



DIFFICULTIES FACED BY MOTHERS TO BREASTFEED HER FIRST CHILD

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELAS MÃES EM AMAMENTAR SEU PRIMEIRO FILHO

DIFICULTADES QUE ENFRENTAN LAS MADRES A AMAMANTAR SU PRIMER HIJO

Ludmila Mourão Xavier Gomes¹, Renata Andrade Lopes², Maria Angélica Froés de Carvalho³,
Thiago Luis de Andrade Barbosa⁴

ABSTRACT

Objective: To describe the difficulties faced by mothers to breastfeed their first child. **Methods:** This is a descriptive study with quantitative approach. We interviewed 37 first-time mothers with children under two years old by the application of a questionnaire developed by researchers themselves. The study was approved by the Ethics in Research. **Results:** 21.6% of mothers had difficulties breastfeeding her first child. Problems related to the breast, such as engorgement, mastitis, cracked nipples during breastfeeding, and pain were also measured. Most difficulties were related to breastfeeding technique. About 51.4% reported that after the use of artificial teats - pacifiers, bottles, nipple shields - babies refused to breastfeed, causing nipple confusion. **Conclusion:** It is necessary for effective monitoring with instructions directed to the sequence of the process of breastfeeding and prevention of weaning. **Descriptors:** Breast feeding, Lactation, Infant care, Weaning, Maternal-child nursing.

RESUMO

Objetivo: Descrever as dificuldades encontradas pelas mães em amamentar seu primeiro filho. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Foram entrevistadas 37 mães primíparas com filhos de até dois anos de idade por meio da aplicação de um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Os resultados mostraram que 21,6% das mães tiveram dificuldades ao amamentar seu primeiro filho. Problemas relacionados à mama, tais como ingurgitamento, mastite, fissuras nos mamilos e dores durante a amamentação também foram quantificados. A maioria das dificuldades estava relacionada à técnica de amamentação. Cerca de 51,4% relataram que depois do uso de bicos artificiais - chupetas, mamadeiras, protetores de mamilos - os bebês recusaram mamar no peito, causando uma confusão de bicos. **Conclusão:** É necessário um acompanhamento eficaz com as instruções direcionadas para a sequência do processo de amamentação e prevenção do desmame. **Descritores:** Aleitamento materno, Lactação, Cuidado do lactente, Desmame, Enfermagem materno-infantil.

RESUMEN

Objetivo: Describir las dificultades que enfrentan las madres a amamentar su primer hijo. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Entrevistamos a 37 madres primerizas con niños menores de dos años por la aplicación de un cuestionario elaborado por los propios investigadores. El estudio fue aprobado por la Ética en la Investigación. **Resultados:** Los resultados mostraron que 21,6% de las madres tuvieron dificultades para amamentar su primer hijo. Los problemas relacionados con la mama, tales como la ingurgitación, mastitis, grietas en los pezones durante la lactancia, y el dolor también se midieron. Las mayores dificultades estaban relacionadas con la lactancia materna técnica. Acerca de 51,4% informó que tras el uso de tetinas artificiales - chupetes, biberones, chupetes - se negó a amamentar a los bebés, causando confusión con el pezón. **Conclusión:** Es necesario un control eficaz con las instrucciones dirigidas a la secuencia del proceso de la lactancia materna y la prevención del destete. **Descriptor:** Lactancia materna, Lactancia, Cuidado del lactente, Destete, Enfermería materno-infantil.

^{1,2,3,4} Universidade Federal de Minas Gerais e Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros. E-mails: ludyxavier@yahoo.com.br, re.alopes@gmail.com, mariaangelicafroescravvalho@yahoo.com, tl_andrade@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é o conjunto de processos nutricionais, comportamentais e fisiológicos, envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial. Há várias vantagens do processo da amamentação para a mãe: redução do risco de contrair câncer de mama e de ovário. Amamentar também ajuda a mulher a voltar ao peso normal mais rápido. Além disso, crianças que mamam têm menos risco de sofrer de doenças respiratórias, infecções urinárias ou diarreias, problemas que podem levar a internação e até a morte. O bebê amamentado corretamente terá menos chance, no futuro, de desenvolver diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares¹.

A prática do aleitamento materno é considerada uma estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psicológica da criança e da mulher que amamenta².

Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade da criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança³. Apesar da recomendação e da relevância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida⁴, o padrão de aleitamento materno desejável ainda é pouco praticado no Brasil³. Nessa perspectiva, ressalta-se que a amamentação ainda representa um problema pessoal e de saúde pública, já que quando a mãe deixa de amamentar seu filho na primeira dificuldade antes dos seis meses de vida, período que o leite é fundamental, a criança deixa de receber nutrientes que só através do leite materno ele obterá. As inúmeras

dificuldades tornam as mães vulneráveis, resultando na pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, submetendo seu filho ao desmame precoce⁵.

O desmame precoce representa um importante problema de saúde pública em todo mundo. Diversos fatores estão implicados na interrupção precoce dessa prática, tais como: ausência de experiência prévia de amamentação⁶, produção insuficiente de leite⁶, presença de fissura mamilar⁷, uso de chupeta^{6,8} e estabelecimento de horários fixos para amamentar⁷, dentre outras. Além disso, há que se destacar a idade materna e primiparidade como fatores que podem estar relacionados ao abandono do AM^{6,7}.

Para a boa prática da amamentação, o acesso à informação constitui elemento crucial tanto na decisão de amamentar quanto na duração da mesma. Estudo realizado em Montes Claros, MG, identificou o baixo conhecimento dos profissionais (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) da Atenção Primária a Saúde em questões relacionadas à técnica da amamentação e manejo dos problemas relacionados à lactação. Verificou-se também que atividades práticas de promoção do aleitamento materno para as mães não eram desenvolvidas uniformemente pelos profissionais⁹. Considerando que a baixa realização de ações de educação em saúde sobre o AM, implica na falta de acesso à informação para as mães, principalmente as primíparas, o presente estudo objetivou elucidar as dificuldades encontradas pelas mães ao amamentar o seu primeiro filho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa

desenvolvido em Montes Claros. Município de médio porte, localizado na região norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Com a população aproximada de 350 mil habitantes, o município conta com 52 equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana e sete equipes da zona rural. A pesquisa abrangeu uma ESF do bairro Morrinhos.

Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as mães primíparas com filhos de até dois anos de idade, que residem na área de abrangência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, localizada numa região desprivilegiada quanto aos aspectos econômicos e sociais. Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar da pesquisa, ser menor de 18 anos e não ser encontrada na residência em até três tentativas. A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2010.

Elaborou-se um questionário baseado nas dificuldades encontradas pelas mães ao amamentar seu primeiro filho no manual do Ministério da Saúde. A maioria das questões apresentadas foi previamente testada em estudos semelhantes^{5,6,7,8}. Para verificar a viabilidade do instrumento de coleta de dados, realizou-se inicialmente um estudo piloto com mães primíparas residentes em outra região.

Para a caracterização dos participantes, utilizaram-se as seguintes variáveis: idade da mãe (anos); escolaridade da mãe (1º grau completo, 1º grau incompleto, 2º grau completo, 2º grau incompleto, 3º grau completo, 3º grau incompleto); raça da mãe (branca, preta ou negra, parda, amarela, indígena e não quero responder/não sei); profissão; estado civil (casado, união estável, solteiro, separado ou viúvo); classe socioeconômica segundo critério Brasil; idade da criança; sexo da criança (feminino ou masculino); peso ao nascer da criança; o tipo

de parto (cesárea ou vaginal); local de realização do pré-natal (ESF, hospital, centro de saúde ou clínica particular); número de consultas de pré-natal e dificuldades encontradas ao amamentar.

Para análise da classe social, utilizou-se o “Critério de Classificação Econômica Brasil” que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida pelas entidades é exclusivamente de classes econômicas. Com esse critério é possível segmentar a população de acordo com a renda em classes tais como: A1, A2, B1, B2, C, D e E¹¹.

O questionário foi dividido em quatro domínios, a saber: Pergunta específica (uma questão), Avaliação da mãe (nove questões), Amamentação do primeiro filho (quatro questões) e Dificuldades encontradas (16 questões), totalizando 30 questões. As questões abordadas nos questionários foram analisadas por meio da estatística descritiva com distribuição em frequências, porcentagens, médias e desvio padrão.

Os preceitos éticos da resolução 196 foram respeitados. Para a participação na pesquisa houve o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da FUNORTE aprovado pelo Parecer Consubstanciado - nº 024/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ESF estudada apresenta 45 crianças menores de dois anos. Dessas, participaram do estudo 37 primíparas (82,2%). Foram excluídas duas (5,6%) por não aceitarem participar da pesquisa, três por serem menor de 18 anos e três por não ser encontrada na residência em até três tentativas.

A caracterização das primíparas encontra-se representada na Tabela 1. A idade média das primíparas foi de 25,68 anos (DP= 5,46). Na classificação de acordo com a faixa etária, (54,1%) estão entre 18 e 25 anos e (21,6%) entre 26 e 30 anos. Analisando a escolaridade das mães entrevistadas, tem-se que a maioria (54,1%) apresenta o segundo grau completo. Em relação ao estado civil, 56,8% das entrevistadas são casadas.

Quando perguntadas sobre sua classe social, classificado de acordo com o critério Brasil, 10,8% das mães pertencem à classe social B2 (renda média familiar de R\$ 1.669,00), 59,5% à classe C (renda média familiar de R\$ 927,00) e outras 29,7% à classe D (renda média familiar de R\$ 424,00).

A Tabela 2 apresenta descrição das crianças da área de abrangência das ESF do Cintra I e II e Morrinhos. Foi observado que das mães 32,4% possuem filho menor de seis meses. Quanto ao tipo de parto, 56,8% foram cesáreas. Em relação ao peso das crianças, 45,1% tiveram peso adequado ao nascer, e apenas 10,8% apresentavam baixo peso ao nascer (<2.500 gramas) (Tabela 2).

Tabela 1 - Características das Primíparas. ESF do Morrinhos, 2010.

Variável	N	%
Idade		
De 18 a 25 anos	20	54,1
De 26 a 30	8	21,6
De 31 a 35	7	18,9
De 36 a 40	2	5,4
Escolaridade		
1° grau completo	3	8,1
2° grau completo	20	54,1
2° grau incompleto	3	8,1
3° grau completo	6	16,2
3° grau incompleto	5	13,5

Variável	N	%
Raça		
Branca	6	16,2
Negra	3	8,1
Parda	28	75,7
Estado Civil		
Solteira	11	29,7
Casada	21	56,8
Separada	2	5,4
União Estável	3	8,1
Classe social		
B2	4	10,8
C	22	59,5
D	11	29,7

Nota: Os valores absolutos e percentuais de cada variável da tabela totalizam, respectivamente, 37 e 100%.

Tabela 2 - Descrição das Crianças. ESF do Cintra I e II e Morrinhos, 2010.

Variável	N	%
Idade da criança		
Menor de 6M	12	32,4
De 7M a 12M	8	21,6
De 13M a 24M	17	45,9
Sexo da criança		
Feminino	18	48,6
Masculino	19	51,4
Peso ao nascer		
Menor de 2499g	4	10,8
2500g a 2999g	6	16,2
3000g a 3499g	11	29,7
3500g a 3999g	15	40,5
4000g a 4499g	1	2,7

Nota: Os valores absolutos e percentuais de cada variável da tabela totalizam, respectivamente, 37 e 100%.

Na Tabela 3 observa-se que o pré-natal foi realizado em 70,2% dos casos na Atenção Primária à Saúde, sendo 37,8% na ESF e 32,4% no Centro de Saúde. A grande maioria (78,4%) das entrevistadas fizeram mais de sete consultas pré-natais. Das primíparas, 45,9% aprenderam como amamentar durante o pré-natal e (54,1%) não.

Das mães que participaram da pesquisa, 21,6% tiveram dificuldades ao amamentar seu

primeiro filho. A vontade de amamentar foi destacada por 89,2% das entrevistas (Tabela 4).

Ainda sobre amamentação, 21,6% das mães sentem-se despreparadas para amamentar. No que diz respeito ao ambiente, 94,6% responderam que possuem um ambiente calmo para amamentar. Já em relação ao trabalho e/ou estudo, 48,6% das mães tiveram que voltar a trabalhar/estudar após a licença maternidade.

Quando perguntadas se a amamentação ocupa muito tempo, 40,5% disseram que sim e 59,5% responderam que não. Em relação à hidratação, 70,3% disseram que bebiam água antes ou durante a amamentação e 29,7% não tinham esse hábito.

Nas questões sobre as dificuldades encontradas pelas mães em amamentar seu primeiro filho, obteve-se o seguinte resultado: 51,4% responderam que depois do uso de bicos artificiais (chupetas, mamadeiras e protetores de mamilos) os bebês recusaram mamar no peito, causando uma confusão de bicos (Tabela 5).

Foram encontrados problemas relacionados à mama, tais como: peitos muito cheios, (81,1%) ingurgitamento mamário (37,8%), hipogalactia (21,6%) e mastite (10,8%). Quanto ao mamilo, (83,8%) disseram ser protruso, (5,4%) invertido e (10,8%) plano.

Tabela 3 - Características quanto à gestação das entrevistadas. ESF do Cintra I e II e Morrinhos, 2010.

Variável	N	%
Tipo de parto		
Cesárea	21	56,8
Vaginal	16	43,2
Onde fez pré-natal		
ESF	14	37,8
Hospital	3	8,1
Cento de saúde	12	32,4
Clinica particular	8	21,6
Número de consultas P.N.		
Menor de 6	8	21,6
≥ 7	29	78,4

Verificou-se ainda que 32,4% das mães sentiram dores no peito durante a amamentação, 35,1% dos casos ocorreram fissuras no mamilo e 43,2% das mães sentem-se fracas quando estão amamentando.

Já em relação ao bebê, 73% das mães disseram que o mesmo não conseguiu fazer a pega corretamente e 64,9% conseguiram achar uma posição correta para o bebê mamar. Outras dificuldades relatadas pelas mães estão relacionadas a dificuldades, como prematuridade (9,4%) e síndrome de Down (apenas um caso).

Tabela 4 - Avaliação das Primíparas segundo amamentação no período entre Maio e Junho de 2010.

Variável	N	%
Teve dificuldade de amamentar seu primeiro filho		
Sim	8	21,6
Não	29	78,4
Sente vontade em amamentar		
Sim	33	89,2
Não	4	10,8
Sente-se despreparada para amamentar		
Sim	8	21,6
Não	29	78,4
Você aprendeu durante o pré-natal como amamentar		
Sim	17	45,9
Não	20	54,1
Tem um ambiente calmo pra amamentar		
Sim	35	94,6
Não	2	5,4
Você teve ajuda durante a amamentação		
Sim	8	21,6
Não	29	78,4
Teve que voltar a trabalhar ou estudar		
Sim	18	48,6
Não	19	51,4
A amamentação ocupa muito tempo		
Sim	15	40,5
Não	22	59,5
Você bebia água antes ou durante a amamentação		
Sim	26	70,3
Não	11	29,7
Possuía medo de amamentar após ter recebido medicamentos		
Sim	15	40,5
Não	22	59,5

Tabela 5 - Dificuldades encontradas pelas mães em amamentar seu primeiro filho no período entre Maio e Junho de 2010.

Variável	N	%
Uso de bicos artificiais		
Sim	19	51,4
Não	18	48,6
Peitos muito cheios		
Sim	30	81,1
Não	7	18,9
Mama empedrada ou ingurgitada		
Sim	14	37,8
Não	23	62,2
Sentiu dores no peito, durante a amamentação.		
Sim	12	32,4
Não	25	67,6
O bico do peito com rachaduras		
Sim	13	35,1
Não	24	64,9
Hipogalactia		
Sim	8	21,6
Não	29	78,4
Mastite		
Sim	4	10,8
Não	33	89,2
Sente-se fraca quando esta amamentando		
Sim	16	43,2
Não	21	46,8
O bico é		
Protruso	31	83,8
Invertido	2	5,4
Plano	4	10,8
O bebê conseguiu fazer a pega correta		
Sim	27	73,0
Não	10	27,0
Conseguiu achar uma posição para amamentação		
Sim	24	64,9
Não	13	35,1
Meu filho era		
Baixo peso	3	8,1
Prematuro	2	5,4
Apresentou alguma síndrome	1	2,7
Nenhuma dessas opções	31	83,8

Os achados do estudo são pertinentes às dificuldades encontradas pelas mães em amamentar seu primeiro filho, sendo semelhantes com os dados apontados pela literatura. A maior parte das primíparas deste estudo possui idade entre 18 e 25 anos. A pouca idade materna é identificada como fator de risco para interrupção do AM, conforme apontado em pesquisa realizada em Porto Alegre (RS) ¹¹. No que diz respeito à

classe social, de acordo com o “Critério de Classificação Econômica Brasil”, verificou-se que a maioria das famílias são de baixa renda. Dennis, em uma revisão sistemática, encontrou que mães brancas, com mais de 25 anos, com maior renda e escolaridade houve uma maior duração da amamentação¹².

Quanto ao acompanhamento da gestante, o Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. A captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação é primordial ¹³. No estudo constatou-se que 78,4% das mães tiveram sete ou mais consultas pré-natais, ou seja, a maioria das mães teve um acompanhamento com o número de consultas adequado no pré-natal. Resultados distintos foram encontrados em estudo realizado no interior de Minas Gerais, com número de consultas de pré-natal desfavorável, sendo inferior a cinco ⁶.

Apesar do quantitativo favorável das consultas de pré-natal, ressalta-se nesta pesquisa que 54,1% das mães não aprenderam a técnica de amamentação no pré-natal. Questiona-se se assim a qualidade dessas consultas, no que diz respeito às informações transmitidas pelo profissional durante o pré-natal. Durante a consulta de pré-natal os profissionais são os responsáveis diretos pela qualidade do atendimento prestado ¹⁴ Além disso, não basta dizer para a gestante que ela “tem que” amamentar, e abordar as diversas vantagens do leite materno como um ato isolado. As informações sobre a técnica de amamentação exigem a efetivação de uma abordagem empática, integral, sem preconceitos ou pressupostos e que permitam adentrar no mundo da vida da primípara, tentando compreender as relações

sociais que influenciam no desenvolvimento do aleitamento materno¹⁵.

Na presente pesquisa, a frequência do parto cesariano foi predominante em relação ao vaginal. Cabe salientar que o parto cesáreo não é o mais recomendado para o processo de amamentação. Vários autores^{14,16} têm evidenciado menores taxas, tanto de início quanto de duração de amamentação, em mães que são submetidas à cesárea. O parto cesárea dificulta a ida da mãe para o alojamento conjunto e o início precoce da amamentação.

Outro aspecto importante é o apoio que empresas e escolas têm que propiciar às mães que as frequentam, respeitando o direito de amamentar e ainda aderindo às leis que protegem a amamentação. O período constitucional da licença maternidade que atualmente é de seis meses, a disponibilidade de dois períodos de meia-hora para amamentar durante a jornada de trabalho - para filhos de até seis meses de idade - e ainda a criação de condições para a mãe extrair, coletar e armazenar o leite materno são algumas especificações que auxiliam as mães a protegerem seus filhos dando-lhes o melhor alimento para essa idade¹⁷.

Cerca de 34% das mães brasileiras que trabalhavam fora de casa e que tinham bebês menores de um ano, não amamentavam mais a criança, enquanto as mães que não trabalhavam fora, esse índice era de (19%)¹⁸. O fato de precisar trabalhar para contribuir com a renda familiar pode ser um empecilho para a manutenção do aleitamento materno exclusivo e uma justificativa para início do processo de desmame, quando ela não encontra condições que lhe permitam continuar amamentando o filho¹⁹. Na presente pesquisa, 48,6% das mães tiveram que retornar ao trabalho ou estudo, o que pode comprometer a duração da amamentação.

A falta de orientação no período gestacional e puerperal, associada à ansiedade do primeiro filho e ao fato de as mães não saberem fazer a ordenha, pode ter contribuído para o ingurgitamento mamário e posteriormente o desenvolvimento da mastite²⁰. No presente estudo, 37,8% das pacientes apresentaram mamas ingurgitadas e 10,8%, mastite.

A fissura de mamilo esteve presente em 35,1% das entrevistadas. A fissura deve ser prevenida, visto que pode representar a porta de entrada de bactérias pelos ductos lactíferos ou pelos linfáticos peri-ductais, interrompendo a primeira barreira de defesa. As fissuras causam dor, mas não impedem que a mãe continue a amamentar seu bebê, até mesmo porque elas cicatrizam rapidamente se a mãe tomar as devidas providências¹⁸. Para ajudar a prevenir as fissuras, a posição adequada da criança no momento da mamada é fundamental para o não aparecimento. Contudo, o aparecimento de fissuras não significa que as mães devam interromper a amamentação.

Quanto às dores encontradas durante a amamentação, verificou que 32,4% das mães relataram dor. A dor ocorre em função da liberação de ocitocina durante a ejeção do leite, promovendo simultaneamente a contração uterina, ocasionando o desconforto durante a amamentação²¹. Outra causa da dor é o fato de algumas mães sentirem sensibilidade no mamilo no início da mamada durante alguns dias. Essa sensibilidade inicial desaparece à medida que a mãe e o bebê melhoram sua habilidade de aleitamento materno. Se essa sensibilidade for tão dolorida a ponto da mãe recear colocar o bebê na mama, ou se houver danos visíveis ao mamilo, essa dor não é normal e precisa ser avaliada. Não é aconselhável interromper o aleitamento materno para descansar o mamilo. A mãe pode

ficar com peito ingurgitado, dificultando a pega da mama pelo bebê¹⁷.

A dor pode ser considerada como uma grande dificuldade no processo de amamentação, principalmente quando for causada por um trauma mamilar. Muitas mães com esse problema oferecem mamadeira aos seus filhos para espaçarem as mamadas. Essa prática pode resultar em menor produção de leite, fazendo com que a oferta de mamadeira continue e que a amamentação seja interrompida¹¹.

Diante disso, este estudo evidenciou que a principal dificuldade em amamentar é devida à pega incorreta. Destaca-se que a dor e as fissuras, também chamadas de rachaduras, são indicativos de pega incorreta. Em outras palavras, a rachadura em mamilos está normalmente relacionada à técnica inapropriada de amamentação que não somente causa dor, resultando em um impacto negativo na qualidade das mamadas²². Nessa perspectiva, salienta-se que esses problemas poderiam ser evitados e prevenidos se as mulheres fossem orientadas quanto às técnicas adequadas de amamentação. É necessário o acompanhamento das mães que amamentam para identificação de possíveis problemas.

O uso de bicos artificiais como chupetas, mamadeiras e protetores de mamilo, acaba confundido o bebê durante a amamentação e influenciando os mesmos a reduzirem a vontade de mamar. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher identificou que a prevalência do uso de chupeta entre crianças menores de 24 meses que estavam ou não em aleitamento materno era de 27,6% e 53,6%, respectivamente¹. Estudo realizado na região da zona da Mata verificou que as mães, apesar de serem orientadas sobre os danos do uso de chupetas, optavam pela sua utilização. Esse

objeto representava uma espécie de ajuda por permitir a realização de outras atividades pela mãe e por *acalmar* e *entretêr* o bebê²³.

Sobre o leite, 18,9% das mães acham que o leite é fraco; no entanto, Brasil (2009) afirma também que não existe leite fraco. Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco. Verifica-se assim que ainda existem mitos e tabus sobre o leite materno. Isso pode estar relacionado com a falta de informação sobre a importância do aleitamento materno²².

A utilização do leite fraco como alegação para o desmame tem uma secularidade, que tem sua origem no movimento higienista do século XIX. Esse movimento promove a amamentação por meio de ações que buscam responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpabilizá-la pelo desmame. Assim, nesse tipo de alegação verbalizado pelas mulheres observa-se a impregnação de um pedido de ajuda latente frente às dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação, no qual as mães não conseguem ou não sabem como se portar²⁴.

Constatou-se na presente pesquisa que 89,2% das primíparas demonstravam vontade em amamentar. O estudo também aponta que 78% das mães estão despreparadas para amamentar. A falta de confiança da mãe quanto à capacidade de amamentar seu filho e práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde atrapalham na amamentação²².

É papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) fazer grupos educativos a fim de sensibilizar as mães a amamentarem e a ensiná-las a amamentar, mostrando dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Isso faz parte de uma declaração conjunta da OMS/UNICEF que enfatiza que ensinar o porquê do aleitamento materno é importante para os bebês, para as mães e famílias. Ensinar a fazer a preparação das mamas

e dos mamilos durante o pré-natal, discussão de AM com as gestantes, a importância do leite materno e dos nutrientes que ele tem e ressaltando os riscos de não amamentar¹⁷.

Evidencia-se que as instruções acerca da técnica correta visto que ainda há falhas no processo de amamentação. As ações das ESF devem ser avaliadas para que haja um processo de comunicação efetiva entre profissionais da equipe e mães acerca, principalmente da técnica correta de amamentação. Para que haja um trabalho efetivo é necessária a capacitação desses para o desenvolvimento de competências - processo que envolve “conhecimento, habilidades e atitudes”- no manejo das distintas fases da lactação.

Quanto à primípara, a ação do enfermeiro e dos demais profissionais da equipe deve estar relacionada à promoção e apoio à amamentação. É necessária uma assistência especial, pois não basta orientar. É importante o acompanhamento com diálogo, visando à qualidade do cuidado. O envolvimento do profissional de saúde com o processo da amamentação para primíparas, como incentivar a amamentação, alertando sobre as dificuldades e complicações, pode favorecer a duração do AM e conseqüentemente impedir o desmame¹⁴.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou descrever as dificuldades encontradas pelas mães ao amamentarem seu primeiro filho. Evidenciou-se a necessidade de capacitar as mães sobre essas dificuldades para ajudá-las a amamentar exclusivamente seus filhos até os seis meses de vida.

A principal dificuldade está relacionada à técnica incorreta de amamentação, mais precisamente à pega incorreta, acarretando dores, fissuras, e possivelmente o desmame.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jul./set. 3(3):2137-46

Conclui-se também que a caracterização das mães e as variáveis relacionadas no processo de amamentação, influenciam menos que o papel a ser desempenhado pela saúde pública, no que diz respeito à amamentação pelas primíparas. O acompanhamento eficaz com as instruções necessárias se faz primordial para a sequência do processo de amamentação.

Sugere-se que outros trabalhos sejam realizados abordando esta temática quanto à orientação das mães pelos profissionais, bem como a realização de práticas de orientação à amamentação por estes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Semana mundial da amamentação. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
2. Pontes CM, Alexandrino AC, Osorio MM. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84(4):357-364.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
4. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
5. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007;34(3):212-9.
6. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):241-6.

7. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(5):441-4.
8. Fátima RSVM, Cristina ICC, Gonçalves MA, Soares VP. Fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Rev Para Med Belém*. 2008; 22(1):57-62.
9. Prates AC, Nobre G, Almeida WCM, Carmem GF. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1965-70.
11. França MC, Tamborindeguy EJG, Dias LO, Weigert EML, Cordova LES, Valderez CK, Lourenzi ALB. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):607-14.
12. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):12-32.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
14. Silva AV, Oliveira DM, Grei EVE, Gonçalves PC, Gesteira ECR, 2009. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(3):220-25.
15. Almeida IS, Ribeiro IB, Rodrigues BMRD. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare enferm*. 2010;15(1):19-25.
16. Silveira RB; Albernaz E; Zuccheto LM. O tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada: o ideal e o real. *Rev eletr enf*. 2008;10(3):654-61.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Aleitamento materno. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
19. Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. *Rev bras enferm*. 2010;63(1):58-65.
20. Sales AN, Oliveira GV, Socorro MQM, Teixeira SPMAA, Vieira TO. Mastite Puerperal: Estudo de Fatores Predisponentes. *Rev Bras Ginecol. Obstet*.2000;22(10):627-632.
21. Nakano AMS. Aleitamento materno e mulher: uma proposta de ação na construção da mulher enquanto sujeito social. São Paulo (SP): NEMGE. 2002.
22. Souza TO, Bispo TC. Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da chapada, município de Aporá (BA). *Rev baiana saúde pública*. 2007;31(1):38-51.
23. Marques ES, Cotta RMM, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. *Rev. bras. enferm*. 2009;62(4):562-69.
24. Almeida JAG, Novak, FR. Amamentação: um híbrido de natureza e cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5):119-125.

Recebido em: 09/03/2011

Aprovado em: 30/05/2011