos professores do Ensino de Ciências, profissionais de saúde e mães são favoráveis a um melhor trabalho educativo quanto a importância do aleitamento materno.

Palavras-Chave: aleitamento materno, representações sociais, Ensino de Ciências

Abstract

This study aimed to investigate how sciences teachers from Ensino Fundamental II, health professionals from the Family Health Program (FHP) and mothers, in general, construct social images about the mother suckling. The methodology used is interactive and the theory was based on the studies about social images. The results point to the need of develop a systematic educational work about the importance of the mother suckling.

Key-words: mother suckling, social images, science teaching.

¹ Mestranda do programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências pela Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE. E-Mail: maylucha@yahoo.com.br

² Professora do Programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências pela Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE. E-Mail: mmarlyoliveira@uol.com.br

³ Professora do Programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências pela Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE. E-Mail: heloisafiorabastos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No contexto sócio-econômico da Região Nordeste, é possível constatar que as crianças que não são amamentadas com leite materno estão em risco constante de adoecerem devido à complexa associação de má nutrição, saneamento deficiente e infecções freqüentes. Partindo desse pressuposto, o aleitamento materno, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério do Brasil, é considerado como alimento fundamental para o desenvolvimento e crescimento das crianças, devido as suas inúmeras vantagens de ordem nutricional, imunológica, ecológica, econômica e psicológica (ZUCOLATTO; 1991.; COUTINHO, 1996).

Nessa perspectiva, buscamos estudar a temática do aleitamento materno, por abordar tanto questões ligadas à educação, quanto à saúde, e por acreditarmos e valorizarmos a relação educação - saúde. A educação e a saúde precisam caminhar juntas por serem necessidades básica e prioritária da população. Dentro desse contexto, esse artigo apresenta um estudo aprofundado sobre aleitamento materno, tomando-se como ponto de partida a observação em nossa prática profissional da incidência de adolescentes grávidas e mães - estudantes nas escolas públicas. Com este trabalho pretende-se buscar alguns subsídios que possam ajudar essas mães, visto ser possível discutir e analisar as *representações sociais* que os professores de ciências, profissionais de saúde e mães têm sobre o aleitamento materno, á luz da Teoria das Representações Sociais.

Devido aos benefícios que acarretam para o ser humano, a educação sobre aleitamento natural e suas vantagens deve ser colocada em todos os níveis. Os currículos escolares do ensino fundamental II e ensino médio omitem, as informações necessárias sobre o tema, embora haja uma recomendação da OMS (1979).

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN, 1998, p.245): *“O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida”*

e afirmam que a escola, mesmo sem assumir a tarefa de educação para a saúde, está continuamente submetendo os alunos a situações que lhes permitem confrontar e valorizar conhecimentos, princípios, práticas ou comportamentos saudáveis.

De acordo com a UNICEF (1999) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/ PNUD (1997), aceita – se mundialmente que a educação escolar contribui para a melhoria dos níveis de saúde da população, principalmente quando está relacionada à escolaridade feminina. Os vários estudos demonstram que além de reduzir a mortalidade infantil, melhora a nutrição, reduzindo o crescimento populacional, pois as mulheres, que constituem família mais tarde e têm a propensão de terem menos filhos, estes têm mais probabilidade de estudar. Como consequência dessa escolarização, as comunidades tendem a ter serviços de educação e saúde eficientes, de tal forma que os moradores são mais capacitados para atuarem e trabalharem.

A noção de representação social, a qual nos reportamos em nosso estudo, é a formulada por Moscovici, em 1961, e que vem ocupando um amplo espaço no campo das ciências humanas e sociais. Foi elaborada procurando estabelecer novas bases epistemológicas para a compreensão da relação sujeito/objeto. Esta teoria preocupa-se, fundamentalmente com a inter-relação entre o sujeito e o objeto e como se dá o processo de construção do conhecimento, ela desponta como uma nova maneira de interpretar o comportamento dos indivíduos e dos grupos sociais. Não é apenas formada por informações e crenças, mas também por regras (normas sociais), às quais o indivíduo está sujeito, o que não quer dizer que as representações sociais sejam sistemas fechados. Todavia, a escola como um espaço aberto a novos interesses pode favorecer a construção de representações sociais sobre aleitamento materno.

Segundo Minayo (1997, p.108), “as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam; portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais”. Compreender o que se manifesta nas palavras, nos sentimentos e condutas é o elemento que permitirá identificar as imagens, idéias e conceitos que os

professores de ciências, profissionais de saúde e mães têm sobre aleitamento materno.

A Teoria das Representações Sociais é um subsídio significativo para o estudo sobre aleitamento materno. Isso é possível, porque os seus fundamentos tratam de concepções que permitem captar as diferentes formas de articulação entre a experiência pessoal e a estrutura social, entre o indivíduo e a sociedade, e também, por gerarem saberes, práticas, valores e comportamentos que são privilegiados pelas pesquisas sociais.

OBJETIVOS

Dentro dessa perspectiva, este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar as representações sociais de professores do Ensino de Ciências, profissionais de saúde e mães sobre aleitamento materno.

E, como objetivos específicos:

- Identificar como os professores de Ciências, profissionais de saúde e mães constroem suas representações sociais sobre aleitamento materno.
- Analisar as fontes principais de informações para a construção dessas representações;
- Identificar se as representações construídas são favoráveis a uma sensibilização da *importância do aleitamento materno*.
- Verificar se as representações sociais sobre aleitamento materno dos professores de ciências estão relacionadas à sua prática pedagógica;

- Identificar os principais fundamentos e conceitos relativos ao aleitamento materno, presentes nas representações sociais de professores de Ciências, profissionais de saúde e mães-estudantes.

METODOLOGIA

Nossa pesquisa foi realizada junto a três grupos que compreendem: sete professores de Ciências do Ensino Fundamental II da rede pública do Estado de Pernambuco, sendo três professores da Escola do Centro Paroquial de Campo Grande, dois da Escola Embaixador Gilberto Amado e dois da Escola Professor Olívio Montenegro e sete profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) do Programa Saúde da Família (PSF) e sete mães estudantes dessas escolas localizadas na comunidade de Campo Grande e áreas circunvizinhas, totalizando, portanto, uma amostra de 21 pessoas.

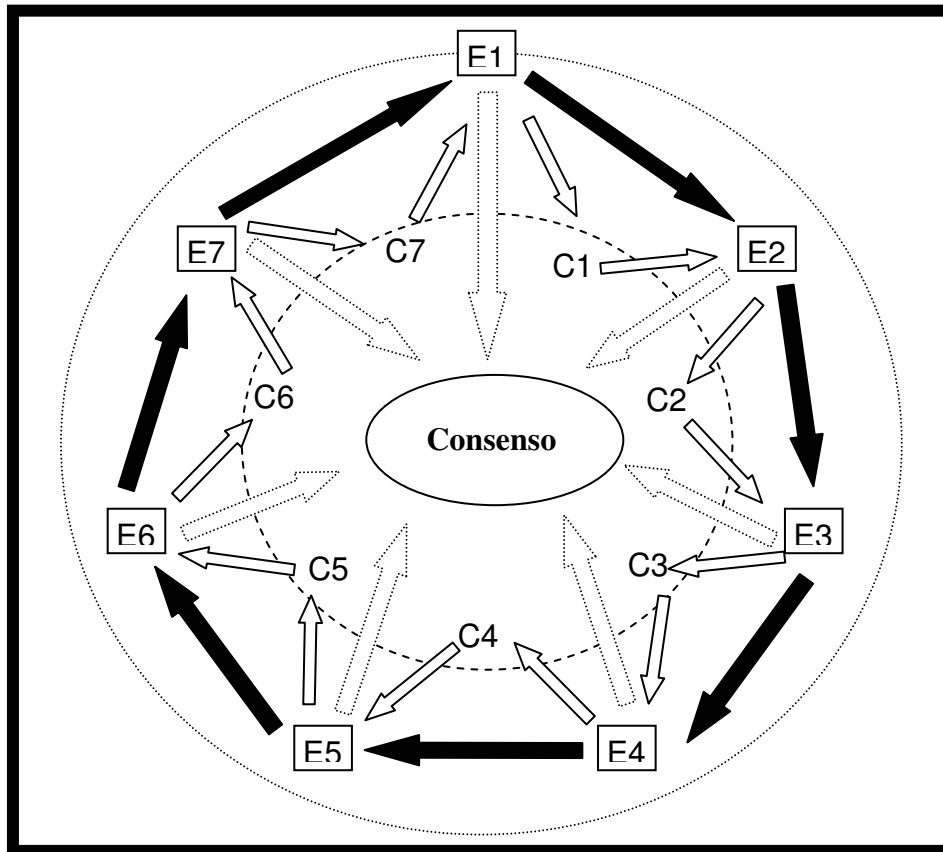
Para a realização deste estudo, optamos pela abordagem qualitativa, utilizando a *metodologia interativa*, por fornecer parâmetros para a pesquisa de campo e a análise dos dados. Segundo Oliveira (2005, p. 67), a metodologia interativa é um processo hermenêutico-dialético que facilita entender e interpretar a fala e depoimentos dos atores sociais em seu contexto, e analisar conceitos em textos, livros e documentos, em direção a uma visão sistêmica da temática em estudo.

Por se tratar de um processo dialético, essa metodologia nos permite realizar um estudo mais aprofundado sobre o tema do aleitamento materno. A escolha por este tipo de metodologia nos levou a realizar um estudo dentro de uma abordagem qualitativa. Segundo a autora, a metodologia interativa facilita entender a complexidade de problemas e hipóteses, bem como analisar a interação entre variáveis, compreender e classificar determinados processos sociais, oferecer contribuições para o processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos, e interpretação das particularidades do comportamento ou atividades dos indivíduos.

Para aplicação da metodologia interativa, utilizamos a técnica do círculo hermenêutico-dialético (CHD), conforme nos sugere Oliveira (2005), para estabelecer um maior diálogo entre pesquisador e pesquisados, visando realizar uma pré-análise dos dados. Também se justifica a utilização dessa técnica por permitir uma reconstrução da realidade através da fala dos entrevistados, uma troca de informações em que são constantes, os diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas. Segundo Guba e Lincoln (1989), a utilização do CHD permite que se chegue a um “consenso”, ou seja, a um entendimento mais próximo possível da realidade.

Para investigar as representações sociais dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães foram coletadas informações, através da realização de entrevistas com as mães, com a técnica do círculo hermenêutico-dialético e a aplicação de questionários com os professores, profissionais da área de saúde e mães. Os questionários foram aplicados, individualmente, respeitando-se a disponibilidade dos profissionais e das mães.

Para a entrevista realizada com as mães, foi utilizada uma adaptação na técnica do CHD realizada por Oliveira (1999). Essa adaptação visa acrescentar novos elementos, que auxiliem no procedimento metodológico e no entendimento do processo de construção, e interpretação hermenêutica de um determinado grupo, facilitando a comunicação entre as pessoas e os entrevistados. Ela consiste em fazer o registro em k-7 da primeira pessoa entrevistada e, após a transcrição, realizar a segunda entrevista utilizando o mesmo roteiro do primeiro entrevistado. Após o registro em k-7 do segundo entrevistado, informar ao mesmo o que disse o primeiro entrevistado e, assim sucessivamente, até que todos sejam entrevistados.



Fonte: Oliveira, 1999, p. 151.

Para analisar os dados coletados, através dos questionários dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães, bem como da aplicação da entrevista com as mães, utilizamos a técnica do Círculo hermenêutico Dialético-CHD, tomando como referenciais a *metodologia interativa* (OLIVEIRA, 2005), e a teoria das *representações sociais* proposta por MOSCOVICI (1961).

Nossa categorização de dados ficou assim delineada: o resultado das entrevistas com as mães foram organizados em dois grupos: como categorias gerais, temos o aleitamento materno e as representações sociais das entrevistadas; como *categorias empíricas*, trabalhamos a quantidade de filhos amamentados, tempo de amamentação, dificuldades em amamentar, discussão do tema em sala de aula, leite materno, significado do ato de amamentar, importâncias da amamentação-mãe e da amamentação-bebê, orientações sobre amamentação, conforme o quadro 2.

Quadro 2
Matriz Geral das Categorias Teóricas

ALEITAMENTO MATERNO	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
Categorias empíricas	Categorias empíricas
Quantidade de filhos amamentados	Leite materno
Tempo de amamentação	Significado do ato de amamentar
Dificuldades em amamentar	Importância da amamentação-Mãe
Discussão do tema em sala de aula	Importância da amamentação-Bebê
	Orientações sobre amamentação

Assim, com base nesses teóricos e mais precisamente em Oliveira (2005), passamos a identificar as categorias empíricas que emergem da pesquisa de campo como resultante das questões formuladas ou do roteiro das entrevistas, enquanto as *unidades de análise* significam o resultado da coletas de dados através da entrevistas realizadas. Ainda segundo essa autora, a análise de dados se processa de uma forma técnica e didática tomando-se como base as categorias identificadas durante a construção do marco teórico, que em nosso estudo está alicerçado no aleitamento materno e na teoria das representações sociais.

Os resultados obtidos são apresentados através do posicionamento das mães, constante na matriz geral das categorias (quadro 2). As respostas dos professores e profissionais de saúde foram descritas e os dados desses dois grupos contribuíram para as discussões das unidades de análise, oferecendo maiores subsídios para o entendimento de como as representações sociais desses grupos são construídas, segundo as principais fontes que as compõem. Essas informações enriquecerem os resultados da pesquisa, uma vez que o confronto de posicionamento dos professores e profissionais auxiliaram a identificar como as representações sociais das mães foram construídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Em nosso estudo, podemos destacar que as informações sobre aleitamento materno foram dadas, em sua maioria, às mães e professores, pelos profissionais de saúde, porém, essas informações ainda não são suficientes para uma efetivação do hábito de amamentar. Para isso, é importante que as informações sejam socializadas, repensadas ou até mesmo reconstruídas pelos diferentes grupos, possibilitando, que em qualquer uma dessas categorias, consiga-se tratar o tema com todo o interesse e respeito que é merecido.
- Ressaltamos que as representações sociais dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães, demonstraram em sua maioria, que a temática do aleitamento materno precisa ser mais discutida entre o grupo para ter mais chance de ser efetivada. Os resultados da pesquisa chamaram a atenção para a importância da discussão do tema em sala de aula, e a falta de apoio educativo pode contribuir com conhecimentos, atitudes e comportamentos que não são favoráveis à prática da amamentação.
- Um outro aspecto que identificamos em nosso estudo é que as representações sociais dos professores de Ciências não favorecem a uma melhor conscientização das mães, sobre a importância do aleitamento materno, uma vez que, essa temática, em sua maioria, não está atrelada à prática pedagógica dos professores. Apenas 14,28%, discutem em sala de aula. As representações sociais das mães sobre aleitamento materno, são taxativas, do tipo “É importante amamentar porque evita doenças”, notando-se pouca relação entre causa e efeito nos depoimentos das mães.
- Percebemos que seria interessante que um número maior de estudos sobre aleitamento materno fosse realizado no âmbito escolar. Mas para que isso aconteça, é fundamental que o professor perceba a importância do tema na vida dos alunos e da sociedade. Parcerias entre a escola e os profissionais de saúde poderiam favorecer a construção das representações sociais sobre

aleitamento materno, tanto por parte das mães, como por parte dos professores e profissionais.

- As representações sociais dos professores, não estão atreladas às práticas pedagógicas.
- Os conceitos ligados ao aleitamento materno presentes nas representações sociais das mães, estavam relacionados em sua maioria, a prevenção de doenças. Já os conceitos dos professores de ciências e profissionais de saúde, referiam-se a alimentação, defesa, vínculo afetivo e desenvolvimento da criança.
- As principais fontes para compor as representações sociais sobre aleitamento materno foram: a família, a mídia, conversa com amigos e vizinhos, a família, o médico e a maternidade.
- As representações sociais construídas pelas mães, professores de ciências e profissionais de saúde, em sua maioria, não são favoráveis a uma melhor sensibilização da importância do aleitamento materno.
- O aleitamento materno é uma prática social complexa, que não está sendo trabalhada em sala de aula, devido a uma inadequada representação social por parte dos professores de ciências, profissionais de saúde e mães.
- As mães, em geral, não conhecem a constituição do leite materno.
- As mães, em sua maioria, generalizam a importância do aleitamento materno, à prevenção de doenças.
- As mães, em sua maioria, não receberam informações para a preservação de sua saúde, mas em relação à saúde do bebê algumas informações foram discutidas.

- A inclusão da discussão do aleitamento materno, em sala de aula, representa uma das condições fundamentais para que possam ocorrer mudanças na prática pedagógica dos professores sobre o tema em questão, pois de acordo com Moscovici (1978, p.101), os professores não são transmissores neutros do conhecimento, haja vista que “o saber não existe para ser simplesmente transmitido; ele é transmitido com uma finalidade”. Desse modo, o aleitamento materno é uma proposta inovadora, dentro do contexto estudado, que pode possibilitar o professor inovar-se e rever a sua prática, no sentido de buscar maiores informações que possam contribuir na sua relação com os profissionais de saúde e mães. Acreditamos que o professor seja um facilitador da aprendizagem, que constrói, reconstrói, faz descobertas e, portanto, pode favorecer a inclusão do tema no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

COUTINHO, S. B. Aleitamento materno. In: SIMÕES, A.S. da et al. **Temas de neonatologia**. Recife: Ed. Universitária, 1996, p.1-19.

FRANCO, D.^a S.; SHIMO, A. K. K. Mulher, trabalho e amamentação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO. **Anais...** Salvador, BA, 2001.

GUBA, E. S. ; LINCOLN, I.S. **Fourth generation evalution**. Newbury Park: Sage, 1989.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris, Press Universitaires de France, 1961.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar 1978.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses**. Recife: Bagaço, 2003.174p.

OLIVEIRA, M.M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Bagaço, 2005.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. **Alegações maternas para o desmame**: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.385-90, 2003.

SANDRE-PEREIRA, G. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.457-66, abr./jun.2000.

ZUCOLATTO, F.; MARINO, W. T. **Alimentação do RN normal**. In: SEGRE, C. A. M. RN. São Paulo: SARVIER, 1991.p.38-42.

10. REFERÊNCIAS

AARTS, C. et al. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. **Pediatrics**, São Paulo, v.104, p.50, 1999.

ABRIC, J. A. **Pratiques sociales et representations**. Paris: PUF, 1994.

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

AKRÉ, J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN, 1994. 89p.

ALBERNAZ, E.; GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. **Supporting breastfeeding**: a successful experience. *Journal Human Lact*, v.14, p.283-285, 1998.

ALBUQUERQUE, K. A. **Avaliação da operacionalização dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno em “Hospitais amigo da criança na cidade do Recife”**. Dissertação de mestrado em saúde da criança e do adolescente, UFPE, 2003.

AL-DASHTI, A. A.; WILLIAMS, S.A.; CURZON, M. E. J. **Breastfeeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low** – fluoride levels in the water supply. *Community Dental Health*, v.12, p.42- 47, 1995.

ALLARD, D. **De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique**: trajet épistémologique. 1996. 280 f. Thèse (Doctorat em Sociologie) - Université du Québec à Montreal.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. O. Leite humano: qualidade e controle. Curso de extensão: fisiologia e patologia da lactação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA, 10.,1995, Natal. **Anais...**Natal:editora, 1995.

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. Amamentação: Um híbrido natureza-cultura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.71-75, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDRIATRICS. Intrapartum care. In: **Guidelines for perinatal care**. 4. ed. 1997.p. 93-125.

ARANTES, C. I. S. **Amamentação: visão das mulheres que amamentam**. **Jornal de Pediatria**, ano 4, n.71,p.195-202,1996.

ARAÚJO, M. F. M. A problemática do aleitamento materno: realidade brasileira. In: JÚNIOR, L.A.S. **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.247-251.

ARAÚJO, M. F. M. **Amamentação**: bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.61 –87 .

ARCOVERDE, D.Grupo origem. Disponível em <<http://aleitamento.org.br>>. Acesso em 12 dez. 2005.

ARMELLINI, P. A; GRECCO, S. P. **Alimentação do Rn**. In: SEGRE, C. A. M.; ARMELLINI; P. A. et al. RN. São Paulo: Sarvier, 1981. pt.6, p.61-86.

AUGUSTO, M. **A enfermeira e a desnutrição protéico-calórica**. In: Nóbrega, F.J. et al. Desnutrição intra-uterina e pós-natal. São Paulo, Panamed, 1981.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Trad. de Luís Antero Neto. Lisboa: Edições 70,1977.

BÍBLIA sagrada: edição pastoral. São Paulo: Paulus, 1999.

BRASIL, UNICEF. **Subsídios preparados pela OMS e UNICEF**. Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Tradutor: Camilo Roberto C.F. Costa. Brasília: 1980(a). 50p.

BRASIL. UNICEF. **Declaração, recomendações, relação de participantes. Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância**. Tradutor: Camilo Roberto C.F. Costa. Brasília: 1980(b). 99p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Governos estaduais/UNICEF. **Pesquisas estaduais de saúde e nutrição, 1989 –1991**. 1991

BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: temas transversais**. Brasília, 1998. p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Relatório preliminar. Versão 3. Brasília, 2000 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de avaliação das ações programadas/executadas em aleitamento materno no ano de 2000**. Brasília, 2000 b.

BRASIL. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: uma declaração conjunta OMS/UNICEF**. Genebra: OMS, 1989. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 1991.110 p.

BRASIL. **Resolução 31/92 do CNS/MS de 12.10.1992**: estabelecimento da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. Brasília: 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas de cúpula mundial em favor da infância**: avaliação da meia década 1990-1995. Brasília, DF: INAN/COMIM/MS, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal**. Brasília, 2001.

CARIAS,D., et al. Variaciones temporales la composición y aporte de macronutriente y minerales em leches maternas de mujeres venezolanas.**Archivos Latinoamericano de Nutricion**, v.4,n.2,1997.

CARVALHO, M.R. **Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil**. Nov. 1999. Disponível em: <http://aleitamento.med.br/dadossam.htm>>. Acessado em 24 abr.2004.

CARVALHO, M.R. **Pós - parto e amamentação**: dicas e anotações. São Paulo: Agora, 2001.

CARVALHO, M.R. Aleitamento materno. Disponível em: <<http://aleitamento.org.br>>. Acesso em 12dez. 2005.

CÉSAR, J. A. et al. Prescrição de chás para crianças menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. **Journal Pediatrics**, Rio de Janeiro, v.72, p.27-31, 1996.

CINGOLANI, E.H.; HOUSSAY, B. A. **Fisiologia humana de HOUSSAY**, 7. ed. Porto Alegre: Artmed,2004.

CHIZZOTTI, A. **A evolução em ciências humanas e sociais**. São Paulo, Cortez, 1991.

CLINIMATER. **Reprodução humana**. Website desenvolvido por Brasil Graph Design. Disponível em: <[http:// www.clinimater.com.br](http://www.clinimater.com.br)>. Acesso em: 12 dez. 2005.

COURANT, G.T. et al. **An evaluation of the breastfeeding content of select medical textbooks**. Washington DC: Georgetown University Medical Centre, 1993.

COUTINHO, S. B. Aleitamento materno. In: SIMÕES, A.S. da et al. **Temas de neonatologia**. Recife: Ed. Universitária, 1996.p.1-19.

COUTINHO, S.B. Aleitamento materno. In: SIMÕES, A. **Manual de neonatologia**. São Paulo: Medsi, 2002, p.1 –22.

CONSTANZO, I.S. **Fisiologia**. Tradução: Antônio José Magalhães da Silva Moreira, Adilson dias Salles, João Paulo Campos, Rio de Janeiro, 1997.

CRISIS. **En las prácticas de la alimentacion de los lactantes**. In: BERG, Alan; MUSCAT, J. Estudios sobre nutricion su importância em el desarrollo econômico. México, Ed. Limusa, Centro Regional de Ayda Técnica, Agencia para el Desarrollo Internacional, 1975, cap. 7. p. 117 - 136.

CRUZ, F.C.I. **Anatomia e fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DIAZ, E. M.; SARRÍA, M. C. G. **Lactância maternal y vitamina A**. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, v.11, n.1, p.58-60, 1997.

DURKHEIM, E. “**As regras do método sociológico**”. São Paulo: Abril, 1978. p. 71-156.(Pensadores).

ESTERIK, P. V. ; BUTLER, S. **Breastfeeding and the well-being of families**. Disponível em: <<http://bbs.elogica.com.br/aleitamento/acsheet5.htm>>, Acesso em: 09. set.1997.

ESTERIK, P. V. The cultural context of breastfeeding and breastfeeding policy. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v.17, n.4, p.422-432, dec. 1996.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999. 317p.

FRANCO, D. S.; SHIMO, A. K. K. Mulher, trabalho e amamentação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO, 7.,2001, Salvador. **Anais**.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.238-52, 2000.

GOLDEBERG, N. M, Adms E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate-not really a necessity. **Archives Diseases Children**, v.58, p.73-74, 1984.

GOLDMAN, A.S.; SMITH, W. host resistance factors in human milk. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v.82,n.6,p.1082-1090, june 1975.

GUBA, E. S. ; LINCOLN, I.S. **Fourth generation evolution**. Newbury Park: Sage, 1989.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 324p.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**, 10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HABICHT, J.P, DA Vanzo J, BUTZ WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? **American Journal Epidemiology**, Baltimore, v.123, p.279-290,1986.

HALL, B. Uniformity of human milk. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 32, p.304-312, 1979.

HOLLEN, B. K. **Attitudes and practices of physicians concerning breast feeding and its management**. *Environment Child Health*, v.22, p.288-293, 1976.

INSTITUTO DE GINECOLOGIA BRASILEIRO - I.G.B. **Desenvolvimento anatômico das mamas.** Instituto de Ginecologia Brasileiro. Disponível em: <http://www.iqb.es/ginecologia/atlas/mama/anatomia/malformaciones/desarrollo.htm>. Acesso em: 12 dez 2005.

INTERAGENCY GROUP ON BREASTFEEDING MONITORING. **Cracking the Code**, 1997.

JELLIFFE, D. B.; JELLIFFE, E.F.P. **Human Milk in Modern World.** Oxford: Oxford Medical Publications, 1978. 500p.

JELLIFFE, E. F. P. **Human Milk in Modern World.** Oxford: University, Press, 1979, p.28.

JENSEN, R. G. R. Lipids in human milk. **Lipids**, v.34, n. 12.1999.

KAPLOWITZ, D. D.; OSOLON, C. The effect of an education program on the decision to breastfeed. **Journal Nutrition Education**, v.15, p. 61-65, 1983.

KHATRY, S. K., et al. Epidemiology of xerophthalmia in Nepal. **Archives of Ophthalmology**, Chicago, v.113, p. 425-429, 1995.

KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde/INAM/PNIAM, 1994.

KURINIJ, N.; et al. **Does maternal employment affect breastfeeding?** American Journal Public Health, v.79, p.1247-1250, 1989.

LAMOUNIER, J.A., VIEIRA, G.O., GOUVÊA, L.C. **Aleitamento materno.** São Paulo: Atheneu 2001. p. 47-58.

LANA, A. P. B. **O Livro de estímulo à amamentação** - uma visão biológica, fisiológica e psicológica - comportamental da amamentação. São Paulo, 2001.

LANG, S.; LAWRENCE, C.J.; L'E ORME, R. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. **Archives Diseases children**, v.71, p.365-369, 1994.

LEÃO, M. S. M. S. **As representações sociais dos professores sobre a qualidade da educação**: um estudo de caso em escolas públicas de Pernambuco. 1996. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

LEGENDRE, R. **Dictionnaire actuel de l'éducation**. 2. ed. Montreal: Guér.in, Éditeur Limitée, 1993.

LEME, M. A. V. S. O impacto da teoria das representações sociais. In. SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento do cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LINS, C. P. S. B. **A escola e a escolarização**: a representação social de pais e alunos. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

CASTRO, L. L. C. **Representações de professores de ciências sobre formação continuada**: o caso do encontro pedagógico mensal da prefeitura da cidade do Recife. 2004. Dissertação (Mestrado em Ensino das Ciências) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

LOSCH, M.; et al. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. **The Journal Pediatrics**, Saint Louis, v.126, n.4, p.507-14, apr. 1995.

MAIA, N, S. **Représentations sociales de la folie par les familles des malades mentaux au nord-est du Brésil (le cas João Pessoa)**. École des hautes études em sciences sociales. 1999, Tese (Doutorado), Paris.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 14. São Paulo: Saraiva, 1997. 229p.

MAYANS, E.; MARTELL, M. Contol de calidad de la leche materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n.3, p. C 11-C 18. 1999.

MAYER, R.; OUELLET, F. **Méthodologie de recherche pour les intervenats sociaux**. Quebec: Gaetan Morin Éditeur, 1991.

MARCHIONI, D. M. L. **Alimentação no primeiro ano de vida**: prevalência de consumo de alimentos em dois centros de saúde do Município de São Paulo. 1999. 121f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MARQUES, N. M. et al. Breastfeeding and early weaning practices. **Northest Brazil: a longitudinal study**. **Pediatrics**, São Paulo, v.108, n.4, oct. 2001.

MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**. 2. ed. São Paulo, Sarvier, 1987.220p.

MATTAR, M. J. G. **Amamentar bom para o bebê e para a mãe**. Portal Estadão. **Jornal da Tarde**, São Paulo, 02 jul.2000. Disponível em: <<http://www.jt.estadao.com.br>>. Acesso em: 28 abr. 2002.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: 6. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC-BRASCO, 2004.

MONTEIRO, C. M. G. **The experiense of place**: a comparative study of favela, a public housing state and a middle class neighbourhood in Recife - Brazil. 1989. Tese (Doutorado) - University of Oxford, St. Antonys College.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris, Press Universitaires de France, 1961.

MOSCOVICI, S. La psychologie des représentations sociales. **Revue Européenne de Sciences Sociales**, v.14,n.38/39,p.409-416,1976.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Bewusste und unbewusste einflüsse in der kommunikation**. Zeitschrift für Sozialpsychologie, v.12,p. 93 -103, 1981.

MOSCOVICI, S. Les foules avant la foule. **Stanford French Review**, v. 7,p.151-174,1983.

MOSCOVICI, S. **Social representations**. Cambridge: CambridgeUniversity Press, 1984.

MOSCOVICI, S. Introducción el campo de la psicología social. In: **Psicología social**. Barcelona: Paídos,1989.

MOSCOVICI, S. **A máquina de fazer deuses: sociologia e psicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. Conflict and Consensus. Londres: Sage,1994.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org). **Textos em representação social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MOSCOVICI, S. Préface. In: Herzlich, C. ; **Santé et maladie**. Paris: Mouton, 1969.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.404p.

MOURA, C. **Amamentação**: Bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2001.p.61-87.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **Journal of Pediatrics**, São Paulo, v.126, p.125 - 129,1995.

NOBLAT, P. **Bebê pobre mama mais tempo**. Diário de Pernambuco, Recife, 5 nov. Caderno vida Urbana, p. 6,2000.

NÓBREGA, S. M. **As representações sociais**. Paris,1990.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária, 2001.

NORMA, O. O.; MARIA EUGENIA, F.; SOLEDADE, DE S. Significance of lipid consumption during lactation. **Rev. Invest. Clin**; v.48,n.6,p.473-8,nov -dez.1996.

NOVAK, F.R., ALMEIDA, J. A. G., SILVA, G. O, BARBA, L. M. **Colostro humano**: fonte natural de probiótico? *Jornal de Pediatria*. v.77, n.4, p.265-70, 2001.

OBREGÓN, P.L. **A prática da amamentação na região norte do município de Londrina-PR**. 2001. 120f. Tese (Doutorado do Departamento de Saúde Materno – Infantil) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, M. M. **Formação em associativismo e desenvolvimento local no Nordeste do Brasil**: a experiência de Camaragibe. 1999.320 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Sherbrooke, Sherbrooke (Quebec): Canadá.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses**. Recife: Bagaço, 2003.174p.

OLIVEIRA, M.M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Bagaço, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. REUNIÃO CONJUNTA SOBRE ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES E CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA, Anais... Brasília, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alimentação de lactentes e crianças na primeira infância**. Reunião conjunta OMS/UNICEF. Genebra: UNICEF, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989.32p.

PASCHOA, M.F. Pasteurização do leite materno: vantagens e desvantagens. **Higiene alimentar**. São Paulo, v.11,n.50,p.14-19,1997.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. **Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana**, v.115, n.3, p.185-94, 1993.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: an analytical overview. **American Journal of Public Health**, v.84, p.89-97, 1994.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal,socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. **Journal Nutritional**,Philadelphia, v.125, p.2972-2984,1995.

PICCIANO,M.F.Breastfeeding 2001,Part I: The evidence for breastfeeding. **Pediatric Clinics of North América**, v.48.n.1.Feb.2001.

PIERSE, P., AERDE, J. V., CLANDININ, M. T. Nutritional value of human milk. **Progress in Food and Nutrition Science**. New York, v.18, p. 5, 1998.

PRYOR, K. W. **A arte de amamentar**. São Paulo: Summus, 1981.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.385-90, 2003.

REA, M.F.; BERQUÓ, E. Impact of the Brazilian National breastfeeding programme on mothers in greater São Paulo. **Bulletin World Organization**, v. 68, p.365 - 371, 1990.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. S37-45,2003.

REGO, D, J. **Aleitamento materno**: um guia para pais e familiares. Atheneu, 2002.

RIGHARD, L.; ALADE, M.O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. **Birth**, v.9, p.185 -189,1990.

ROAZZI, A. Pesquisa básica em Psicologia Cognitiva e sua relação com a Psicologia Social. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.51,n.1,p.23-54,1999.

SÁ, M. O. de. **As vacas leiteiras**. 1980.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SAARINEM, U.M., KAJOSAARI, M. **Breastfeeding as prophylaxis atopic disease**: a prospective follow-up study until 17 yearsold. *Lancet*, London, v.346, p.1065-1069, 1995.

SACRAMENTO, P.T.M. Aleitamento materno e causas de desmame precoce – prática, conhecimentos e opiniões de professoras de ensino de 1º e 2º graus de escolas estaduais do município de São Paulo. 1996. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola Paulista de Medicina.

SALVIANO, S. **Revista do profissional de nutrição**, São Paulo, ano 12, n.67, p.10, jul./ago. 2004. Ano XII, nº67, julho/agosto, 2004. São Paulo, p.10.

SANDRE-PEREIRA, G. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.457-66, abr./jun.2000.

SGARBIERI, V.C. Nutrição e tecnologia de alimentos. **Boletim. SBCTA**, v.20, n.3/4,p.115-139,1996.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. 1990.302 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TAYLOR, A. **Monitoring the international code of marketing of breastmilk substitutes**: na epidemiological study in four countries. **Br Med J**, v.316, p.1117-1122, 1998.

UAUY. R., HOFFMAN. D. Necessidades de ácidos graxos essenciais em prematuros. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 71, p.245S-50S. 2000.Suppl.

UNICEF – Fundo da Nações Unidas para a Infância. **Saúde e nutrição das crianças nordestinas**. Pesquisas estaduais 1987 –1992. Fevereiro, 1992.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância: a nutrição em foco**. Brasília - DF, 1998.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância: liderança**. Brasília - DF, 2002.

UNGERER, R. L., MIRANDA, A.T.C. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n.1.p.5-10, jan./fev.1999.

VAN ESTERIK, P.; GREINER, T. Breastfeeding and women's work: constraints and opportunities. **Br J Fam Plann**, v. 15, p.127-135, 1981.

VICTORA, C.G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brasil. **Lancet**, Londres, v. 2, p.317-322, 1987.

VICTORA, C.G. et al. Factores associated with the duration of breastfeeding. **Acta Paediatrica**, v. 88, p.1320-1326, 1999.

VIRTANEM, S. et al. Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish Children. **Diabetes**. v.42, p.1786 - 1790, 1993.

WOOLRIDGE, M. W. Baby-controlled breastfeeding: biocultural implications. In: STUART-MACADAM, P.; DETTWYLER, K. A. (Ed.). **Breastfeeding**: biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter, 1995. p.217-242.

WOOLRIDGE, M. W. Problems of establishing lactation. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v. 17, n.4, p. 316 - 323, dec.1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva, 1998.

XAVIER, C. C.; JORGE, S. M.; GONÇALVES, A.L. Prevalência do aleitamento materno em recém – nascidos de baixo peso. **Revista de Saúde Pública**. v. 25, n.5, 1991.

ZUCOLATTO, F.; MARINO, W. T. **Alimentação do RN normal**. In: SEGRE, C. A. M. RN. São Paulo: SARVIER, 1991.p.38-42.

APÊNDICE A

Termo de consentimento e compromisso com a pesquisa

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Aleitamento Materno: Representações Sociais de Professores de Ciências, Profissionais de Saúde e Mães.

Pesquisadora responsável: Maria de Lourdes Leôncio Chacon.

Telefone para contato: 88052663

Pesquisa realizada sobre Aleitamento Materno: Representações Sociais de Professores de Ciências, Profissionais de Saúde e Mães. Esta pesquisa tem por objetivo identificar as representações sociais dos entrevistados, verificando como estão sendo construídas, quais as principais fontes de informação e se estão atreladas a conceitos científicos.

O período da pesquisa dar-se-á entre os meses de maio e junho de 2006, com a garantia do sigilo absoluto, confiabilidade e anonimato das informações aqui prestadas, assim como o direito do entrevistado de retirar seu consentimento a qualquer tempo durante o período de elaboração.

Assinatura do pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Concordo em participar da pesquisa sobre “Representações Sociais de Professores de Ciências, Profissionais de Saúde e Mães sobre Aleitamento materno”, após ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa pela investigadora.

Atesto não ter sido submetido a qualquer tipo de indução, coação, influência indevida, intimidação ou qualquer outro ato lesivo.

Recebi a garantia de que posso ausentar-me da pesquisa a qualquer momento, sem que isto implique em qualquer tipo de represália.

Local e data _____

Assinatura do sujeito responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha (não ligada à pesquisadora):

Nome: _____

APÊNDICE B

Modelo de questionário para os professores de ciências

Questionário / Professores

Prezado professor:

Este questionário é parte integrante de uma pesquisa de mestrado, que visa identificar as representações sociais de professores de ciências, profissionais de saúde e mães, sobre o aleitamento materno. Sua participação será de extrema importância para a realização deste trabalho. Desde já, agradecemos a sua participação. Obrigada!

Maria de Lourdes Chacon

QUESTIONÁRIO/PROFESSORES

1. Assinale em que faixa etária você se encontra

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de 15 a 18 anos | <input type="checkbox"/> de 30 a 33 anos |
| <input type="checkbox"/> de 18 a 21 anos | <input type="checkbox"/> de 33 a 36 anos |
| <input type="checkbox"/> de 21 a 24 anos | <input type="checkbox"/> de 36 a 39 anos |
| <input type="checkbox"/> de 24 a 27 anos | <input type="checkbox"/> de 39 a 42 anos |
| <input type="checkbox"/> de 27 a 30 anos | <input type="checkbox"/> Mais de 42 anos |

2. Assinale seu nível de instrução

- ensino fundamental I completo
- ensino fundamental I incompleto
- ensino fundamental II completo
- ensino fundamental II incompleto
- ensino médio
- ensino superior
- outros _____

3. Qual a sua profissão? _____

4. Em qual dessas alternativas está situada sua renda familiar?

- () Sem renda () Acima de 05 salários
() 01 salário () Variável
() 02 a 03 salários
() 04 a 05 salários

5. Quantos filhos você tem? _____

6. Você amamentou?

Sim () Não () Em parte ()

Justifique sua resposta

7. Em caso positivo, por quanto tempo?

8. Em caso negativo, por que não amamentou?

9. Recebeu orientação de como amamentar?

Sim () Não ()

10. Em que local foram dadas as orientações? _____

11. Quem foi o responsável por essas orientações? _____

12. Em linhas gerais, qual o conteúdo dessas orientações?

13. Ficaram dúvidas após as orientações recebidas?

Sim ()

Não ()

14. Quais foram?

15. Você discute a temática do aleitamento materno nas suas aulas?

Sim () De que forma? _____

Não () _____

16. Por que não?

Justifique sua resposta

17. É importante amamentar?

18. O que você sabe sobre leite materno?

19. Qual a fonte dessas informações?

20. Que sugestões você daria para as mães que encontram dificuldades em amamentar?

APÊNDICE C

Modelo de questionário para os profissionais de saúde

Questionário / Profissionais de saúde

Prezado profissional de saúde:

Este questionário é parte integrante de uma pesquisa de mestrado que visa identificar as representações sociais de professores de ciências, profissionais de saúde e mães sobre aleitamento materno. Sua participação será de extrema importância para a realização deste trabalho. Desde já, agradecemos sua participação. Obrigada!

Maria de Lourdes Chacon

1. Em que faixa etária você se encontra

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de 15 a 18 anos | <input type="checkbox"/> de 30 a 33 anos |
| <input type="checkbox"/> de 18 a 21 anos | <input type="checkbox"/> de 33 a 36 anos |
| <input type="checkbox"/> de 21 a 24 anos | <input type="checkbox"/> de 36 a 39 anos |
| <input type="checkbox"/> de 24 a 27 anos | <input type="checkbox"/> de 39 a 42 anos |
| <input type="checkbox"/> de 27 a 30 anos | <input type="checkbox"/> outros _____ |

2. Assinale seu nível de instrução

- ensino fundamental I completo
- ensino fundamental I incompleto
- ensino fundamental II completo
- ensino fundamental II incompleto
- ensino médio
- ensino superior
- outros _____

3. Qual a sua profissão? _____

4. Quantos filhos você tem? _____

5. Em qual dessas alternativas está situada sua renda familiar?

- () Sem renda () Acima de 05 salários
() 01 salário () Variável
() 02 a 03 salários
() 04 a 05 salários

6. Você amamentou?

Sim () Não ()

7. Em caso positivo, por quanto tempo?

8. Em caso negativo, por que não amamentou?

9. Recebeu orientação de “como amamentar”?

Sim () Não ()

10. Em que local foram dadas às orientações? _____

11. Quem foi o responsável por essas orientações? _____

12. Em linhas gerais, qual o conteúdo dessas orientações?

13. Ficaram dúvidas após as orientações recebidas?

Sim () Não ()

14. Quais foram?

15. Quem esclareceu suas dúvidas? _____

16. A questão do aleitamento materno foi discutida na sua Universidade ou curso de enfermagem?

Sim ()

Não ()

17. Você discute a temática do aleitamento materno com suas pacientes?

Sim ()

Não ()

Justifique sua resposta

18. É importante amamentar?

19. O que você sabe sobre leite materno?

20. Qual a fonte dessas informações?

21. Já participou de algum evento, curso ou capacitação sobre aleitamento materno?

() sim

() não

22. Costuma fornecer informações sobre aleitamento materno, necessárias à saúde da mãe e do bebê?

() sim

() não

23. Que sugestões você daria às mães que encontram dificuldades em amamentar?

APÊNDICE D

Modelo de questionário para as mães

Questionário / Mães

Prezada mãe:

Este questionário é parte integrante de uma pesquisa de mestrado que visa identificar as representações sociais, de professores de ciências, profissionais de saúde e mães, sobre aleitamento materno. Sua participação será de extrema importância para a realização deste trabalho. Desde já, agradecemos a sua participação. Obrigada!

Maria de Lourdes Chacon

1. Em que faixa etária você se encontra?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de 15 a 18 anos | <input type="checkbox"/> de 30 a 33 anos |
| <input type="checkbox"/> de 18 a 21 anos | <input type="checkbox"/> de 33 a 36 anos |
| <input type="checkbox"/> de 21 a 24 anos | <input type="checkbox"/> de 36 a 39 anos |
| <input type="checkbox"/> de 24 a 27 anos | <input type="checkbox"/> de 39 a 42 anos |
| <input type="checkbox"/> de 27 a 30 anos | <input type="checkbox"/> Mais de mais de 42 anos |

2. Assinale seu nível de instrução

- ensino fundamental I completo
- ensino fundamental I incompleto
- ensino fundamental II incompleto
- ensino fundamental II completo
- ensino médio
- ensino superior
- outros _____

3. Qual a sua profissão ou principal ocupação? _____

4. Renda familiar mensal (em salários mínimos)

- () Sem renda () Acima de 05 salários
() 01 salário () Variável
() 02 a 03 salários
() 04 a 05 salários

5. Quantos filhos você tem? _____

6. Você amamentou seu (s) filho(s)?

- Sim () Não () Em parte()

Justifique sua resposta

7. Em caso afirmativo, por quanto tempo seu (s) filho (s) foram amamentado(s)?

8. Em caso negativo, justifique o porquê de não ter amamentado.

9. Recebeu orientação de como amamentar?

- Sim () Não ()

10. Em que local foram dadas às orientações?

11. Quem foi o responsável por essas orientações?

12. Em linhas gerais, qual o conteúdo dessas orientações?

13. Ficaram dúvidas após as orientações recebidas?

Sim ()

Não ()

14. Quais foram suas dúvidas?

15. Quem esclareceu suas dúvidas?

16. Você estuda?

Sim ()

Não ()

17. Sua escola discute a questão do aleitamento materno?

Sim ()

Não ()

18. É importante amamentar?

19. O que você sabe sobre leite materno?

20. Qual a fonte dessas informações?

21. Que sugestões você daria às mães que encontram dificuldades em amamentar?

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista semi-estruturada para as mães

Dados do entrevistado

Faixa etária: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Número de filhos: _____

Esclarecimento dos objetivos da entrevista e da pesquisa.

Permissão para gravação das fitas.

1. Para você, o que é amamentar?
2. Quantos filhos você amamentou?
3. Por quanto tempo foram amamentados?
4. O que você sabe sobre leite materno?
5. Qual a importância da amamentação para a mãe e o bebê?
6. Sua escola discute a temática do aleitamento materno?
7. Quais suas principais dificuldades em relação à amamentação?
8. Que sugestões você daria às mães que encontram dificuldades em amamentar?

ANEXO A

Programa de Saúde da Família – PSF – Pernambuco

Quadro 14

Programa de Saúde da Família – PSF – Pernambuco

Região: Nordeste - % criança com aleitamento

Período: Jun/2000

Região UF	Nordeste %
Total	
Maranhão	58,61
Piauí	59,26
Ceará	61,61
Rio Grande do Norte	60,46
Paraíba	63,90
Pernambuco	60,26
Alagoas	55,94
Sergipe	53,78
Bahia	59,47

Fonte: Ministério da Saúde – sistema de informações da atenção básica - SIAB

ANEXO B

Programa de Saúde da Família – PSF

Quadro 15
Região Metropolitana do Recife
% criança com aleitamento
Período: Jun/2000

Município	Total	Município	Total	Município	Total	Município	Total	Município	Total
Abreu e Lima	42,95	Casinhas	52,46	Jucati	49,02	Salgueiro	58,94	Vitória de Santo Antão	31,15
Afogados da Ingazeira	57,63	Catende	41,51	Jupi	53,25	Saloá	46,38	Xexéu	33,75
Afrânio	63,89	Cedro	55,17	Jurema	37,50	Sanharó	51,82		
Agrestina	40,66	Chã de Alegria	37,80	Lagoa do carro	40,32	Santa Cruz	33,33		
Água Preta	33,93	Chã Grande	40,91	Lagoa do Itaenga	35,58	Santa Cruz da Baixa Verde	53,62		
Águas belas	61,03	Condado	50,00	Lagoa do Ouro	19,15	Santa cruz do Capibaribe	48,31		
Alagoinha	57,26	Correntes	53,85	Lagoa dos Gatos	59,46	Santa Filomena	66,67		
Aliança	39,45	Cortês	45,00	Lagoa Grande	67,31	Santa Maria da Boa Vista	73,88		
Altinho	63,92	Cumaru	45,83	Lajedo	59,73	Santa Maria do Cambucá	48,86		
Amaraji	30,77	Cupira	37,50	Limoeiro	47,44	Santa Terezinha	44,59		
Angelin	62,96	Custódia	43,98	Macaparana	40,37	São Benedito do Sul	53,33		
Araçoiaba	46,27	Dormentes	60,23	Machados	30,99	São Bento do Una	61,41		
Araripina	63,37	Escada	33,33	Manari	36,62	São Caitano	51,28		
Arcoverde	42,59	Exu	35,64	Maraial	35,71	São João	63,27		
Barra da Guabiraba	35,48	Feira Nova	40,58	Mirandiba	50,00	São Joaquim do Monte	47,06		
Barreiros	38,97	Ferreiros	28,57	Moreilândia	63,79	São José da Coroa Grande	54,72		
Belém de Maria	49,17	Flores	48,39	Moreno	35,00	São José do Belmonte	54,42		
Belém de São Francisco	53,91	Floresta	52,53	Nazaré da Mata	28,33	São José do Egito	54,55		
Belo Jardim	50,30	Frei Miguelino	57,97	Olinda	57,20	São Lourenço da Mata	61,04		
Betânia	44,00	Gameleira	53,66	Orobó	39,07	São Vicente Ferrer	29,85		
Bezerros	46,90	Garanhuns	43,23	Orocó	66,67	Serra Talhada	57,09		
Bodocó	51,46	Glória de Goitá	49,08	Ouricuri	48,03	Serrita	63,83		
Bom Conselho	41,63	Goiana	40,26	Palmares	46,13	Sertânia	47,20		
Bom Jardim	46,45	Granito	73,33	Palmeirina	46,88	Sirinhaém	46,36		
Bonito	74,90	Gravatá	60,50	Panelas	25,25	Solidão	61,11		
Brejão	34,29	Iati	32,08	Paranatama	65,33	Surubim	41,55		
Brejinho	50,00	Ibimirim	38,16	Parnamirim	56,19	Tabira	50,29		
Brejo da madre de Deus	36,90	Ibirajuba	55,56	Passira	37,04	Tacaimbó	27,08		
Buenos Aires	50,00	Igarassu	52,63	Paudalho	43,95	Tacaratú	36,21		
Buíque	60,15	Iguaraci	44,07	Paulista	56,94	Tamandaré	50,00		
Cabo de Santo Agostinho	43,30	Inajá	42,31	Pedra	37,04	Taquaritinga do Norte	29,79		
Cabrobó	52,17	Ingazeira	58,33	Pesqueira	87,32	Terezinha	50,00		
Cachoeirinha	47,95	Ipojuca	56,38	Petrolândia	41,00	Terra Nova	56,52		
Caetés	66,32	Ipupi	56,15	Petrolina	77,91	Timbaúba	35,62		
Calçado	51,85	Itaíba	49,32	Poção	51,43	Toritama	13,11		
Calumbi	64,86	Itamaracá	45,10	Pombos	62,50	Tracunhaém	47,83		
Camaragibe	61,22	Itambé	48,50	Primavera	32,69	Trindade	60,00		
Camocim de São Félix	51,09	Itapetim	83,05	Quipapá	51,28	Triunfo	74,29		
Camutanga	37,04	Itapissuma	32,08	Quixaba	53,49	Tupanatinga	46,63		
Canhotinho	40,20	Jaboatão dos Guararapes	50,92	Recife	58,06	Tuparetama	36,11		
Capoeiras	65,47	Jaueira	48,39	Riacho das Almas	71,43	Venturosa	53,33		
Carnaíba	44,83	Jataúba	52,03	Ribeirão	45,19	Verdejante	48,28		
Carnaubeira da Penha	52,54	Jatobá	37,10	Rio formoso	34,93	Vertente do Lério	60,61		
Carpina	37,39	João Alfredo	50,00	Sairé	48,05	Vertentes	47,69		
Caruaru	59,16	Joaquim Nabuco	41,79	Salgadinho	66,67	Vicência	30,12		

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação da Atenção básica - SIA

ANEXO C

Glossário de Termos

Glossário de Termos

Alimento: tudo que alimenta ou nutre.

Aleitamento materno: conjunto de processos-nutricionais, comportamentais e fisiológicos - envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial.

Aleitamento materno exclusivo (AME): o bebê não recebe nenhuma bebida ou alimento que não seja o leite materno, e nenhum tipo de chupeta ou bico artificial.

Alimentos complementares: alimentos diferentes do leite materno que o complementam, mas não o substituem.

Alvéolos: pequenas glândulas localizadas nas mamas que produzem leite.

Anemia: redução dos níveis de hemoglobina no sangue, para valores abaixo dos limites estabelecidos como normais, de acordo com a idade, sexo e condição fisiológica.

Aréola: área mais escura em volta do mamilo.

Banco de leite humano: centro especializado, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento, estocagem e controle de qualidade do leite humano, extraído artificialmente, para posterior distribuição, sob prescrição de médico ou nutricionista.

Bem-estar nutricional: estado orgânico em que as funções de consumo e utilização de energia e de nutrientes se fazem de acordo com as necessidades biológicas dos indivíduos.

Células mioepiteliais: camadas macias de músculos que envolvem os alvéolos e os ductos da mama.

Colite: Inflamação do cólon.

Colostro: o primeiro leite produzido nas mamas a partir do sétimo mês de gravidez.

Crescimento e desenvolvimento: o primeiro termo refere-se ao aumento de medidas corporais, como peso e altura. O segundo aplica-se ao aparecimento e aperfeiçoamento de funções, como linguagem, a habilidade motora, as funções cognitivas, a maturidade psíquica e outras.

Desmame: processo que se inicia com a introdução, de qualquer alimento, que não seja o leite materno na dieta da criança - incluindo os chás e a água - e que termina com a suspensão completa do aleitamento.

Desnutrição: termo genérico, usualmente empregado para discriminar deficiências nutritivas, referindo-se, principalmente, à desnutrição energético-protéica.

Dez passos para o sucesso do aleitamento: diretrizes desenvolvidas pelo UNICEF e a OMS, que protegem e promovem o aleitamento materno, em estabelecimentos que oferecem serviços materno-infantis e cuidam de recém-nascidos.

Diabetes: processo de intolerância à glicose, que se traduz, convencionalmente, na elevação do “açúcar” no sangue e sua presença eventual na urina.

Distúrbios nutricionais: são problemas de saúde decorrentes da má nutrição, ou seja, situações patológicas de etiologia nutricional.

Ducto lactífero: estrutura estreita, em forma de tubo, que transporta o leite materno até os mamilos.

Enterocolite: Inflamação do intestino delgado e grosso.

Glândulas de Montgomery: pequenas glândulas, localizadas na aréola, que ficam mais proeminentes na gravidez e segregam um fluido que lubrifica a área do mamilo.

Hiponatremia: Taxa exagerada de sódio no sangue.

Hospital “Amigo da Criança”: maternidade, que cumpre os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, preconizados pela OMS/UNICEF.

Imunoglobulina: grupo de proteínas que oferece imunidade, a saber, IgA, IgG, IgM.

Lactose: Açúcar do leite dos mamíferos.

Leite maduro: leite materno produzido após o colostro.

Mamar: ação de puxar a mama para dentro da boca, comprimir os seios lactíferos e retirar leite da mama através de movimentos peristálticos da língua.

Mastite: infecção da mama, que provoca maciez, vermelhidão e calor localizados. A mãe pode ter febre, sentir-se cansada ou nauseada, ou ter dor de cabeça.

Mecônio: primeiras fezes do bebê.

Nutrição: estado fisiológico, que resulta do consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular.

Ocitocina: hormônio que contrai as células localizadas ao redor do alvéolo, e empurra o leite para os seios lactíferos pelos ductos.

Prolactina: hormônio que faz com que os alvéolos produzam leite.

Reflexo da ejeção do leite: reflexo desencadeado pela sucção do bebê na mama, que aciona a liberação da ocitocina e provoca a contração das células mioepiteliais, ejetando o leite dos seios lactíferos.

Relactação: restabelecimento de uma produção adequada de leite, na mãe que sofreu uma perda acentuada da produção ou parou de amamentar.

Seios lactíferos: área mais avolumada dos ductos lactíferos, localizada abaixo da aréola.

Síndrome da morte súbita: morte inesperada e repentina de um bebê normal e saudável, durante o sono, e sem sinais físicos aparentes de doença. A origem é desconhecida.

Sucção: ação de puxar para dentro da boca, mediante a formação de um vácuo parcial com os lábios e a língua, como ao sugar um bico artificial.

ANEXO D

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989)

Todos os estabelecimentos, que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos, deveriam:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados da saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento, na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que as mães e bebês permaneçam juntos- 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sobre livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.