

Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família

CULTURAL PRACTICES ABOUT BREASTFEEDING AMONG FAMILIES ENROLLED IN A FAMILY HEALTH PROGRAM

PRÁCTICAS CULTURALES SOBRE AMAMANTAMIENTO MATERNO ENTRE FAMILIAS REGISTRADAS EN UN PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA

Mirna Albuquerque Frota¹, Ana Lúcia e Silva Mamede², Luiza Jane Eyre de Souza Vieira³, Conceição de Maria de Albuquerque⁴, Mariana Cavalcante Martins⁵

RESUMO

Objetivou-se identificar as práticas culturais em relação ao aleitamento materno entre famílias cadastradas em um PSF. Estudo descritivo, exploratório, realizado em Pentecoste, Ceará, com 15 mães que demonstraram algum fator restritivo ao aleitamento. A coleta de dados ocorreu por meio de observação direta e entrevista semiestruturada e, após análise, emergiram as categorias empíricas: prazer em amamentar e prevenção de doenças; influência da família/comunidade; e dificuldade em manter a amamentação. As mães verbalizaram dificuldades na prática da amamentação, ausência de um suporte adequado do serviço de saúde que envolva fatores não somente biológicos, mas no âmbito social e cultural. Conclui-se que há distanciamento entre o discurso científico e as práticas culturais do dia-a-dia dessas famílias.

DESCRIPTORIOS

Aleitamento materno.
Cultura.
Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the cultural practices about breastfeeding among families enrolled in a Family Health Program (FHP). This exploratory study was performed in the city of Pentecoste (Ceará, Brazil), with 15 mothers who showed some restrictive factor for breastfeeding. Data collection was through direct observation and semi-structured interviews. The analysis revealed empirical categories of pleasure in breastfeeding and the prevention of diseases; influence from family/community; and the difficulty to sustain breastfeeding. The mothers reported difficulties related to the practice of breastfeeding, a lack of adequate health service support involving not only biological but also social and cultural factors. There is a disconnection between the scientific discourse and families' everyday cultural practices.

KEY WORDS

Breast feeding.
Culture.
Family Health Program.

RESUMEN

Se objetivó identificar las prácticas culturales en relación al amamantamiento materno entre familias registradas en un PSF. Estudio descriptivo, exploratorio, realizado en Pentecoste, Ceará, con 15 madres que demostraron algún factor restrictivo al amamantamiento. La recolección de datos ocurrió por medio de observación directa y entrevista semiestructurada y, después del análisis, emergieron las categorías empíricas: placer en amamentar y prevención de enfermedades; influencia de la familia/comunidad; y dificultad en mantener el amamantamiento. Las madres verbalizaron dificultades en la práctica del amamantamiento, ausencia de un soporte adecuado del servicio de salud que contenga factores no solamente biológicos, y si también del ámbito social y cultural. Se concluye que hay un distanciamiento entre el discurso científico y las prácticas culturales de lo cotidiano de esas familias.

DESCRIPTORIOS

Lactancia materna.
Cultura.
Programa de Salud Familiar.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. mirnafrota@unifor.br ² Pedagoga. Especialista em Educação em Saúde Pública, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. anasilva@fortalnet.com.br ³ Enfermeira. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. janeeyre@unifor.br ⁴ Enfermeira. Mestre em Educação em Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Enfermeira do Núcleo de Atenção Médico Integrado - NAMI. Fortaleza, CE, Brasil. conceicaoalbuquerque@yahoo.com.br ⁵ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. Bolsista CAPES. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. marianaenfermagem@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Na esfera da saúde, a tentativa de reorganizar a Atenção Primária na década passada resultou no Programa Saúde da Família (PSF), coordenado e financiado pelo Ministério da Saúde, desde 1994, como uma das principais estratégias estruturantes para o Sistema Único de Saúde (SUS). O Ceará iniciou a implantação do PSF ainda em 1994, em 20 municípios, com 81 equipes, encontrando-se atualmente em 184 municípios, com 1.525 equipes, representando 100% dos municípios cearenses e 56% de cobertura populacional⁽¹⁾.

O modelo de saúde da família, segundo o Ministério da Saúde⁽²⁾, pretende enfatizar ações de promoção, proteção e recuperação à saúde dos indivíduos com origem no seu núcleo familiar, no próprio local de moradia, criando um vínculo mais permanente entre a equipe de saúde e a população sob sua responsabilidade e contribuir para a democratização do conhecimento, na trajetória de consolidar o conceito de saúde como exercício de cidadania.

Alguns aspectos desse modelo de atenção, contudo são questionados, principalmente em se tratando de estudos demonstrativos da maneira como essa estratégia se encontra influenciada por práticas tradicionais e distantes do contexto familiar. Os valores culturais, as crenças, os mitos e a visão de mundo do usuário necessitam ser compartilhados com a equipe de saúde que está se propondo a reorientar o seu foco de atenção, para consolidar o modelo de vigilância à saúde.

Essa visão solicita entendimento e respeito cultural, abordagens antropológicas e congruentes com a vida familiar e a realidade sanitária do usuário. Ressalta-se que, apesar do significado positivo do PSF, em muitos municípios, não há elo entre o programa e o cotidiano das famílias, ocasionado pelo tênue vínculo entre o profissional e a comunidade.

Sabe-se que a mortalidade infantil possui estreita relação com práticas culturais, e apesar de tender ao declínio, este indicador de saúde, no Brasil, ainda exibe taxas significativas quando comparadas com países desenvolvidos.

Em 2001, a Taxa de Mortalidade Infantil brasileira foi de 28,7/1.000 nascidos vivos; no mesmo ano, no Chile, a mortalidade foi de 10/1.000; na Argentina, de 18/1.000 e no Paraguai, de 24/1.000. No Brasil, a Região Nordeste mantém a maior taxa, com 39/1.000 nascidos vivos em 2004; no Ceará, em 2000, esta foi de 38,1/1.000 e em 2004, 29,4/1.000 de acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), apresentando variações significativas entre os municípios⁽¹⁾.

De acordo com as estatísticas do SIAB⁽¹⁾, a mortalidade infantil em regiões do Nordeste brasileiro, principalmente no Ceará, foi reduzida consideravelmente. Nessa perspec-

tiva, é imprescindível efetivar ações educativas que tenham na sua gênese a compreensão sociocultural da população atendida e o conhecimento do perfil epidemiológico.

Estudos científicos mostram que em sua maioria crianças amamentadas, exclusivamente nos primeiros meses de vida, crescem bem e saudáveis, reduzindo significativamente a taxa de morbimortalidade infantil, pois o aleitamento é reconhecido desde as antigas civilizações tendo como uma de suas qualidades mais relevantes a prevenção das doenças, como também o favorecimento do vínculo entre mãe-filho. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade da amamentação até o segundo ano de vida, sendo exclusiva nos primeiros seis meses, e manutenção do aleitamento materno, acrescido de alimentos complementares, até os dois anos de vida ou mais; no entanto, apesar dos comprovados benefícios do aleitamento, programas governamentais no Brasil não conseguiram atingir essas recomendações⁽³⁻⁴⁾.

A interrupção precoce da amamentação ainda prevalece, ocorrendo de forma significativa, justificando as inadequadas condições de vida da maioria das crianças brasileiras, principalmente quando se refere à alta morbimortalidade infantil, ressaltando-se que parte do processo de desmame ocorre nas primeiras semanas de vida do bebê⁽⁵⁻⁶⁾.

A mortalidade infantil possui estreita relação com práticas culturais, e apesar de tender ao declínio, este indicador de saúde, no Brasil, ainda exibe taxas significativas.

Em ações que abordam o problema da mortalidade infantil, naturalmente, deve haver o envolvimento da família na promoção e acompanhamento do desenvolvimento infantil, devendo ser priorizadas ações referentes à melhoria de atenção e cuidado das crianças, englobando conhecimentos, práticas, atitudes e comportamentos que contribuem para a sobrevivência, variando de conformidade com as crenças, valores e costumes⁽⁷⁾.

Os programas de saúde direcionados às crianças, formulados e implementados em todos os níveis de governo, ainda não dão visibilidade e nem efetividade das ações relacionadas aos cuidados familiares; o que se percebe é a existência de pouco estímulo para o fortalecimento dessa prática. Possivelmente possamos inferir que, ao se associar este cuidado às atividades domésticas do dia-a-dia, a sociedade ainda não lhe atribui um valor real e que faz a diferença na manutenção da saúde infantil. Sabe-se, contudo, que este cotidiano familiar inclui o cuidado e este expressa uma realidade culturalmente construída. A literatura preconiza que o cuidado revela um sentido das práticas que por sua vez são permeadas pelos costumes, pelas concepções e pelas transformações culturais⁽⁸⁾.

A interface cultural das práticas relacionadas à amamentação repercute nas condições de saúde da criança, mãe e família, e a aproximação do contexto cultural dessas famílias em situação de aleitamento, pelo profissional de saúde, favorece uma prática culturalmente competente. Nesse sentido, a pesquisa identifica as práticas culturais em rela-

ção ao aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa Saúde da Família, no Ceará.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório⁽⁹⁾ realizado em Pentecoste, município do Ceará. Este possui seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) sendo uma delas no Bairro Pedreiras, *locus* do estudo, com 1.131 famílias cadastradas. Localizado a 85 km ao oeste de Fortaleza, Pentecoste tem 32.742 habitantes, com 725 deles menores de um ano. Esse município foi escolhido porque apresentou uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), em 2002, de 21/1000 nascidos vivos, predominando as doenças infecciosas e parasitárias como causas dos óbitos⁽¹⁾.

Os sujeitos do estudo foram 15 mães de crianças menores de um ano cadastradas na UBSF do bairro Pedreiras, que se dispuseram a participar, espontaneamente, após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, isenção de riscos, benefício de se discutir sobre a importância do aleitamento materno para a saúde da criança, bem como a garantia do anonimato das informações por elas prestadas, configurando-se o cumprimento da Resolução nº 196/96⁽¹⁰⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza com o parecer de nº 278/2004.

Os dados foram coletados pela observação, registro em diário de campo e aplicação de entrevistas semi-estruturadas sendo gravadas e posteriormente transcritas proporcionando melhor categorização dos resultados. Essas ocorreram nas residências das mães e foram direcionadas para identificar as práticas relacionadas ao aleitamento materno e suas peculiaridades.

Os dados foram analisados à luz do pensamento de Minayo que aponta três finalidades: compreensão dos dados, confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa; respostas às questões formuladas e ampliação do conhecimento sobre o assunto, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte⁽⁹⁾. Dessa análise resultaram as categorias empíricas: prazer em amamentar e a prevenção da doença; opinião e influência da família/comunidade e dificuldade em manter a amamentação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas três categorias empíricas, são apresentados os principais elementos significativos no processo do ato de amamentar e fatores culturais que podem influenciar tal ação, baseada na realidade das informantes, que estão assim identificadas: Mãe 1, Mãe 2, Mãe 3... Mãe 15.

1ª Categoria empírica: Prazer em amamentar e a prevenção da doença.

Foi possível identificar o fato de que a amamentação se traduz como um ato de amor materno, mas, sobretudo um

sentimento de imposição, atributo socialmente determinado às mães. Pode-se perceber que os mitos e as crenças sobre o valor nutricional do leite materno se encontram enraizados na prática e discursos dessas mães.

Eu nunca tinha amamentado, ela é a primeira, porque meu primeiro menino não mamou... Tenho bastante leite, ela mama muito, acho que meu leite não é bom, é fraco... ela quer mamar toda hora (Mãe 1).

Eu sei que o leite materno é bom, já vem completo, não precisa de água e é só questão de incentivar. Mas comigo não funcionou muito, não vinha leite, eu botava ele para chupar e quando terminava ele ficava chorando com fome (Mãe 10 e 15).

A literatura expressa que os obstáculos são inúmeros, como os mitos, crenças e tabus internalizados por essas mães, durante sua formação cultural, no que diz respeito ao aleitamento materno, tais como produção insuficiente de leite; leite fraco; choro do filho; prejudica a estética corporal; provoca dor nos mamilos; há ingurgitamento mamário, e assim por diante^(5-6,11).

A decisão da mãe de amamentar está relacionada, além de decisões pessoais, ao valor atribuído pela sociedade a este ato. No entanto, esta opção pessoal e a sua manutenção são influenciadas por aspectos psicológico, social, econômico e cultural. Apreende-se que o ato de amamentar é mais relacionado ao cumprimento de uma obrigação social do que resultado de uma escolha racional, motivada por convencimento pessoal das vantagens e benefícios do aleitamento para a mãe, criança, família e Estado.

Nos primeiros dias, o peito doía muito! Às vezes eu pensava de desistir! Agora quando tá chegando a hora de mamar, o peito começa a encher, é muito boa a sensação, é maravilhosa (Mãe 2).

A amamentação... é o alimento mais importante pra uma criança, porque... evita a criança adoecer, evita muitas coisas sabe, eu acho que tem que dar o peito (Mãe 3).

O leite materno é muito bom pra criança, e por enquanto ele ainda tá amamentando, mas ele num tá muito gostando só da amamentação, ele acha pouco. Aí eu to complementando com outro leite, o NAN... (Mãe 4).

A prática da amamentação ao seio, de certa forma, *representa* como a sociedade concebe os papéis culturais, os pontos de vista sobre a maternidade, o modo de cuidar do filho e da doença, assim como a compreensão da dinâmica de família. Embora a amamentação seja um processo biologicamente determinado é fortemente condicionada por fatores socioculturais. Neste estudo, as mães manifestaram saber a importância do aleitamento materno para a criança, indicando nos discursos o reconhecimento do valor do leite como alimento que previne doenças na infância e fase adulta.

Cuidar da criança pra não adoecer. E... pra não acontecer nada de ruim. Criança que só mama fica alegre e, e... tem

criança que não mama, fica doentinha, diarreia, adoece e vai parar no hospital (Mãe 5).

Ele não tem defesa nenhuma no organismo, o aleitamento materno vai servir tanto agora, como mais na frente. Dificulta pegar alguma doença, é... melhor pra ele (Mãe 2).

Mesmo estando comprovada a relação do ato de amamentar com a diminuição da incidência de doenças infecciosas e a redução da mortalidade infantil, observa-se que a prevalência do aleitamento materno diminuiu em muitas partes do mundo, por motivos sociais, políticos, econômicos e culturais⁽⁴⁾.

A maioria dos relatos pertinentes ao conhecimento sobre a amamentação elegeu a criança como a única beneficiada pelo ato de amamentar, associando-o, na maior parte, apenas as propriedades do leite materno na prevenção de doenças. Contudo, não foram apontadas as vantagens psicossociais dessa prática para a construção e fortalecimento de vínculos entre o binômio, mãe-filho e, sobretudo, não foram mencionados os fatores socioculturais que interferem, de algum modo, para o êxito da amamentação. Essa compreensão reducionista demonstra a significativa influência do modelo higienista na prática do aleitamento materno como fenômeno natural que garante saúde, em detrimento do vínculo afetivo que se estabelece, tão importante para a saúde emocional da criança.

Diante da realidade supracitada, uma pesquisa bibliográfica de evidências científicas acerca da demanda da assistência da amamentação e a vivência nesse processo, evidenciou a dificuldade vivenciada pelas mães em amamentar, descrevendo que a mulher se sente cobrada pela sociedade no que diz respeito ao ato de amamentar, dessa forma, entende essa prática como uma obrigação materna e não como benefícios mútuos, mãe e filho, no qual o profissional da saúde tem a missão de disseminar tais conhecimentos com uma visão não somente biológica e sim envolvendo a nutriz em todas as dimensões do ser mulher⁽¹²⁾.

Embora o valor do leite materno para a saúde da criança seja inquestionável, a prática do aleitamento reflete a atitude da mulher diante da vida e recebe influências de variados fatores, tanto de ordem social, econômica, cultural, como emocional. Neste contexto, o emprego da amamentação não ocorre de forma satisfatória, contribuindo, assim, para a sua interrupção precoce.

2ª Categoria empírica. Influência da família/comunidade.

Nessa categoria, foi possível perceber a dualidade da influência de outros agentes no cenário da amamentação, tanto de forma positiva, como negativa. Estudo realizado em Fortaleza – Ceará, envolvendo sete adolescentes, verificou que, na maioria das vezes, são os *mais velhos*, como mãe e avó, que influenciam na hora da amamentação, haja vista que o cuidado do filho é um ensinamento que passa de geração para geração, em que se preservam os costu-

mes e se inserem novas crenças e valores caracterizados como *cuidado cultural da família*⁽¹³⁾.

Ela pelejou pra dá mingau a nenê, não quis, porque se acostumou desde o começo a mamar? Tem gente que diz que isso é ruim. Meu marido disse que enquanto ela tiver querendo, estiver matando a fome dela (Mãe 6 e 15).

Todos me dão apoio, carinho, ninguém é contra não. Ninguém queria que eu desse o leite, só o peito, mas eu não agüentei. Por isso eu dei mingau, só isso. Eu me sentia assim fraca, me dava muita tontura... Muita gente dizia que era porque eu dava de mama (Mãe 7).

A vivência das mulheres revela ser o ato de amamentar um processo complexo que demanda aprendizado e apoio por parte de seus componentes familiares, de profissionais, instituições de saúde e do Estado. A amamentação precisa ser reconstruída na família, de modo a ampliar o conhecimento, identificando-a como somatório de saberes, fruto de aspectos biológicos, sociais, econômicos e políticos⁽¹⁴⁾. Assim, será possível constituir um processo mais consistente e eficiente para a prática do aleitamento materno.

A minha sogra, diz, que é para dá um mingau a essa menina, mas ainda tô embromando, pra num dá mingau, dou leite de gado. Com o leite de gado e o peito, não vou dá massa, o pai, diz: *E esse peitão aí?* Em compensação os vizinhos mandam eu dá leite, pois não é o suficiente. Eu acho que o leite do peito e o de gado tá servindo, né? Que ela é uma menina calada, passa o dia quietinha assim, só chora mesmo pra comer, eu acho que é o suficiente (Mãe 3, 9 e 11).

Percebe-se, pelas falas das mães, que o ato de amamentar resulta de experiências individuais sendo marcado pelo ambiente de cada mulher. Os conhecimentos e a vivência materna, da sogra, da irmã, avó e do vizinho são repassados como exemplos, conselhos e ensinamentos, com discursos ora favoráveis ora contrários à amamentação. Este conhecimento oriundo do senso comum é permeado por tabus, mitos e crenças, determinando, assim, a continuidade ou não dessa prática.

Ao se investigar sobre a influência das avós no suporte ao aleitamento, encontrou-se um estudo desenvolvido em Florianópolis, com 11 avós, que identificou a influência direta destas, no processo de amamentação vivenciado pela mulher que amamenta, colaborando para que as filhas ou noras se sintam mais seguras e confiantes ao aleitarem, uma vez que receberão cuidados, apoio e incentivo de suas mães e pais, adquirindo deste modo, experiências mais positivas que serão transmitidas futuramente⁽¹⁵⁾.

Assim, a unidade de saúde tem como um dos objetivos a reorientação dos modelos assistenciais de atenção e reestruturação dos serviços públicos, centrada na promoção da saúde. Esta se torna evidente mediante ações que são desenvolvidas diretamente com as famílias na consecução de melhorias nos indicadores de saúde das mesmas. Dentre essas ações, salientam-se as estratégias utilizadas

no desenvolvimento de uma consciência crítica com vistas à mudança de comportamento, minimizando a existência dos fatores que influenciam, negativamente, na prática do aleitamento materno.

Minha mãe, quer que eu dê mingau a ela, a minha sogra, mais o pai quer que eu dê de mamar a ela direto... Mas eu acho que ela não está se fartando não, pois chora, eu boto ela nos meus seios, mas ela não se farta. Aí, no primeiro dia, eu dei o leite a ela, dei mingau assim que ela chegou do hospital, né? Até hoje to dando mingau e de mamar (Mãe 1).

Sabe-se que é possível diminuir o índice do desmame precoce desde que haja políticas que favoreçam a dinâmica da vida de mães nutrizes. Desse modo, vislumbra-se, também, a diminuição da morbimortalidade infantil, sendo o leite materno um forte aliado, acrescido de outras medidas de cunho político, econômico, social e cultural.

Em 2001, o artigo Aleitamento Materno e as crenças alimentares⁽¹⁶⁾ abordou a influência dos alimentos culturalmente conhecidos como produtores de leite, lactogogos, na prática do aleitamento materno, por meio de estudo de caso com três mães residentes na cidade de Ribeirão Preto, no qual detectou-se que todo ser humano tem tradição cultural, crenças e valores estabelecidos de acordo com o contexto em que está inserido, isto é, tem sua subjetividade. As vezes nos esquecemos da importância da cultura, para cumprirmos modelos impostos, mediante de normas ditadas.

3ª Categoria empírica. Dificuldade em manter a amamentação.

Os relatos das mães asseveraram que, apesar da orientação/informação, sobre aleitamento materno, recebida na unidade de saúde ou divulgada na mídia, a experiência da prática da amamentação revelou ser um momento de conflito entre as orientações recebidas e a vivência. Nesta afloram os mitos, o medo, a insegurança e as dificuldades, ainda fortemente atrelados ao senso comum.

Passei a dá mingau, meu leite era fraco, e num sustenta, ela começava a chorar, só o leite do peito não tava enchendo a barriguinha dela... e dou três vezes, de manhã, a tarde e uma a noite e ele come bem, dorme mais, né? (Mãe 1 e 13).

Quando eu dou de mamar direto sinto fraqueza, tontura [...] mama muito deixa a gente fraca, mas tem que continuar, se a gente não dá de mamar a criança, fica fraca e adoce (Mãe 5).

Nos primeiros meses é difícil, meus seios ficaram muito grande, cheios de leite, feridos, teve que esgotar, eu não queria nem dá de mamar, doía demais! Mas agora eu me acostumei, graças a Deus, num dói mais, mas empalha muito a gente (Mãe 3)

Na busca de estratégias em prol da melhoria dos índices de aleitamento materno, detectou-se uma pesquisa⁽¹⁷⁾ que avaliou o grau de implantação de uma estratégia de Incenti-

vo ao Aleitamento Materno (IAM) em Olinda (PE), no qual defende uma tese que evidencia a importância da existência de Programas de IAM inseridos nos Programas de Saúde da Família, contendo vários contextos, tal como: incentivo precoce ao aleitamento materno exclusivo, orientações no pré-natal por meio de práticas educativas, orientação alimentar para o desmame, dentre outras práticas educativas e, não somente, orientações no período puerperal.

As falas evidenciaram a necessidade de apoio às mães, ressaltando as questões relacionadas à amamentação para que se considerem os aspectos socioculturais e psicológicos que circundam este fenômeno. Foi notória a angústia que essas mães expressaram quando vivenciam o comportamento esboçado pela criança durante a amamentação; quando presenciam diálogos atrelados aos costumes que transcendem às gerações: o leite é fraco, a quantidade é pouca.

A vulnerabilidade das mães a esse contexto é potencializada pelo estresse, adinamia, noites mal dormidas e, muitas vezes, por estar cuidando do seu primeiro filho. A somatória desses fatores vem favorecendo o desmame antes do quarto mês e o incentivo, cada vez mais precoce, do uso de chupetas e mamadeiras.

Para tanto, o desmame de forma precoce sofre influências de diversos fatores como a ansiedade, em relação a quantidade de leite produzida e a satisfação da criança como principal foco, podendo ser amenizada por meio de acolhimento para com as mães inerentes ao contexto materno envolvendo peculiaridades socioculturais⁽¹⁸⁾.

Notou-se, então, com a realização desta pesquisa, a importância de se aliar os mitos com o conhecimento científico, no que diz respeito a gênese e a manutenção do leite materno com volume adequado as demandas da criança. Reporta-se, ainda, sobre a necessidade de se conhecer as crenças em saúde, parte da história de um povo, e, conseqüentemente, incorporando o conhecimento científico para os profissionais de saúde.

As práticas de cuidado com a criança variam entre diferentes culturas e até mesmo entre grupos de uma mesma cultura. Estas diferenças são reconhecidas, apoiadas e adaptadas a cada ambiente, mas as necessidades básicas das crianças em termos de alimentação, cuidados de saúde, proteção, abrigo e amor são similares na maioria das culturas, embora, as formas de satisfazê-las em cada uma delas, sejam diversificadas.

A primeira dificuldade é o trabalho, eu senti a necessidade de complementar a alimentação dele com o leite NAN 1, quando eu comecei a dá, ele sentiu febre, então eu parei uns dias e comecei a dá mas ele se sente assim como se fosse rejeitado. Ele olha pra mim de uma maneira muito triste, eu como mãe, sinto que estou sendo injusta... de privar da amamentação (Mãe 8 e 12).

As mães desempenham função decisiva na família, desde a criação, educação e cuidado dos filhos até o manejo das enfermidades. Contudo, enfrentam dificuldades na re-

alização dessas tarefas, quer seja pela falta de conhecimento, pela condição de pobreza a que estão submetidas ou ainda pela forma como são concebidas as políticas públicas direcionadas a criança e a família.

Constata-se, nas falas das mães, o fato de que os cuidados prestados à criança estão associados à saúde, a higiene, a alimentação e às doenças, no sentido de agilizar a recuperação de seus filhos. São escassas as oportunidades que essas mães têm para trocar experiências e conhecimentos entre si, que promovam seu *empoderamento* ou que essas tenham acesso a outras informações de que necessitam.

Desse modo, torna-se difícil as famílias se perceberem como ser político e social em que os papéis se completam, ou seja, a aquisição de direitos e a responsabilização de deveres para efetivarem um cuidado integral às crianças. Nessa linha de raciocínio, vislumbrar-se-iam menções familiares sobre a importância dos aspectos psicoafetivos que são inerentes ao ato de proteger e educar.

Corroborando esta assertiva, as diretrizes propostas pelos macro-programas internacionais, como a Promoção da Saúde, preconizam uma nova cultura de saúde para a população. Tendo em vista a necessidade de o setor saúde desenvolver essa *nova cultura*, os profissionais e técnicos se percebendo como educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel, urge que a formação dos profissionais inclua a contextualização de novas práticas de saúde e inserção social⁽¹⁹⁾.

Verificou-se uma contradição entre o discurso das mães e à prática do aleitamento materno. Ao mesmo tempo em que elas verbalizam a importância do leite humano na prevenção de doenças, mencionam a introdução de chás, outros leites, água ou qualquer outro alimento e uso de mamadeiras e chupetas nas primeiras semanas ou meses de vida. Em alguns relatos, identificou-se, também, o estabelecimento de horários para alimentar, não seguindo a orientação da livre demanda.

Portanto, a literatura é enfática ao referir que é prioridade a promoção da prática do aleitamento materno, objetivando uma melhoria na qualidade de vida das famílias, principalmente na saúde das crianças, sendo um exemplo claro, satisfatório e, principalmente, de baixo custo. Acresce-se a importância dessa prática o contexto das políticas públicas que demonstram resultados satisfatórios sobre o crescimento e desenvolvimento da criança⁽²⁰⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ceará. Secretária de Saúde do Estado. A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público estadual 1999 – 2004. Fortaleza: Imprensa Oficial; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas intersetoriais em favor da infância: guia referencial para gestores. Brasília; 2002.
3. Nader S, Pereira DNE. Atenção integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. World Health Organization (WHO). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva; 1998.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas culturais em relação ao aleitamento materno, em um Programa de Saúde da Família, no Ceará, corroboram as que são veiculadas na literatura. Desse modo, o ato de amamentar para as mães ainda é visto como um dever/responsabilidade da mulher, sobrepondo-se ao seu desejo ou não de querer ou de poder fazê-lo. Este ato é mais relacionado a uma obrigação social do que resultado de uma escolha racional, motivada pela construção do conhecimento das vantagens e benefícios do aleitamento para a mãe, a criança, a família e para o Estado. Tal fato pode ser associado à insuficiência de estratégias de educação em saúde que possibilitem o desenvolvimento da consciência crítica no âmbito cultural.

As mães, em suas falas, relataram as dificuldades na prática da amamentação, salientando a inexistência de um suporte adequado do serviço de saúde. Este tende a efetivar sua prática centrada na dimensão biológica subestimando abordagens que considerem os condicionantes psicológicos, sociais e culturais. Diante dos relatos das participantes, configurou-se um distanciamento entre o discurso oficial dos serviços de saúde e a prática, singular, vivenciada pela mulher no seu dia-a-dia, contribuindo com o processo de desmame precoce entre as primeiras semanas ou meses de vida.

Evidencia-se este fenômeno nas falas dessas mães mediante a introdução de água, chás, sucos e outros leites e a utilização de chupetas e mamadeiras. Apesar dos avanços obtidos na prática em aleitamento materno, com a criação de normas, legislações e programas em favor da promoção, proteção e apoio à amamentação, ainda não foi possível superar o desmame precoce.

As autoras consideram não ser suficiente apenas informar sobre a importância da amamentação durante as atividades de promoção ao aleitamento materno. É preciso avançar e direcionar ações educativas que incluam a perspectiva da promoção da saúde dessas mulheres, que possibilitem a compreensão das condições de vida, que envolvam suas famílias, que favoreçam a autoconstrução do sujeito e atuem na melhoria da qualidade de vida. Portanto, diante dessa realidade, vislumbram-se medidas efetivas que ressignifiquem as ações educativas, há muito tempo preconizadas pelas políticas públicas de saúde.

5. Ribeiro EM, Said RA, Vieira MPG, Rocha ILF, Gomes DM. O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no Hospital São Lucas – Juazeiro do Norte (CE). *Rev Bras Promoção Saúde*. 2004;17(4):170-6.
6. Frota MA, Barroso MGT. Desnutrição: causas obscuras. Sobral: UVA; 2003.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Agenda 0 a 5 anos: a educação e o desenvolvimento infantil. Brasília; 2001.
8. Santos JL. O que é cultura. 16ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2004.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
11. Militão AM, Souza LJEX. Aleitamento materno: expectativas de primigestas no pré-natal. *Acta Paul Enferm*. 2001;14(2):29-37.
12. Araújo RMA, Almeida JAG. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev Nutr*. 2007;20(4):431-8.
13. Frota MAF, Barroso MGT. Cuidado cultural à criança desnutrida filha de adolescentes. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadoras. *Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades*. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores; 2005. p. 57-71.
14. Almeida JAG, Sousa LMBM. História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
15. Teixeira MA, Nitschke RG, De Gasperi P, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):98-106.
16. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(5):70-6.
17. Dubeux LS, Frias PG, Vidal AS, Santos DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(4):399-404.
18. Aragaki IMM, Silva IA, Santos JLF. Traço e estado de ansiedade de nutrízes com indicadores de hipogalactia e nutrízes com galáctia normal. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):396-403.
19. Stotz EN, Araujo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde Soc*. 2004;13(2):5-19.
20. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família - PSF. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(3):407-14.