

Prática do aleitamento materno em comunidades quilombolas à luz da teoria transcultural

Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory
Práctica del alcance materno en comunidades quilombolas a la luz de la teoría transcultural

Lucas Amaral Martins^I

ORCID: 0000-0003-1497-6576

Rafaele Marques de Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-0730-1485

Climene Laura de Camargo^{II}

ORCID: 0000-0002-4880-3916

Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar^{III}

ORCID: 0000-0002-8210-5775

Deisy Vital dos Santos^I

ORCID: 0000-0002-2312-3586

Maria Carolina Ortiz Whitaker^{II}

ORCID: 0000-0003-0253-3831

Jamile Moreira Machado de Souza^{II}

ORCID: 0000-0002-7313-964X

^IUniversidade Federal do Recôncavo da Bahia.
Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Martins LA, Oliveira RM, Camargo CL, Aguiar ACSA, Santos DV, Whitaker MCO, et. al. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20190191. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0191>

Autor Correspondente:

Lucas Amaral Martins

E-mail: lucasmartins31@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Dalvani Marques

Submissão: 12-07-2019

Aprovação: 04-08-2019

RESUMO

Objetivos: identificar fatores que interferem na prática de aleitamento materno exclusivo em comunidades quilombolas. **Métodos:** pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria Transcultural proposta por Madeleine Leininger, realizada com mães quilombolas. Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, realizada no período de junho 2018 a janeiro 2019. A análise de conteúdo foi guiada pelo modelo interativo de Miles e Huberman. **Resultados:** revelou que mitos e costumes culturais intergeracionais interferem na prática do aleitamento materno, e identificou a influência da profissional enfermeira nas boas práticas do aleitamento materno. **Considerações Finais:** os fatores culturais e intergeracionais favorecem o desmame precoce e expõem a criança ao adoecimento.

Descritores: Aleitamento Materno; Saúde da Criança; Populações Vulneráveis; Enfermagem Transcultural; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Objectives: to identify factors that interfere with the practice of exclusive breastfeeding in *quilombola* communities. **Methods:** qualitative research based on the Transcultural Theory proposed by Madeleine Leininger, performed with *quilombola* mothers. For data collection, we used the semi-structured interview, conducted from June 2018 to January 2019. Content analysis was guided by the interactive model of Miles and Huberman. **Results:** it was revealed that intergenerational cultural myths and customs interfere with breastfeeding practice, and identified the influence of professional nurses on best breastfeeding practices. **Final Considerations:** cultural and intergenerational factors favor early weaning and expose the child to illness.

Descriptors: Breastfeeding; Child Health; Vulnerable Populations; Transcultural Nursing; Public Policy.

RESUMEN

Objetivos: identificar los factores que interfieren con la práctica de la lactancia materna exclusiva en las comunidades de *quilombolas*. **Métodos:** investigación cualitativa basada en la Teoría Transcultural propuesta por Madeleine Leininger, realizada con madres *quilombolas*. Para la recopilación de datos, utilizamos la entrevista semiestructurada, realizada entre junio de 2018 y enero de 2019. El análisis de contenido fue guiado por el modelo interactivo de Miles y Huberman. **Resultados:** reveló que los mitos y costumbres culturales intergeneracionales interfieren con la práctica de la lactancia materna, e identificó la influencia de las enfermeras profesionales en las buenas prácticas de lactancia materna. **Consideraciones Finales:** los factores culturales e intergeneracionales favorecen el destete temprano y exponen al niño a la enfermedad.

Descriptorios: Lactancia Materna; Salud del Niño; Poblaciones Vulnerables; Enfermería Transcultural; Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é considerado mundialmente a melhor e mais completa alimentação para a criança até o sexto mês de vida. Um dos benefícios dessa prática associa-se à redução da morbimortalidade infantil, uma vez que níveis ideais de amamentação podem prevenir mais de 820.000 mortes de crianças menores de cinco anos por ano no mundo⁽¹⁾, isso aliado ao grande potencial transformador no crescimento, no desenvolvimento e na prevenção de doenças na infância e idade adulta⁽²⁾.

Assim, na tentativa de promover, proteger e apoiar o AME em todo o território nacional, em 1980, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que buscou apoio dos gestores de saúde nos três níveis de governo, a fim de unificar as estratégias e ações para fortalecer e incentivar o aleitamento⁽³⁾. Seguiu-se com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no ano de 2015, em que o aleitamento materno constituiu-se um dos seus eixos estratégicos⁽²⁾.

Entretanto, estudo revela que, em países de baixa e média renda, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas⁽¹⁾. No Brasil, a taxa de aleitamento materno exclusivo é de 41%⁽⁴⁾, e se encontra em pior posição quando comparado com todos os seus vizinhos do Mercosul, com exceção da Venezuela⁽⁵⁾. Entre as regiões brasileiras, o Nordeste apresenta a menor prevalência do AME em crianças abaixo de seis meses de vida, com percentil de 37%⁽⁴⁾.

Apesar do atual contexto, vale ressaltar que os indicadores de aleitamento materno vêm apresentando tendência ascendente nas últimas três décadas⁽⁶⁾. No entanto, há muito que evoluir, principalmente no que tange à recomendação da OMS de no mínimo 50% das crianças em AME⁽⁷⁾.

Evidencia-se que ainda existem lacunas entre as diretrizes programáticas e a capilaridade das políticas de aleitamento materno na realidade dos serviços de saúde, pois se observa que os incrementos não estão homogêneos em todas as regiões do país⁽⁸⁻⁹⁾. Assim, na busca da equidade, as ações e as estratégias do PNAISC pretendem proporcionar uma melhor qualidade de vida à criança em desenvolvimento, em especial aos grupos de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas e ribeirinhos⁽⁹⁾.

Essas populações expostas a condições de vulnerabilidade, a exemplo das comunidades quilombolas, apresentam maior tendência a não amamentar de forma exclusiva, visto que, nos primeiros dias de vida, são introduzidos engrossantes e papinhas, por acreditarem que o leite materno não seja suficiente para matar a fome da criança⁽¹⁰⁾. Estudo revelou que apenas 28,7% das crianças quilombolas avaliadas receberam AME nos seis primeiros meses de vida, porém quase 60% das crianças seguiram com amamentação, incluindo outros alimentos, até os seis meses e mais⁽¹¹⁾.

Estudo internacional ratifica os achados e aponta que mães de grupos vulneráveis deixam de amamentar precocemente, antes mesmo da lactação estar totalmente estabelecida⁽¹²⁾. Assim, é fundamental medidas para aumentar as taxas de amamentação nessa população⁽¹³⁾, considerando que as práticas de serviços de saúde existentes não atendem adequadamente às necessidades de apoio à amamentação dessas populações vulneráveis⁽¹²⁾.

Este estudo torna-se relevante na medida em que identifica fatores que revelam a baixa adesão dessa prática nas comunidades quilombolas, elucidam os benefícios desta para a redução da morbimortalidade infantil e conseqüentemente subsidia as ações de profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, a fim de promover, proteger e apoiar a prática do AME.

Diante de experiências, enquanto profissionais e pesquisadores de saúde em comunidades quilombolas, foi possível identificar o distanciamento da efetivação das políticas públicas de saúde, em especial, a saúde da criança, bem como lacunas na produção científica acerca dessa temática. Tal fato nos fez direcionar o olhar no intuito de desvelar as práticas de aleitamento materno em comunidades quilombolas. Assim, este estudo buscou responder a seguinte questão: quais são os fatores que interferem nas práticas de aleitamento materno exclusivo em comunidades quilombolas?

OBJETIVOS

Identificar os fatores que interferem nas práticas de aleitamento materno exclusivo em comunidades quilombolas.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O estudo respeitou as exigências estabelecidas pelas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Foi autorizado pelos líderes das comunidades quilombolas com termo de anuência. Elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo lido e assinado pelas participantes. Para manter o anonimato delas, os nomes foram substituídos por letras e sequência numérica de M1 até M24, conforme a ordem da realização das entrevistas.

Tipo de pesquisa e referencial teórico

Trata-se de uma pesquisa com abordagem metodológica qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Madeleine Leininger para discutir as práticas de aleitamento materno em comunidades quilombolas.

Leininger⁽¹⁴⁾ compreende que as culturas são os valores, crenças, ritos, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, partilhados e transmitidos de maneiras padronizadas. Para esta teórica, o cuidado tem como foco o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas, em que o conhecimento científico e humanizado é capaz de viabilizar a prática do cuidado universal. Acrescenta ainda que os humanos são seres culturais capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, em vários ambientes e de muitas maneiras.

Considerando que a cultura interfere na prática de AME, a Teoria Transcultural permite analisar esse fenômeno na perspectiva da valorização da cultura local e da compreensão das práticas e valores das nutrizes durante a amamentação de seus filhos.

Procedimentos metodológicos

Cenário e participantes do estudo

Este estudo foi realizado no período de julho de 2018 a janeiro de 2019, em três comunidades quilombolas da Bahia. Os quilombos são considerados os agrupamentos tradicionais de descendentes de escravos que vivem em um espaço coletivo, por meio de regras consensuais aos diversos grupos familiares que compõem as comunidades, cujas relações são orientadas pela solidariedade respaldada em valores culturais⁽¹⁵⁾. A aproximação com essas comunidades iniciou no ano de 2008 através de atividades de ensino-pesquisa-extensão do Grupo de Estudos e Pesquisa à Saúde da Criança e Adolescente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Participaram deste estudo 24 mães de crianças quilombolas com filhos na faixa etária de 0 a 02 anos. Como critérios de inclusão definiram-se: ser nativas e se reconhecer como quilombola; ser mãe de um RN ou criança de até 02 anos. Como critérios de exclusão: mães que não amamentaram seus filhos e que não foram encontradas no domicílio por até três visitas durante a coleta de dados.

O grupo de pesquisadores possui experiência no ensino, extensão e pesquisa com comunidades tradicionais e vulneráveis, e, portanto, antes de iniciar a coleta de dados, vivenciaram o cenário do estudo. O convite para os participantes foi realizado pelo primeiro autor, durante as atividades de extensão do grupo na comunidade. Após o aceite, foram agendados data, local e horário das entrevistas conforme disponibilidade das participantes. Desse modo, elas foram elencadas por conveniência.

Procedimento de coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e diário de campo. A entrevista foi gravada e realizada no domicílio dos participantes com uma duração média de 25 minutos. A entrevista foi guiada pelas seguintes questões: conte-me como é a prática de aleitamento materno aqui na comunidade. Há fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo? Dados adicionais, como formação familiar, vínculos sociais, religiosos, serviços de saúde foram solicitados aos participantes para aproximação e conhecimento das vivências familiares.

Após o término de cada entrevista, ocorria um *feedback* individualizado com o participante, a fim de garantir as impressões iniciais dos dados coletados. E, após o encerramento das entrevistas e análise das informações, o grupo de pesquisadores apresentou de forma coletiva os resultados encontrados para que os participantes validassem (concordando ou discordando) das informações. Assim, a coleta finalizou pela exaustão dos dados ao responder o objetivo proposto.

A análise de conteúdo foi guiada pelo modelo interativo proposto por Miles e Huberman⁽¹⁶⁾, o qual orientou a avaliação e interpretação dos dados em um processo dinâmico e cíclico de idas e vindas, que possibilitou vislumbrar categorias, as quais constituem as unidades de análise.

RESULTADOS

A análise das informações permitiu delinear quatro categorias temáticas denominadas: "A prática de aleitamento materno"; "Mitos

e costumes mantidos intergeracionalmente nas práticas do aleitamento materno"; "O saber intergeracional x saber profissional"; e "A influência da profissional enfermeira no aleitamento materno".

A prática de aleitamento materno

O AME é a melhor forma de alimentar a criança nos primeiros seis meses de vida. Há décadas vem sendo incentivado pelo governo e profissionais de saúde, visto os benefícios dessa prática tanto para o crescimento, desenvolvimento e saúde da criança, quanto para as nutrizes e para o planeta. O AME é uma das estratégias utilizadas mundialmente para redução da morbimortalidade infantil. Assim, observa-se que nas comunidades estudadas o AME também é uma realidade.

[...] só mama, desde o dia que nasceu [...]. (M17)

[...] ela mama até hoje, começou a comer comida agora com 8 meses [...]. (M6)

[...] consegui amamentar meu filho até seis meses sem adicionar nenhum outro tipo de alimento. (M9)

[...] ele só mamava, o tempo todo, tinha dia que ficava mais de uma hora no peito [...]. (M11)

Os dados deste estudo revelaram que 37,5% amamentaram exclusivamente seus filhos até o sexto mês de vida, e que 62,5% introduziram algum tipo de alimento ou suplemento na alimentação da criança antes do sexto mês. Evidencia-se que entre as nutrizes das comunidades quilombolas estudadas, há um número reduzido das que ofertam apenas o peito.

Nas entrevistas e observações registradas no diário de campo, identificou-se que, nas comunidades, é cultural a introdução de alimentos já nos primeiros dias de vida, configurando-se como aleitamento materno complementado.

[...] só com leite materno, não, tomou mingau porque no começo da minha gravidez meu leite de peito era pouco. Eu dava mingau e peito, desde o primeiro mês de vida [...]. (M1)

[...] o meu leite não tava sustentando, é fraco, ele sentia fome e chorava, com cinco dias de vida comecei a dar mingau, papinhas, banana cozida, além do leite do peito [...]. (M20)

[...] eu dou mingau logo com quinze dias que nasce [...] um morreu quando tinha quatro meses, deu uma diarreia que não curava com nada, aí ele secou e Deus levou [...]. (M15)

[...] ele prefere o mingau porque é o leite de peito misturado com outra substância, acho que enche mais a barriga. Amamentando só no peito foi uns dezoito dias, por aí [...]. (M10)

As falas revelam a vulnerabilidade a que essas crianças estão expostas nos quilombos brasileiros. Observa-se que as práticas alimentares podem trazer riscos e danos à saúde, como também contribuem para a elevação da morbimortalidade infantil no país. No entanto, para essa população, as suas práticas alimentares são as mais assertivas, pois a introdução de engrossantes

e papinhas precocemente é algo natural e, culturalmente, aceito pelos quilombolas, para “matar a fome” e acalmar as crianças.

Outra situação observada foi a introdução de alimentos para que a criança dormisse por mais tempo, visto que as nutrizes acreditavam que o volume e a qualidade do seu leite não eram suficientes e adequados para saciar a fome da criança. Entretanto, é sabido que a composição do leite materno é o mais biocompatível para o sistema gastrointestinal da criança mesmo fazendo com que ela necessite de se alimentar em intervalos menores e, conseqüentemente, acordando por mais períodos.

Com quatro dias quando são chorão, eles comem mingau, param de chorar e dormem bem [...]. (M21)

[...] ele mama, mas não enche a barriga, ele abria a boca chorando, aí eu pegava e dava mingau com arrozina e leite ninho, e ele ficava quieto e dormia [...]. (M22)

Vale salientar também que o choro da criança não é provocado somente por sensação de fome, mas pode ser precipitado por outros fatores, como sono, cólicas, desconforto e pela necessidade de aconchego. Assim, o estudo revela o desconhecimento e despreparo das nutrizes quilombolas para identificar as necessidades de cuidados de seus filhos, fato que aponta para a necessidade da capilarização por parte dos profissionais de saúde no que tange os cuidados com a criança, em especial, desmistificando os fatores que interferem na prática do AME.

Mitos e costumes mantidos intergeracionalmente nas práticas do aleitamento materno

As mulheres da comunidade quilombola prezam pelos ensinamentos das matriarcas ao amamentar seus filhos. Apesar de muitas delas terem acesso a outros meios de informação, tais como televisão, internet e orientações de saúde por profissionais, as mesmas mantêm as tradições e costumes perpetuados na comunidade acerca do aleitamento materno.

[...] quem cuidou do meu resguardo foi a minha sogra, me ensinou que tem que amamentar no escuro porque na luz o leite fica fraco e a criança passa fome [...] tem o milho também que tenho que comer todos os dias e o mingau [...] teve uma vez que tive que sair no sol e quando voltei, exprime meu peito e o leite tava que nem água, tive que misturar o leite com araruta e inhame pra dar ao menino, senão ia morrer seco. Conheço criança que morreu por causa disso [...]. (M10)

[...] aqui no quilombo tem muito respeito pelas tradições e costumes. Eu tentei respeitar ao máximo, mas tudo dentro do meu limite e até onde eu achava que era saudável pra mim e para o bebê [...] com dois meses, minha avó queria dá engrossante para engordar, ela achava minha filha magra e não ganhava peso e isso acontecia porque o meu leite era fraco [...] eu falei com ela para aguardar completar os quatro meses, foi quando deixei ela dá o mingau [...]. (M12)

É notório, nas falas acima, o respeito pelas crenças e costumes que são construídas por vários rituais representativos, que se embasam em algum acontecimento capaz de tornar o agir, o pensamento e o comportamento, situacionalmente verídico. Assim, no contexto

familiar, as tradições e a cultura de uma família, de um povo são mantidas, mesmo havendo pensamentos divergentes, pois há o respeito às tradições acima de quaisquer circunstâncias.

Também foi identificada a prática do aleitamento cruzado na comunidade, como relata M24.

[...] quando eles nascem, já vão querendo peito, aí a mãe tem que dar [...] quando tem outra mulher amamentando, a gente leva [...] elas dão o peito até o leite da mãe chegar [...]. (M24)

Esse ato há muitos anos vem sendo desencorajado e contraindicado pela OMS e Ministério da Saúde, devido ao risco de transmissão vertical de doenças infecto contagiosas, a exemplo da HIV e HTLV, entre outras que podem ser transmitidas pelo leite humano.

Evidencia-se também como o contexto sociocultural influencia no modo como as mulheres atuam e pensam o período gravídico puerperal. Observa-se que, na realidade do quilombo, além de predominar mitos e crenças, o ato de amamentar sofre influências intergeracionais familiares como por exemplo: uso de chás e “farinha de guerra”.

Nunca dei nenhuma comida a ele, só chá e água porque tava muito calor e ele tava suando demais [...] dou chá por causa da cólica [...] é costume aqui na comunidade [...]. (M11)

[...] dei água e um chazinho para limpar a barriga do resto de parto [...] porque é tradição [...]. (M13)

Em todas as comunidades quilombolas estudadas, foi consenso a introdução da “farinha de guerra” na alimentação das crianças, prática que é utilizada tradicionalmente desde o período colonial brasileiro para “matar a fome”, ter um sono tranquilo e engordar as crianças. A farinha faz com que o alimento seja mais lentamente digerido, saciando a fome da criança por tempo mais prolongado. No entanto, vale salientar que essa prática alimentar não é nutritiva, pois não oferece os nutrientes necessários para o crescimento saudável da criança.

A tradição era [...] mingau de farinha, minha mãe fez para minha menina. (M2)

[...] os outros dois filhos eu dava engrossante de farinha de guerra e eles dormiam a noite toda [...] minha mãe sempre me falou que é bom para engordar a criança. (M13)

Eu pego o escaldado do peixe, faço um pirãozinho raspado da panela com o peixe [...]. (M6)

Nos quilombos, também é resguardada a alimentação da mulher nutriz, que preza por hábitos, costumes e crenças acerca de alimentos a serem ingeridos para a produção satisfatória do leite materno, de modo a proporcionar uma alimentação adequada ao seu filho. Assim, elas revelaram que sua alimentação é a base dos derivados do milho e da mandioca, alimento de alto teor energético e que é complementada com alimentos ricos em gordura.

[...] eu consegui fazer o aleitamento exclusivo até seis meses, porque minha avó disse que eu precisava comer muito milho e caldo de mocotó que faz chegar leite [...] fiz isso e tive muito leite [...]. (M9)

[...] *aqui a gente come as coisas da terra, aipim, muito milho que é bom pra chegar leite [...].* (M13)

Aqui, no quilombo, sempre é falado para comer coisas fortes para chegar muito leite e não deixar a criança com fome [...] como mingau de milho, papa de aipim, mocotó e feijoada quase todos os dias, para poder aguentar amamentar [...]. (M15)

Assim, essa categoria revela que o aleitamento materno é um ato universal, porém sua prática é diversificada e sofre influência de diversas culturas. O conhecimento de profissionais de saúde, em especial enfermeiras, torna-se fundamental para o desenvolvimento da prática assistencial. Desse modo, a Teoria Transcultural enfatiza que a enfermagem deve desenvolver o cuidado às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença, assim, mostra-se a necessidade de a enfermeira trabalhar na perspectiva do cuidado cultural.

O saber intergeracional x saber profissional

A sobreposição do saber popular em detrimento do saber profissional, nas comunidades quilombolas, revelou-se de maneira significativa. As nutrizes quilombolas demonstram agir na perspectiva de preservar suas crenças, costumes e tradições, fato que as tornam resistentes a novos aprendizados e influências externas. O saber intergeracional e cultural é forte no seio de uma sociedade, fato que dificulta ações e orientações de profissionais de saúde na promoção, incentivo e apoio ao AME.

[...] *a enfermeira falava para dar só leite de peito [...] mas ele era muito chorão e eu dava engrossante de farinha, porque minha mãe falou que sempre cuidou dos dela assim, estão tudo saudável [...].* (M23)

[...] *a enfermeira me falou um monte de coisas lá, mas eu criei os meus sete filhos desse jeito, com engrossante, e sempre deu certo, não é agora que eu vou mudar [...].* (M10)

[...] *minha mãe sempre dava a gente pirão de peixe, mas a Pediatra diz que não pode dar. É a tradição! Pela Pediatra não pode, mas a mãe da gente criou a gente assim.* (M1)

Problemas e dificuldades de cunho biológico ou psicológico podem ocorrer durante o aleitamento materno. Para isso, é preciso de apoio de familiares e orientações de profissionais da área de saúde, visto que essas dificuldades possuem potencial para gerar ansiedade e sofrimento, com possibilidade de precipitar a interrupção do aleitamento materno.

[...] *a enfermeira do posto me disse que teria que amamentar de uma maneira que ficasse confortável para o bebê e para mim. Mas não adiantou porque passei o resguardo com minha mãe, então ela só deixava amamentar sentada [...] de madrugada tenho que levantar ou sentar pra dar mama [...].* (M9)

[...] *a enfermeira disse que era pra dar só mama, fiquei dois dias dando peito para dormir, mas a menina estava acordando a noite toda com fome, e eu tinha que trabalhar no outro dia, desse jeito eu não aguentava aí foi o jeito voltar a dar goma [...].* (M14)

As dificuldades mais evidentes estão relacionadas às questões biológicas, que poderiam ser minimizadas com orientações de profissionais enfermeiras, durante o pré-natal e/ou no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Isso ocorre com o alinhamento dos profissionais de saúde com o saber no contexto de cuidado das famílias dessas comunidades.

[...] *sou técnica em enfermagem [...] mas claro que a gente precisa sempre de pessoas mais experientes e que vivenciaram esse processo, minha mãe me ajudou muito e minha avó também. Como elas moram aqui do lado, a troca de experiências foram constantes [...].* (M12)

Quem me ensinou como amamentar foi minha mãe [...] no resguardo, ela e minha avó davam dicas. [...] eu sempre respeitei [...] a enfermeira no pré-natal me falou que até o 6º mês era para dar só leite materno, mas como minha avó e mãe cuidaram de mim, eu fui seguindo as dicas delas [...]. (M9)

[...] *a médica me orientou a dar só peito até os seis meses, mas como era o primeiro filho, eu tinha muito medo e quem me ajudou a cuidar foi minha mãe [...] aí seguia o que ela falava e dava mingau e papinha [...] já criou cinco filho, aí tinha experiência [...] graças a Deus, deu tudo certo forte [...].* (M23)

O apoio e a influência de mães e avós a essas nutrizes ficam perceptíveis nas entrevistas, sendo essas figuras significativas no cuidado da alimentação dessas crianças, o que revela a necessidade de incluir essas pessoas nos programas de capacitação e educação em saúde no tocante à temática do aleitamento materno e nutrição infantil.

A influência do profissional enfermeiro no aleitamento materno

Algumas nutrizes aderiram às orientações dos profissionais de saúde nas boas práticas do aleitamento materno exclusivo, denotando que, aos poucos, esses profissionais estão ganhando a confiança das nutrizes e efetivando as ações voltadas para a amamentação. Destaca-se a figura da enfermeira nas orientações, aconselhamento e auxílio às mulheres no processo de amamentação.

[...] *tinha gente aqui do quilombo que achava meu filho magro e ficava me mandando dar leite de indústria. Mas segui o que a enfermeira disse [...].* (M11)

[...] *nesse último filho, que já tem dois meses eu nunca dei nada, só o peito, porque no meu pré-natal a enfermeira do posto me disse que eu não poderia dar outras coisas [...] apenas leite do peito até seis meses [...].* (M15)

Todos os profissionais da área de saúde que atuam em comunidades vulneráveis são responsáveis em evitar a introdução de alimentos complementares antes do sexto mês de vida da criança, incentivando o AME. Cabe a eles realizar um acompanhamento mais próximo com as gestantes e as nutrizes no período do pré-natal, parto e pós-parto, de modo a estabelecer um vínculo de confiança. Quando essas nutrizes não encontram ajuda profissional ao amamentar seus filhos, elas recorrem a maneiras mais

fáceis de suprir as necessidades da criança, daí a importância dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, ofertar o apoio necessário para evitar o desmame precoce.

[...] a enfermeira que me ajudou bastante com a pega [...] me ensinou porque meu filho tinha muitas cólicas [...] ele não pegava direito e aí entrava vento e rachava meu peito. Depois das dicas dela, ele deu uma boa melhorada [...]. (M9)

[...] eu estava com dificuldade de amamentar [...] levei no posto [...] a enfermeira me disse que a parte escura tem que colocar toda na boca dele. Agora é que ele tá pegando melhor, porque logo quando eu vim ele não tava pegando totalmente [...]. (M4)

A enfermeira que visa promover, proteger e apoiar o AME, na perspectiva de um cuidado transcultural em comunidade quilombola, necessita ultrapassar os muros da Unidade Básica de Saúde e adentrar no cotidiano das nutrizes, de modo a imergir nas suas práticas de cuidado e apoiá-las nas dificuldades do ato de amamentar. Esses profissionais necessitam então se apropriar dos saberes culturais e interpretá-los de modo a alinhar o saber científico ao cultural, para, assim, fortalecer as boas práticas do aleitamento materno.

[...] eu fui lá no posto e a enfermeira me explicou como era para eu fazer e eu fiz. Não foi difícil, não, rapidinho ele pegou no peito, na verdade lá mesmo ele já pegou o peito que ficou quase a manhã toda mamando e olha que ele nunca tinha feito isso [...]. (M13)

[...] a enfermeira do posto me ajudou bastante [...] ela veio aqui em casa e me mostrou como colocava no peito, pois estava todo ferido [...] eu tinha nojo e nem queria amamentar [...] graças a suas orientações, minha filha mamou [...]. (M17)

[...] a enfermeira da unidade que eu trabalho promoveu um minicurso para as gestantes [...] veio acompanhado de um folhetim que explicava a pega, falava das posições e dos benefícios do leite materno [...] ajudou muito na amamentação [...]. (M12)

Ao observar as falas, podemos perceber a importância da participação da profissional de enfermagem para a continuidade do aleitamento materno, uma vez que a mesma reforça sobre a importância da prática e ajuda na condução desse ato, desmistifica alguns mitos e tira as dúvidas que podem ocorrer antes ou durante do aleitamento materno, proporcionando mais segurança e conforto para a nutriz.

DISCUSSÃO

Este estudo revela a baixa adesão das nutrizes quilombolas ao AME, ratificando os achados de outros estudos realizados em países de baixa renda, como o Brasil, em especial na região Nordeste e nas comunidades quilombolas^(1,4,11).

Estudos internacionais evidenciaram que, em países desenvolvidos, a amamentação continua sendo menor entre as mães em condições de vulnerabilidade social, em especial as mulheres negras, revelando que, embora tenham iniciado o aleitamento materno, a maioria não o mantém de forma exclusiva⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Em subgrupos asiáticos e nativos havaianos ou de outras ilhas do Pacífico (NHOP), foi identificado

que 36,3% das mães amamentam exclusivamente pelo menos 8 semanas, com taxas mais baixas entre as mães negras⁽²⁰⁾.

Diversos são os fatores que podem influenciar as nutrizes em vulnerabilidade social a não praticar o AME até o sexto mês de vida da criança e a desmamar precocemente. Dentre eles destacam-se: o mito de que o leite é fraco/insuficiente para matar a fome da criança, isso é uma questão cultural, pois toda mulher tem a capacidade de produzir a quantidade de leite necessária para sustentar seu filho⁽²¹⁾. O choro da criança, persistente após a amamentação, faz com que a nutriz o associe com fome, acreditando que seu leite não alimenta o bebê suficientemente⁽²²⁾; introdução de alimentos inadequados para a idade, a exemplo de engrossantes, papas, água e chá, práticas essas que para as nutrizes não descaracteriza o AME; falta de conhecimento da mãe sobre a importância do AME; pouco preparo e incentivo dos profissionais de saúde para a prática de AME; dor e trauma mamilar; pega incorreta e posicionamento inadequado, práticas essas que predispõem ao surgimento de complicações mamárias, dores musculares, desconforto para mãe⁽²³⁾; uso de chupeta e trabalho materno^(22,24-25).

Ressalta-se que, embora contraindicada pelo Ministério da Saúde, a prática de aleitamento cruzado ainda é muito comum em comunidades vulneráveis⁽²⁶⁾. Estudo em comunidade quilombola revelou que algumas das práticas adotadas pelas nutrizes como a introdução de engrossantes; alimentos nos primeiros dias de vida; aleitamento cruzado; administração de ervas e chás entre outros vão de encontro aos saberes científicos recomendados por especialistas e pelo Ministério da Saúde, expondo os recém-nascidos, muitas vezes, a condições de risco à saúde, o que os tornam mais vulneráveis ao adoecimento⁽¹⁰⁾.

Algumas práticas predominantes na alimentação da criança quilombola remetem ao período colonial brasileiro, visto que, naquela época, a alimentação era mantida com o aleitamento materno e alimentos engrossados com farinha e papas. O uso desses alimentos, orientados tanto pela cultura popular quanto tradicional, visava dar ênfase à superalimentação, uma vez que a má nutrição era um quadro crônico entre as crianças naquela época⁽²⁷⁾.

Estudos^(12,18,28) apontam que, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, vem ocorrendo a introdução da alimentação complementar antes do sexto mês de vida da criança, o que contraria as recomendações da OMS⁽²⁹⁾, pois nessa faixa etária a criança ainda não tem maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir, um vez que seu trato gastrointestinal não está pronto para receber estes alimentos e fazer sua digestão prejudicando assim, a absorção de alguns nutrientes, como o ferro, do leite materno⁽³⁰⁻³¹⁾.

O ato de amamentar é permeado de crenças, mitos, tabus e costumes culturais transmitidos intergeracionalmente por cada grupo social de pertença. Estudos internacionais apontam os fatores culturais como uma das causas da descontinuidade do AME em mulheres negras, revelando que entre esses fatores incluem o legado da escravidão, em que as mulheres afrodescendentes serviram de amas de leite para os filhos dos senhores de escravos. Em resposta a baixa adesão dessa população negra às práticas de AME, foram planejadas e implementadas intervenções para apoiar e incentivar o AME, no entanto, não tem tido sucesso, uma vez que não levam em consideração os mecanismos culturais específicos que influenciam o comportamento da amamentação nessa população negra e vulnerável^(19,32).

Fatores culturais que predisõem a não adesão ao AME entre as nutrizas negras em situação de vulnerabilidade social também são uma realidade no território brasileiro, ratificando o legado da escravidão vivida por seus entes parentais e transmitida culturalmente entre as gerações^(10,27,33).

Partindo do entendimento que as crianças negras estão em condições de vulnerabilidade, as ações dos gestores, profissionais de saúde, em especial da enfermagem, devem atentar para os determinantes multifatoriais que interferem na prática do aleitamento materno buscando o estabelecimento de diretrizes legais e políticas que abordem valores sociais e culturais, crenças, serviços de saúde e condições de trabalho para permitir que mulheres amamentem, pois apesar da difusão dos benefícios do aleitamento materno, essa não é uma prática efetiva em muitas comunidades⁽³⁴⁾. De modo geral, em todo o mundo, as crianças não estão sendo amamentadas exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida, conforme recomendado pela OMS^(29,35).

Diante desse contexto, faz-se necessário tomar medidas para aumentar as taxas de amamentação nessa população e, assim, alcançar o objetivo *Healthy People 2020* de 81,9% para AME no início do pós-parto; 46,2% aos 3 meses de vida e 25,5% aos 6 meses de vida⁽¹⁷⁾. Nessa direção, estudos internacionais destacam a necessidade de inovações nas estratégias e ações para promover, incentivar e apoiar à amamentação, particularmente nas populações vulneráveis. Essas medidas devem considerar os fatores culturais de cada subgrupo populacional, a fim de ofertar um cuidado mais eficaz^(13,20).

Os achados reforçam a importância e ao mesmo tempo a necessidade de os profissionais de saúde, a saber, as enfermeiras conhecerem profundamente os costumes culturais que interferem no AME nessas comunidades e, assim, orientar, auxiliar, apoiar e incentivar as nutrizas a amamentar seus filhos de modo exclusivo até o sexto mês de vida. Para tanto, esses profissionais devem resgatar medidas para a preservação cultural, negação ou acomodação do cuidado, e, às vezes, reestruturar o cuidado com base nas crenças e culturas de cada indivíduo. Essa atitude configura-se em um passo importante para a consolidação do cuidado culturalmente congruente à saúde, como proposto por Leininger⁽¹⁴⁾. Ressalta-se que as enfermeiras devem estar cientes dos fatores que afetam a amamentação, sendo que alguns deles podem ser exclusivos para cada nutriz, com base em sua cultura⁽¹⁹⁾.

As enfermeiras representam peça essencial no preenchimento de lacunas do conhecimento sobre a amamentação para as nutrizas, pois oferecem orientações sobre os benefícios a curto e longo prazo, bem como informam os problemas relacionados à amamentação, dando a elas uma sensação de segurança e encorajamento para AME⁽³⁶⁻³⁷⁾. Ressalta-se que essas ações de educação e apoio, quando iniciadas durante o pré-natal, têm mais possibilidades de fazer a diferença⁽³⁷⁾. Para tanto, é essencial que a enfermeira tenha habilidades para se comunicar, promover o aconselhamento ao ajudar a nutriz tomar decisões, além de ouvir, apoiar, entender e dialogar com ela sobre os prós e contras desse processo⁽³⁸⁾.

Nesse tocante, evidencia-se também a necessidade de efetivação das políticas públicas de saúde, no que tange à Saúde da Criança e à Saúde da População Negra, de modo a sustentar os seus programas e de fato modificar a realidade de abandono, iniquidade e vulnerabilidade em que essa população se encontra.

Assim, faz-se necessário garantir o acesso à saúde dessas comunidades quilombolas, indo ao encontro dos princípios do SUS, ao buscar a horizontalidade no cuidado e a aproximação da realidade do contexto dessa população, a fim de implantar e efetivar os programas da população Negra e a PNAISC⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Por fim, destaca-se a necessidade de profissionais de saúde, em especial enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, lançar mão de práticas inovadoras para conseguir consolidar ações e efetivar as políticas públicas de saúde no âmbito do SUS. A enfermagem, em prática avançada, tem despontado como uma excelente ferramenta para a melhoria da atenção à saúde de populações de maior vulnerabilidade, tais como indígenas, quilombolas, comunidades rurais, populações ribeirinhas, crianças, entre outros⁽⁴¹⁾.

Limitações do estudo

A realização deste estudo em um único estado apresenta-se como uma limitação, entretanto tal fato não impossibilita de ser replicado em outros cenários, pois os fatores que interferem nas práticas de aleitamento materno podem ser diferentes a depender do contexto cultural da população estudada.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo contribui para a enfermagem, uma vez que esses profissionais poderão reestruturar suas estratégias e ações com uma abordagem transcultural na tentativa de consolidar a PNAISC, no que concerne ao aleitamento materno exclusivo, visto que crianças de todo o mundo não são amamentadas exclusivamente. O aumento dos índices de AME favorecerá para a redução da morbimortalidade infantil no país e no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário estudado das comunidades quilombolas, identificou-se que entre as mães entrevistadas, 37,5% amamentaram exclusivamente seus filhos até o sexto mês de vida e, que 62,5% introduziram algum tipo de alimento ou suplemento na alimentação da criança nesse mesmo período.

Os fatores que levaram, nesse estudo, a não efetivação do AME e ao desmame precoce estão relacionados às práticas culturais e às influências intergeracionais, a saber: i) mito de que o leite é fraco/insuficiente para matar a fome da criança; ii) introdução de alimentos inadequados para a idade, a exemplo de engrossantes, papas, água e chá; iii) falta de conhecimentos da mãe sobre a importância do AME; iv) atuação transcultural dos profissionais de saúde; v) pega incorreta e posicionamento inadequado.

A atuação da enfermeira na orientação às nutrizas sobressaiu como ação benéfica para as práticas do aleitamento materno, no entanto é necessário que esses profissionais se apropriem, literalmente, do contexto dessas comunidades para que possam prestar um cuidado culturalmente congruente à saúde, como propõe Madeleine Leininger em sua teoria.

Foi revelada ainda a incipiente efetivação de políticas públicas, em especial a da saúde da criança e da população negra nessas comunidades, que se encontram marginalizadas, abandonadas

e vulneráveis, de forma a garantir a equidade, universalidade e integralidade preconizadas pelo SUS.

Considerando a complexidade da temática, sugere-se a realização de novos estudos, a fim de desvelar os múltiplos aspectos que envolvem o aleitamento materno, na perspectiva de direito da criança brasileira à vida e à saúde.

FOMENTO

Pesquisa financiada pelo Programa Pesquisa para o SUS (PP-SUS/edital009/2018) com o projeto intitulado "Atenção à Saúde da Criança em Vulnerabilidade Social", pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
3. Michelotto GM, Lorenzini AC. Correlação entre políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno e amamentação: estudo de caso em enfermagem em Florianópolis, uma capital ao sul do Brasil. *Saúde Redes*. 2018;4(1):117-132. doi: 10.18310/2446-4813.2018v4n1p117-132
4. Queluz MC, Pereira MJ, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):537-43. doi: 10.1590/S0080-62342012000300002
5. Posenato GL. The Lancet: série sobre amamentação. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(1): 203-204. doi: 10.5123/s1679-49742016000100022
6. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Publica*. 2017;51:108. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000029
7. Sousa AM, Fracoli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 [cited 2019 Feb 20];34(2):127-34. Available From: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n2/127-134/pt/>
8. Zugaib M. Zugaib Obstetrícia: Parto e puerpério. Barueri: São Paulo, Manole, 2016. p. 488.
9. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. *Rev Enferm Cent O Min*. 2018; 8:e2753. doi: 10.19175/recom.v8i0.2753
10. Martins LA. Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional. [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.
11. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Avaliação e Monitoramento. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Chamada Nutricional Quilombola 2006. Brasília, DF, 2014.
12. MacVicar S, Kirkpatrick P, Humphrey T, Forbes-McKay KE. Supporting breastfeeding establishment among socially disadvantaged women: a meta-synthesis. *BIRTH*. 2015;42(4):290-298. doi: 10.1111/birt.12180
13. Jefferson UT. Closing the Gap: Breastfeeding Strategies and Vulnerable Populations. *West J Nurs Res*. 2016;38(5):527-528. doi: 10.1177/0193945915620401
14. Leininger M. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
15. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (BR). Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Programa Brasil Quilombola. Comunidade Quilombolas Brasileiras – Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2012.
16. Miles MB, Huberman M. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. *Educational researcher*, 1984.
17. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Amamentação entre crianças americanas nascidas em 2002-2012, CDC National Immunization Survey. 2015. Available from: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm.
18. Lewkowitz A, Raghuraman N, López J, Macones G, Cahill A. 247: Should the gold standard breastfeeding measure in socioeconomically disadvantaged (SED) women be breastfeeding continuation, not initiation? *Am J Obstetr Gynecol*. 2018;218(1):S159-S160. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.175
19. Reno R. Using group model building to develop a culturally grounded model of breastfeeding for low-income African American women in the USA. *J Clin Nurs*. 2018;27:3363-76. doi: 10.1111/jocn.13791
20. Hayes DK, Mitchell KM, Donohoe-Mather C, Zaha RL, Melcher C, Fuddy LJ. Predictors of exclusive breastfeeding at least 8 weeks among Asian and Native Hawaiian or other Pacific islander race subgroups in Hawaii, 2004–2008. *Matern Child Health J*. 2014;18:1215 doi: 10.1007/s10995-013-1355-1
21. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):22-27. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140002>
22. Moraes JT, Oliveira VAC, Alvin EAB, Cabral AA, Dias JB. A percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma Unidade Básica de Saúde de Divinópolis/MG. *Rev Enferm Cent O Min*. 2014;4(1):971-982. doi: 10.19175/recom.v0i0.446
23. Alves DA, Santos FC, Almeida LA, Mattos MP. Educação em saúde no processo de posicionamento da mãe com o bebê durante a

- amamentação. *Extensão*. 2017;16(2):242-52. doi: 10.14393/REE_v16n22017_rel08
24. Lima APC, Nascimento DS, Martins MMF. The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: an integrating review. *J Health Biol Sci*. 2018;6(2):189-96. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p.189-196.2018
 25. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(2):283-90. doi: 10.1590/0104-1169.0141.2553
 26. Seehausen MPV, Oliveira MIC, Boccolini CS. Fatores associados ao aleitamento cruzado. *Ciênc saúde Colet*. 2017;22(5):1673-82. doi: 10.1590/1413-81232017225.16982015
 27. Del Priore M. História das crianças no Brasil. 5ª. ed. – São Paulo: Contexto; 2012.
 28. Organização Mundial da Saúde-OMS. Alimentação de bebês e crianças pequenas: capítulo modelo para livros didáticos para estudantes de medicina e profissionais de saúde afins. Geneva: WHO Press; 2009.
 29. Gonzalez PS, Retondario A, Bricarello LP, González-Chica DA, Silva DAS, Vasconcelos FAG. Exclusive breastfeeding, complementary feeding, and association with body fat excess among schoolchildren in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(1):115-25. doi: 10.1590/1806-93042017000100007
 30. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):465-74. doi: 10.5123/S1679-49742015000300012
 31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
 32. Zamora G, Lutter CK, Peña-Rosas JP. Using an equity lens in the implementation of interventions to protect, promote, and support optimal breastfeeding practices. *J Human Lactat*. 2015; 31:21-25. doi:10.1177/0890334414561477
 33. Pinheiro, CW, Araújo AS, Vasconcelos APN, Freitas DJN, Alencar HCN, Rolim KMC. The care of wet-nurses and the role of blacks in the history of nursing: a fight for fairness. *Hist Enferm Rev Eletron [Internet]*. 2015[cited 2019 Feb 20];6(1):124-34. Available from: http://here.abennacional.org.br/here/9_AR_01015_MM.pdf
 34. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
 35. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeeding J*. 2012;7:1-5. doi:10.1186/1746-4358-7-12
 36. Gathron EL. Strategically positioned: breastfeeding, advocacy, and the hands-on nurse. *Creative Nurs*. 2017;23(3):192-200. doi: 10.1891/1078-4535.23.3.192
 37. Demirtas B. Multiparous mothers: Breastfeeding support provided by nurses. *Int J Nurs Pract*. 2015;21: 493–504. doi: 10.1111/ijn.12353
 38. Silva AX, Martins GFR, Cavalcanti MD, França PCG, Silva-Junior AO, Gomes JA. Assistência de enfermagem no aleitamento materno exclusivo: uma revisão integrativa. *Braz J Health Rev [Internet]*. 2019 [cited 2019 Feb 20];2(2):989-1004. Available from: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1282/0>
 39. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SM, Pereira MM, Caldeira AP. Primary Care and maternal and child health: perceptions of caregivers in a rural 'quilombola' community. *Ciênc saúde Coletiva*. 2014;19(2):365-71. doi: 10.1590/1413-81232014192.02992013
 40. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):179-89. doi: 10.1590/1413-81232015211.20472014
 41. Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl-1):716-21. doi: 10.1590/0034-
-