

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES DE SAÚDECarina Garcia Tatsch¹
Francisca Maria Assmann Wichmann¹**RESUMO**

O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento adequado do bebê. O objetivo do estudo foi problematizar a interferência de padrões socialmente condicionados, como crenças, mitos e tabus sobre a prática do aleitamento materno em gestantes atendidas em unidades de saúde do município de Vera Cruz-RS. O estudo é transversal, quantitativo e qualitativo. A amostra por conveniência foi constituída por 96 gestantes atendidas em duas unidades de saúde, no período de pré-natal, nos meses de março a abril de 2015. Utilizou-se um questionário semiestruturado, contemplando dados gestacionais e socioeconômicos, assim como as interferências positivas e negativas sobre a amamentação. Para a análise estatística foi aplicado o teste do qui-quadrado que verificou a associação entre idade, número de gestações, escolaridade, renda e mitos sobre o aleitamento materno. Referente à paridade, 52,1% (n=50) referiram que eram primigestas e 47,9% (n=46) multigestas; 91,7% (n=88) afirmaram que a prática da amamentação traz benefícios para a saúde da criança ou da mulher. Foram obtidos resultados estatisticamente significantes entre número de gestações, idade e crenças sobre o aleitamento materno. A identificação dos mitos sobre a prática da amamentação possibilita a formulação de políticas públicas voltadas para o aspecto educativo que facilitem a difusão de informações sobre os benefícios do aleitamento materno, além de oferecer às mães instruções sobre as técnicas adequadas de amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Gestantes. Tabu.

ABSTRACT

Problematizing the practice of breastfeeding in pregnant women attended in health units

Breast milk is the ideal food for proper growth and development of the baby. The objective of the study was to problematize the interference of socially conditioned patterns, such as beliefs, myths and taboos about the practice of breastfeeding in pregnant women attending health units in the city of Vera Cruz-RS. The study is cross-sectional, quantitative and qualitative. The convenience sample consisted of 96 pregnant women attending two health units in the prenatal period, in the months from March to April 2015. We used a semi structured questionnaire, covering pregnancy and socioeconomic data, as well as the positive and negative interference on the breastfeeding. For the statistical analysis we applied the chi-square test that analyzes the association between age, number of pregnancies, education, income and myths about breastfeeding. Refer to parity, 52,1% (n=50) reported that they was primigravida and 47,9% (n=46) multigravida; 91,7% (n=88) asserted that the breastfeeding benefits the health of the child or of the woman. Statistically significant results were obtained between number of pregnancies, age and beliefs about breastfeeding. The identification of the myths about breastfeeding allows the formulation of public policies for the educational aspect to facilitate the dissemination of information about the benefits of breastfeeding, and offers mothers instruction on the proper techniques of breastfeeding.

Key words: Breastfeeding. Pregnant women. Taboo.

E-mails dos autores:
carinag.garcia@gmail.com
francis@unisc.br

1-Universidade de Santa Cruz do Sul.

INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento adequado do bebê, visto que apresenta uma composição específica que se ajusta às necessidades nutricionais e as limitações fisiológicas e metabólicas do lactente (Passanha e colaboradores, 2013; World Health Organization, 2001).

Além disso, a amamentação beneficia a saúde da mulher, contribuindo para a involução uterina, perda gradual de peso (Santana, Brito e Santos, 2013), protege contra o câncer de mama e ovário, atua como método contraceptivo natural (Toma e Rea, 2008) e promove o vínculo afetivo entre mãe e filho, tendo em vista que para amamentar a nutriz adquire o costume de oferecer aconchego à criança (Tasushi, Tanaka e Machado, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida e complementado com outros alimentos até dois anos de idade ou mais da criança (Brasil, 2015; World Health Organization, 2001).

No Brasil, a prática da amamentação está em ascensão, uma vez que a pesquisa do Ministério da Saúde mostrou que a média de duração do Aleitamento Materno (AM) aumentou de 296 para 342 dias, assim como o AME que passou de 23,4 para 54,1 dias, durante o período de 1999 a 2008.

No entanto, mesmo com o aumento dos níveis de prevalência e duração do AM, estes ainda estão muito aquém da recomendação da OMS, principalmente o AME (Machado e colaboradores, 2014).

Sabe-se que tal prática é socioculturalmente condicionada (Lins e Terrengui, 2010), visto que a decisão do ato de amamentar ou não o bebê, depende da importância atribuída a esta prática que é influenciada pelas informações transmitidas culturalmente através do relacionamento avó, mãe e filha (Antunes e colaboradores, 2008).

Diante da importância da prática do AM, é fundamental conhecer todas as variáveis que possam, eventualmente, interferir de forma negativa no momento de interação entre a nutriz e seu filho (Chaves, Lamounier e César, 2007).

São inúmeras as causas que levam ao desmame precoce, as mães se abstêm desse ato muitas vezes por motivos estéticos como a preocupação e o cuidado com o corpo, problemas relacionados com a mama, tabus, a entrada da mulher no mercado de trabalho, entre outros (Santana, Brito e Santos, 2013).

Considerando os benefícios do AM para a saúde da criança e da mulher (Toma e Rea, 2008), o presente estudo teve como objetivo problematizar a interferência de padrões socialmente condicionados, como as crenças, mitos e tabus sobre a prática do AM em gestantes atendidas em unidades de saúde do município de Vera Cruz-RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. O município de Vera Cruz-RS possuía 109 gestantes cadastradas no SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) no período de início da pesquisa, sendo que destas, 96 gestantes constituíram a amostra por conveniência, abrangendo 88,07% da população.

A coleta de dados ocorreu em duas Unidades Básicas de Saúde que são referências em atendimento de pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), durante os meses de março a abril de 2015.

Foram incluídas no estudo as gestantes atendidas no serviço de pré-natal desse período, de acordo com a aceitabilidade e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No caso das gestantes adolescentes, o TCLE foi assinado pelas mesmas e pelos responsáveis. Foram excluídas da amostra as gestantes que não compareceram na consulta médica do pré-natal durante o período da pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas dirigidas, utilizando um questionário semiestruturado, contendo 23 questões fechadas e cinco questões abertas, elaborado pela pesquisadora, cujas respostas foram manuscritas no protocolo da pesquisa.

A entrevista foi realizada no intervalo entre as consultas médicas do pré-natal e de forma individual com as gestantes, assim garantindo a privacidade das mesmas.

As variáveis de dados gestacionais e socioeconômicos correspondem à idade, etnia, estado civil, número de gestações, idade gestacional, escolaridade e renda familiar.

Avaliou-se a intenção de amamentar o bebê, bem como os motivos facilitadores para a prática da amamentação, tais como: os benefícios e a importância do AM, assim como a diferença do leite materno do início e do final da mamada.

Analisou-se a interferência do uso de chupeta e/ou mamadeira na continuidade do AM, assim como, se ao retornar ao trabalho, se a crença dos seios flácidos e se devido às rachaduras nos seios as gestantes teriam a pretensão de deixar de amamentar. Além disso, indagou-se sobre o mito do leite fraco, o incentivo da família em relação à prática da amamentação, o tempo pretendido de AME e de AM.

Neste estudo, foram utilizadas as seguintes categorias de AM preconizadas pela OMS (WHO, 1991):

- Aleitamento materno exclusivo: quando o bebê recebe somente o leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro alimento, com exceção de gotas de xarope de vitaminas, minerais ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe o leite materno e também água ou bebidas à base de água, tais como: suco, chá e soro de reidratação oral;
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe o leite materno e os alimentos semissólidos, inclusive o leite não humano;
- Aleitamento materno: quando a criança recebe o leite materno, independente de receber ou não outros alimentos.

Para a análise das variáveis qualitativas, as narrativas foram organizadas em planilhas eletrônicas que permitiram categorizar as respostas semelhantes das gestantes das seguintes variáveis: os motivos pelos quais as gestantes acreditavam que o seu leite é fraco, as razões pelas quais as mães alegaram que deixariam de amamentar quando retornassem ao trabalho e devido às rachaduras nos seios, do mesmo modo, os relatos sobre a contribuição do uso de chupeta e/ou mamadeira para o desmame precoce e também sobre o relato dos benefícios do AM.

As variáveis quantitativas foram categorizadas e tabuladas sob a forma de planilhas eletrônicas, para isso utilizou-se o programa Microsoft Excel for Windows versão 2010. Em seguida, os dados quantitativos foram transferidos para um banco de dados no programa Statistical Packag for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para a análise estatística.

A análise dos dados quantitativos incluiu a distribuição de frequência das variáveis estudadas, teste do qui-quadrado para medir a significância estatística das diferenças entre proporções, os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo nº 40559514.5.0000.5343.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 96 gestantes, com idade média de $24,72 \pm 6,92$ anos, sendo que 49,0% (n=47) encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos. Em relação à etnia, 67,7% (n=65) declararam ser brancas, quanto ao estado civil, 43,8% (n=42) afirmaram ter união estável. Referente ao número de gestações, 52,1% (n=50) referiram que eram primigestas e 47,9% (n=46) multigestas (Tabela 1), destas a média de filhos por gestante foi $1,86 \pm 1,18$ e 40,6% (n=39) das mulheres estavam no terceiro trimestre gestacional.

Quanto à escolaridade, 41,7% (n=40) das gestantes relataram ter o ensino fundamental incompleto. Observou-se que 67,7% (n=65) possuíam renda familiar menor que dois salários mínimos.

Das gestantes avaliadas, a intenção de não amamentar ou ter dúvida em relação à adesão ao AM teve duas referências de gestantes primigestas.

Quanto aos motivos facilitadores para a amamentação, observou-se no relato das gestantes (Tabela 2), que 91,6% (n=88) afirmaram que há benefícios para a saúde da criança ou da mulher.

Ressalta-se que 52,1% (n=50) das gestantes consideraram que o leite materno do início da mamada é diferente do leite do final da mamada. As multigestas detêm maior entendimento desta questão ($p=0,04$).

Já em relação aos motivos observados nas gestantes que dificultam a prática do AM, o estudo mostrou que 52,1% (n=50) referiram à introdução da chupeta e/ou mamadeira, alegando as seguintes justificativas: “No momento que der a mamadeira o bebê vai desistir do peito” e “Chupeta não, mas mamadeira acredito que sim, a sucção é

diferente”, sem alteração significativa entre as gestantes (p=0,09) e 27,1% (n=26) relatam o fator estético, “seios flácidos”, demonstrando associação (p=0,03), visto que as multigestas tem o maior conhecimento sobre este mito que circunda à prática da amamentação e uma gestante primigesta referiu que deixaria de amamentar por este motivo.

Tabela 1 - Características gestacionais e socioeconômicas das gestantes atendidas em duas unidades de saúde, Vera Cruz-RS, Brasil, 2015.

Variáveis	Primigestas		Multigestas		p
	n	%	n	%	
Idade					
12 a 19 anos	24	48,0	1	2,2	0,001
20 a 29 anos	24	48,0	23	50,0	
30 a 40 anos	2	2,0	22	47,8	
Etnia					
Negra	8	16,0	8	17,4	0,57
Branca	35	70,0	30	65,2	
Amarela	1	2,0	0	0,0	
Parda	5	10,0	8	17,4	
Indígena	1	2,0	0	0,0	
Estado civil					
Solteira	14	28,0	11	23,9	0,61
Casada	11	22,0	15	32,6	
União estável	24	48,0	18	39,1	
Divorciada	1	2,0	1	2,2	
Viúva	0	0,0	1	2,2	
Trimestre gestacional					
Primeiro trimestre	15	30,0	10	21,7	0,61
Segundo trimestre	15	30,0	17	37,0	
Terceiro trimestre	20	40,0	19	41,3	
Número de filhos					
1 filho	50	100,0	0	0,0	0,001
2 a 4 filhos	0	0,0	43	93,5	
≥ 5 filhos	0	0,0	3	6,5	
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	19	38,0	21	45,7	0,08
Ensino fundamental completo	5	10,0	11	23,9	
Ensino médio incompleto	12	24,0	3	6,5	
Ensino médio completo	11	22,0	9	19,5	
Ensino superior incompleto	3	6,0	1	2,2	
Ensino superior completo	0	0,0	1	2,2	
Renda familiar					
< 2 salários mínimos	32	64,0	33	71,7	0,84
2 a 3 salários mínimos	6	12,0	5	10,9	
≥ 4 salários mínimos	2	4,0	1	2,2	
Não sabe	10	20,0	7	15,2	
Total	50	100,0	46	100,0	

Verificou-se que 12,5% (n=12) das gestantes deixarão de amamentar quando retornarem ao trabalho, conforme os relatos: “... vai para a creche ...” e “Quando começar a trabalhar vou dar na mamadeira” e 8,3% (n=8) responderam que deixariam de amamentar

devido às rachaduras nos seios, alegando que “Dói muito” e “Por esse motivo deixei de amamentar”.

No que diz respeito aos mitos e tabus que podem influenciar na prática da amamentação, 28,1% (n=27) referiram que

acreditam na existência de leite materno fraco, o que foi mais relatado pelas primigestas, embora que as demais também relataram, tendo associação ($p=0,009$), assim como a idade materna interferiu no nível de conhecimento.

As gestantes na faixa etária de 30 a 40 anos tiveram um maior entendimento ($p=0,009$) e 12,5% ($n=12$) responderam que imaginam que o seu leite possa ser fraco,

conforme as alegações: "... não tenho ainda" e "Sou nova".

Quanto ao incentivo da família ao AM, 80,2% ($n=77$) afirmaram que recebem apoio, 44,8% ($n=43$) declararam que pretendem amamentar exclusivamente até os seis meses de vida da criança, enquanto que 31,3% ($n=30$) relataram a intenção de amamentar até os 24 meses ou mais.

Tabela 2 - Motivos observados nas gestantes que facilitam a prática do aleitamento materno, Vera Cruz-RS, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Saúde da criança		
"A criança cresce mais saudável ..."		
"Melhora a saúde do bebê ..."		
"É bom para a saúde ..."		
"É bom para a saúde ..."	35	39,8
"Bom para o crescimento e desenvolvimento"		
"O desenvolvimento da criança ..."		
"Saúde do bebê ..."		
Fatores de proteção do leite materno		
"A criança nunca tem dor de ouvido..."	22	25,0
"Evita doenças e infecção no intestino"		
Composição nutricional do leite materno		
"Toda mãe produz o leite ideal para o seu filho"	16	18,2
"O leite materno é o melhor leite"		
Benefícios para a saúde da mãe		
"Para a mulher ajuda a emagrecer"	4	4,5
"Para o meu bem-estar"		
Experiência anterior		
"... as minhas crianças nunca ficavam doentes"	3	3,4
"... a que eu amamentei é mais forte ..."		
Não sabiam	8	9,1
Total	88	100,0

Legenda: n = somente as gestantes que afirmaram que há benefícios a amamentação.

DISCUSSÃO

As gestantes eram jovens, quanto ao estado civil a maior proporção relatou ter união estável e serem casadas, sendo que mais da metade eram primigestas. Estes achados corroboram com o estudo de Santana, Brito e Santos (2013) uma vez que 68% das gestantes eram primigestas e 52% eram casadas.

Em relação aos dados socioeconômicos, 41,7% ($n=40$) das participantes tinham o ensino fundamental incompleto e 1,0% ($n=1$) o ensino superior completo. Quanto à renda familiar, apenas 3,1% ($n=3$) possuíam maior que quatro salários mínimos. Portanto, a população com

maior poder aquisitivo e escolaridade, tendem a não valorizar o SUS, e por isso, as unidades de saúde abrangem a população mais carente e com menor escolaridade, o que corrobora com outro estudo que mostrou resultado semelhante, apenas 4% tinham o ensino superior e 12% renda maior que três salários mínimos (Santana, Brito e Santos, 2013).

Constatou-se inexistência de associação significativa entre escolaridade, renda familiar e mitos sobre a prática do AM, o que difere de Machado e colaboradores (2014) que afirma que a escolaridade materna tem sido apontada como favorável à obtenção de conhecimento durante a assistência do pré-natal.

A maioria das gestantes, o que corresponde a 97,8% (n=94) relatou a intenção de amamentar, 1,1% (n=1) admitiu que não pretende amamentar e 1,1% (n=1) ainda não tomou a decisão. Em um estudo realizado com 164 gestantes da cidade de São Paulo, 98,2% demonstraram a pretensão de amamentar, 1,2% reconheceram que não desejam amamentar e 1,2% não tinham ainda decidido (Tasushi, Tanaka e Machado, 2008).

No que se refere à crença que a amamentação deixa os seios flácidos, 65,6% (n=63) das participantes referiram que não acreditam, 27,1% (n=26) citaram que acreditam e 7,3% (n=7) não souberam responder, sendo que uma gestante deixaria de amamentar por este motivo.

Houve associação entre o número de gestações e a crença que o AM deixa os seios flácidos (p=0,03), uma vez que as multigestas têm maior entendimento, pois a presença de filho anterior pode representar maior oportunidade de aprender pela prática e pelo conhecimento obtido anteriormente durante a orientação do pré-natal (Machado e colaboradores, 2014).

Desta maneira, a imagem que a gestante tem do seu corpo pode interferir na prática do AM, de modo que quando essa percepção é negativa, que amamentar provoca flacidez nos seios, tornando-os feios, pode contribuir para o insucesso da amamentação (Marques, Cotta e Priore, 2011).

Em torno de 28,1% (n=27) das gestantes consideraram que existe leite materno fraco e 85,4% (n=82) responderam que não imaginam que o seu leite possa ser fraco, sendo que 12,5% (n=12) admitiram que o seu leite é fraco e 2,1% (n=2) não souberam responder, ressaltando os seguintes motivos: "Por causa da alimentação ruim", "Não sustentava a filha o leite materno, precisava do leite artificial" e "Tem predisposição de ser". As multigestas e as gestantes na faixa etária de 30 a 40 anos detêm um maior conhecimento (p=0,009).

Em um estudo realizado com 31 gestantes e 70 nutrízes no município de Teixeira-MG, 51,5% (n=52) das entrevistadas afirmaram que acreditavam no mito do leite fraco, 38,6% (n=39) disseram não acreditar, enquanto que 9,9% (n=10) não souberam responder, observou-se que as mulheres que receberam orientação acerca do AM, durante

o pré-natal possuíam menos chance de responder que o leite é fraco (Campos e colaboradores, 2011).

Na perspectiva biológica, toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade necessária ao crescimento e desenvolvimento adequado do seu filho (American Academy of Pediatrics, 2005).

Com relação à composição do leite materno, 20,8% (n=20) das gestantes consideraram que o leite materno do início da mamada é igual ao leite do final da mamada, enquanto que 52,1% (n=50) reconheceram que é diferente e 27,1% (n=26) não souberam responder. As multigestas detêm significativamente maior entendimento desta questão (p=0,04), ao contrário do estudo de Santana, Brito e Santos (2013) que mostrou que as primigestas tiveram um maior conhecimento.

As gestantes ao serem questionadas sobre os benefícios da amamentação, 91,6% (n=88) afirmaram que há vantagens, 6,3% (n=6) reconheceram que não existem benefícios e 2,1% (n=2) não souberam responder. Das gestantes que relataram que há vantagens, 39,8% (n=35) acreditavam nos benefícios para a saúde da criança, conforme os relatos: "Saúde do bebê" e "Um bom desenvolvimento".

No estudo realizado por Sandre-Pereira e colaboradores (2000) a expressão do desejo materno de amamentar sempre apontava para a saúde da criança, pois era acompanhada pelas seguintes justificativas: "É importante para o bebê", "É melhor para o bebê", demonstrando que o foco da amamentação está centralizado na criança e a mulher fica em segundo plano.

Os fatores de proteção do leite materno foram lembrados por 25,0% (n=22) das mães, conforme alguns relatos: "A criança nunca tem dor de ouvido...", "Para aumentar a imunidade" e "Evita doenças e infecção no intestino". O leite materno oferece várias vantagens para o lactente, diminuindo a incidência de infecções respiratórias, diarreia, meningite bacteriana, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário, morte súbita, diabetes tipo 1 e tipo 2, linfomas, leucemia, doença de Hodgkin, excesso de peso, hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica e asma (American Academy of Pediatrics, 2005).

A composição do leite materno foi citada como uma das vantagens da amamentação, sendo relatado por 18,2% (n=16) das participantes, que alegaram: “Toda mãe produz o leite ideal para o seu filho”, “O leite materno é o melhor leite” e “Muita vitamina”. O leite materno é indiscutivelmente o melhor alimento para a manutenção da saúde da criança nos primeiros seis meses de vida, pois oferece todos os nutrientes necessários para o crescimento adequado do lactente (Santos, Soler e Azoubel, 2005).

Os benefícios para a saúde materna forma reconhecidos por 4,5% (n=4) das participantes, tendo as seguintes respostas: “Para mim emagrecer mais rápido”, “Para a mulher ajuda a emagrecer” e “Para o meu bem-estar”. Para a mulher, há menor sangramento pós-parto, diminuindo a probabilidade de ter hemorragia e, por conseguinte a incidência de anemia. Reduz a prevalência de câncer de mama, ovário e endométrio, bem como a incidência de osteoporose e acelera a perda de peso pós-parto (Baptista, Andrade e Gonçalves, 2009).

Quanto à experiência anterior, 3,4% (n=3) das gestantes multigestas referiram que: “A minha que só mamou no peito, nunca ficou doente”, “... as minhas crianças nunca ficavam doentes” e “... a que eu amamentei é mais forte...”. A experiência bem-sucedida em relação ao AM do filho anterior predispõe a mulher a amamentar um novo bebê durante mais tempo e de forma exclusiva, ou seja, a experiência prévia se apresentou como um dos motivos favoráveis para amamentar o próximo filho (Tasushi, Tanaka e Machado, 2008).

Em relação à interferência do uso de chupeta e/ou mamadeira na prática do AM, 52,1% (n=50) afirmaram que acreditam, obtendo-se as seguintes respostas: “Se acostuma com a mamadeira, não quer mais o peito”, “... a minha não quis mais”, “... a sucção é diferente”. A introdução de chupetas desde o nascimento, o uso de mamadeira, a crença em tabus e mitos têm-se mostrado entraves que influenciam direta ou indiretamente a amamentação. Destaca-se também que as crianças que usam chupeta ou mamadeira mamam com menos frequência, o que pode prejudicar a produção do leite, por conseguinte é considerado um fator determinante para o desmame precoce (Campos, 2011).

Observou-se que 87,5% (n=84) das gestantes não deixarão de amamentar quando retornarem ao trabalho, enquanto que 12,5% (n=12) pretendem deixar de amamentar, de acordo com os seguintes relatos: “Não vai ter como eu ir amamentar, moro longe” e “Quando começar a trabalhar vou dar na mamadeira”. Um estudo realizado com 946 puérperas em Michigan e Nebraska (EUA), durante as primeiras 12 semanas após o parto, mostrou que o retorno da mãe ao trabalho foi responsável por 58,0% do abandono da amamentação, ou seja, a inserção da nutriz no mercado de trabalho é um dos fatores de risco para o desmame precoce do lactente (Brasileiro e colaboradores, 2012; Soares e colaboradores, 2003).

Neste estudo, 8,3% (n=8) responderam que deixariam de amamentar por causa das rachaduras nos seios, conforme os relatos: “Por esse motivo deixei de amamentar” e “Deve doer”. Ramos e Almeida (2003) apresenta as rachaduras nos seios como a segunda alegação para o desmame precoce, considerando a fala como critério classificatório: “Sei que ele mamou tanto que feriu e hoje eu vou fazer o quê...”.

Quanto ao incentivo da família ao AM, 80,2% (n=77) afirmaram que recebem apoio, sendo que as mães das gestantes são responsáveis por 59,7% (n=46) do incentivo, enquanto que o marido ou companheiro representa 33,8% (n=26). Em um estudo, 85,7% das mulheres receberam informações das suas mães, sogras e avós, que se por um lado demonstram apoio e suporte psicológico deixando a mulher mais confiável (Santana, Brito e Santos, 2013), por outro este conhecimento é permeado por crenças, mitos e tabus que podem determinar a continuidade ou não dessa prática (Frota e colaboradores, 2009).

O estudo mostrou que 44,8% (n=43) das gestantes declararam que pretendem amamentar exclusivamente até os seis meses de vida da criança e 31,3% (n=30) relataram a intenção de amamentar até os 24 meses ou mais. Em um estudo realizado com 170 puérperas no município de Pelotas-RS, o tempo médio de AM pretendido pelas mães foi menor que o preconizado pela OMS, ou seja, de forma exclusiva até os seis meses e complementado com outros alimentos até dois anos ou mais (Machado e colaboradores, 2014).

Uma limitação do estudo é a falta de acompanhamento das gestantes para comparar a pretensão das mesmas durante a gestação e o que foi realmente feito durante o período de lactação.

CONCLUSÃO

A identificação das crenças, mitos e tabus sobre a prática da amamentação é importante para o planejamento e formulação de políticas públicas voltadas para o aspecto educativo que facilitem a difusão de informações sobre a importância e as vantagens do AM, além de oferecer às mães instruções a respeito das técnicas adequadas de amamentação e das estratégias para conciliar esta prática com os outros papéis desempenhados pela mulher na sociedade.

Ressalta-se a importância de que os profissionais de saúde, que prestam atendimento para as gestantes, estejam imersos na realidade das mesmas para conseguir desmistificar as crenças já consolidadas que influenciam de forma negativa na prática da amamentação.

REFERÊNCIAS

- 1-American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the of human milk. Pediatrics. Vol. 2. Num. 2. 2005. p. 496-506.
- 2-Antunes, L. S.; Antunes, L. A. A.; Corvino, M. P. F.; Maia, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 13. Num. 1. 2008. p. 103-109.
- 3-Baptista, G. H.; Andrade, A. H. H. K. Gonçalves, G. S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 25. Num. 3. 2009. p. 596-604.
- 4-Brasileiro, A. A.; Ambrosano, G. M. B.; Marba, S. T. M.; Possobon, R. F. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. Revista de Saúde Pública. Vol. 46. Num. 4. 2012. p. 642-648.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 20/12/2017.
- 6-Campos, A. A. O.; Ribeiro, R. C. L.; Santana, L. F. R.; Castro, F. A. F. C.; Reis, R. S.; Oliveira, C. A.; Cotta, R. M. M. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. Revista Médica de Minas Gerais. Vol. 21. Num. 2. 2011. p. 161-167.
- 7-Chaves, R. G.; Lamounier, J. A.; César, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. Jornal de Pediatria. Porto Alegre. Vol. 83. Num. 3. 2007. p. 241-243.
- 8-Frota, M. A.; Mamede, A. L. S.; Vieira, L. J. E. S.; Albuquerque, C. M.; Martins, M. C. Práticas culturais sobre o aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 43, Num. 4. 2009. p. 895-901.
- 9-Lins, A. H.; Terregui, L. C. S. Mitos e tabus sobre o aleitamento materno. Revista de Enfermagem UNISA. Vol. 11. Num. 2. 2010. p. 87-89.
- 10-Machado, A. K. F.; Elert, V. W.; Pretto, A. D. B.; Pastore, C. A. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 19. Num. 7. 2014. p. 1983-1989.
- 11-Marques, E. S.; Cotta, R. M. M.; Priore, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciência & saúde coletiva. Vol. 16. Num. 5. 2011. p. 2461-2468.
- 12-Passanha, A.; Benício, M. H. D'A.; Venâncio, S. I.; Reis, M. C. G. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. 47. Num. 6. 2013. p. 1141-1148.
- 13-Ramos, C. V.; Almeida, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.

Jornal de Pediatria. Vol. 79. Num. 5. 2003. p. 385-390.

Recebido para publicação em 05/01/2018
Aceito em 11/03/2018

14-Santos, V. L. F.; Soler, Z. A. S. G.; Azoubel, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Vol. 5. Num. 3. 2005. p. 283-291.

15-Sandre-Pereira, G.; Colares, L. G. T.; Carmo, M. G. T.; Soares, E. A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 16. Num. 2. 2000. p. 457-466.

16-Santana, J. M.; Brito, S. M.; Santos, D. B. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. O Mundo da Saúde. São Paulo. Vol. 37. Num 3. 2013. p. 259-267.

17-Soares, M. E. M.; Giugliani, E. R. J.; Braun, M. L.; Salgado, A. C. N.; Oliveira, A. P. A. P. R. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro). Vol. 79. Num. 4. 2003. p. 309-316.

18-Takushi, S. A. M.; Tanaka, A. C. A.; Gallo, P. R.; Machado, M. A. M. P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. Revista de Nutrição. Campinas. Vol. 21. Num. 5. 2008. p. 491-502.

19-Toma, T. S.; Rea, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol. 24. Num. 2. 2008. p. 235-246.

20-World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Assembly. 2001.

21-World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO/CDD/SER [online]. 1991 [acesso em: 29 abr. 2015]. 16p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14.pdf?ua=1>. Acesso em: 15/12/2017.