



CLÍNICA

FATORES SOCIOCULTURAIS QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO ENTRE MULHERES DE BAIXA RENDA EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DO MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA ENTRE MUJERES DE BAJA RENTA EN FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL: UNA PERSPECTIVA A PARTIR DEL MODELO DEL SOL NACIENTE DE LEININGER

*Henry, Beth A. **Nicolau, Ana IO. **Américo, Camila F. ***Ximenes, Lorena B. ****Bernheim, Ruth G. ***Oriá, Mônica OB.

*Socióloga, Mestre em Saúde Pública, University of Virginia. **Enfermeira. Universidade Federal de Ceará
Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. * Mestre em Saúde Pública, University of Virginia.

Palavras-chave: aleitamento materno, cultura, fatores socioeconômicos

Palabras clave: lactancia materna, cultura, factores socioeconómicos

Keywords: breastfeeding, culture, socioeconomic factors

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido para analisar os fatores socioculturais que podem influenciar a prática da amamentação entre mulheres de baixa renda em Fortaleza, Ceará, Brasil. Este estudo observacional utilizou a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger para identificar e analisar os fatores socioculturais chave. O estudo envolveu 12 gestantes e nutrizes. Usando um formulário de observação criado de acordo com o modelo do Sol Nascente (Leininger) foram realizadas visitas nos domicílios das mulheres e observadas suas condições de vida. As observações foram registradas no formulário e foram realizadas fotografias das condições gerais da moradia, da vizinhança e do serviço de saúde local. As condições de vida são pobres. A maioria das casas tem refrigeração inadequada, problemas estruturais e pouco espaço. Isso revela a gravidade das condições econômicas dos residentes. As mulheres observadas em geral eram autônomas e viviam com pelo menos um membro da família. Os fatores que pareceram ter mais influência sobre a decisão das mulheres em amamentar foram os fatores econômicos e familiares. Espera-se que os achados deste estudo levem a intervenções mais efetivas e culturalmente apropriadas visando o aumento do início e duração da amamentação.

RESUMEN

Esta investigación fue desarrollada para analizar los factores socioculturales que pueden influir en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil. Este estudio de observación utilizó la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger para identificar y analizar los factores socioculturales clave. El estudio involucró a 12 gestantes y nodrizas. Usando un formulario de observación creado de acuerdo con el modelo del Sol Naciente (Leininger), fueron llevadas a cabo visitas en los domicilios de las mujeres y observadas sus condiciones de vida. Las observaciones fueron registradas en el formulario y se sacaron fotografías de las condiciones generales de la morada, de la vecindad y del servicio de salud local. Las condiciones de vida son pobres. La mayoría de las casas tiene refrigeración inadecuada, problemas estructurales y poco espacio. Eso revela la gravedad de las condiciones económicas de los residentes. Las mujeres observadas en general eran autónomas y vivían con por lo menos un miembro de la familia. Los factores que aparentemente ejercían mayor influencia sobre la decisión de las mujeres a favor de la lactancia fueron los económicos y familiares. Se espera que los hallazgos de este estudio lleven a intervenciones más efectivas y culturalmente apropiadas con objeto de aumentar el inicio y la duración de la lactancia.

INTRODUÇÃO

A amamentação é tida pelos profissionais de saúde como uma das mais efetivas formas de proteger a saúde da mãe e da criança. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) refere o leite materno como “a primeira imunização do bebê que ajuda a prevenir contra diarreia, otites, infecções pulmonares e outros problemas de saúde.”¹ Vários estudos indicam os benefícios físicos, mentais e emocionais que a amamentação traz para as crianças.²⁻⁴ Além disso, estudos conduzidos em todo o mundo demonstram que existem uma miríade de benefícios associados com a amamentação.⁵ Para as crianças, isso significa uma imunidade mais forte que diminui o risco de contrair outras doenças. Estudos populacionais com maiores taxas de sucesso quanto a amamentação têm mostrado menores taxas de morbidade e mortalidade infantil, diminuição das taxas de doenças crônicas (ex. Câncer, diabetes, obesidade, etc...) e melhora no desenvolvimento cognitivo.⁶

Além disso, existem benefícios às mães relacionados aos custos e à saúde. De acordo com o *Department of Health and Human Services Office on Women's Health*, a amamentação “ajuda a minimizar o sangramento puerperal, retarda o início do ciclo ovariano normal, aumenta a auto-eficácia, reduz o risco de câncer ovariano e de mama e permite o retorno mais precoce do peso materno pré-gravídico.”⁷ A amamentação bem sucedida também impede que a mãe tenha que investir na compra de caras fórmulas lácteas para seu filho.⁸ A Academia Americana de Pediatria advoga a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida do infante e recomenda que as mães devam amamentar sua criança por pelo menos um ano.⁹

Mesmo com todos estes benefícios, a prática do desmame precoce é uma realidade freqüente em diferentes países. O Brasil é o maior país da América do Sul. Muitos aspectos sociais flagelaram este país em vias de desenvolvimento e as disparidades socioeconômicas e raciais contribuíram para as tendências atuais em saúde.¹⁰ A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) relatou que três das principais causas determinantes de desigualdades da saúde - grupo étnico, posição geográfica e instrução - são predominantes em vários países, tais como Brasil, que sofrem com elevadas taxas de mortalidade infantil.¹¹ As áreas mais pobres do Brasil estão situadas no Nordeste, as quais conseqüentemente detêm uma parcela muito grande de casos de doenças evitáveis e outras doenças, especialmente entre crianças. Em 2004, os relatórios estatísticos indicaram que as crianças com menos de cinco

anos de idade compreenderam 9% da população total e foram responsáveis por 6,1% das mortes.¹² Fortaleza, capital do Ceará, está situada na região nordeste do Brasil. As crianças que residem em comunidades de baixa renda (favelas) na periferia da cidade sofrem de desnutrição e diarreia crônica.

A média brasileira da amamentação exclusiva é 47,5% no primeiro mês de vida da criança e diminui drasticamente para 7,7% no 6º mês. Fortaleza excede estas taxas com 73,4% dos infantes recebendo leite materno exclusivo no primeiro mês e 10,2% aos 6 meses.¹³ A baixa adesão às diretrizes da amamentação é o principal interesse da saúde porque se transforma em um catalisador para várias doenças da infância e aumenta as possibilidades de morbidade e mortalidade infantil. Oriá et al conduziram uma revisão literária a fim de sintetizar a pesquisa relacionada à amamentação, organizar resultados em períodos históricos e conhecer que tipos de programas e estudos foram lançados no Brasil para abordar os problemas em torno da amamentação.¹⁴ As autoras desenvolveram uma linha do tempo iniciando com o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Numerosos estudos mostraram que este programa teve um impacto significativo nas taxas de adesão e duração da amamentação entre as mulheres.

O governo brasileiro estabeleceu o PNIAM em março de 1981. O programa tinha como objetivo proteger, promover e apoiar a amamentação por meio do uso dos meios de comunicação, legislação trabalhista, controle do mercado de fórmulas infantis, programas e materiais educativos.¹⁵ De acordo com um estudo, houve um notável aumento na duração da amamentação (de 74 para 167 dias ou de 10,5 semanas para 23,8) entre 1975 e 1989; as taxas continuaram a elevar-se, alcançando 210 dias (30 semanas) em 1996.¹⁶ No entanto, as taxas gerais de amamentação, particularmente na região nordeste do país, continuam ficando para trás em comparação com os padrões estabelecidos pelo OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela UNICEF.

Amamentar é um dos muitos comportamentos de saúde que foi amplamente afetado pelas normas sociais. Ao explorar o Nordeste do Brasil, alguns autores identificaram dezesseis fatores socioculturais que influenciaram o declínio da amamentação no Nordeste do Brasil.¹⁷ Algumas das principais influências são mudança familiar, diferenças sociais e culturais, ausência de pessoas idosas que informam a tradição da amamentação, associações feitas entre o método escolhido da alimentação e o status socioeconômico (isto é, a opinião de que somente as mulheres pobres amamentam seus bebês) e as mudanças no papel econômico das mulheres no sustento de sua família.

A literatura revela cada vez mais estudos que definem determinantes sociais e culturais da amamentação. Nas comunidades de baixa renda os fatores que parecem geralmente influenciar decisões a respeito da amamentação estão associados com a instrução, o emprego e a família. O mais interessante é que amamentar é comum no nordeste do Brasil, mas é frequentemente interrompida pela introdução precoce de outras fontes de nutrição.¹⁶ Não obstante, mostra-se que os infantes amamentados exclusivamente ao seio tem peso e altura substancialmente melhores em comparação com outros infantes.¹⁸ A identificação contínua de influências socioculturais ajuda os profissionais de saúde a criar campanhas e intervenções mais eficazes. Diversos instrumentos e teorias buscam alcançar isto. Este estudo foi desenvolvido para analisar os fatores socioculturais que podem influenciar as práticas da amamentação de mulheres de baixa renda em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Referencial Teórico

A Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger é a união dos conceitos dos campos de enfermagem e antropologia. De acordo com Leininger, a finalidade e o objetivo da teoria são “fornecer um cuidado culturalmente congruente, seguro e significativo aos clientes de culturas diversas ou similares”.¹⁹ Esta teoria tem sido um instrumento que ajuda a desenvolver maneiras de abordar o fornecimento do cuidado que são culturalmente apropriados para uma dada população e que estejam alinhadas às práticas tradicionais dos cuidados de enfermagem.

A cultura é definida como “os estilos de vida de um indivíduo ou de um grupo em relação aos valores, às crenças, normas, padrões e práticas”.²⁰ A cultura é o legado que os membros de um grupo passa para outro entre as gerações. Como um profissional de saúde vê e compreende a cultura é de particular importância para fornecer um melhor cuidado.

A teoria de Leininger é derivada de cinco suposições principais, incluindo a opinião de que curar não ocorre sem o cuidar, cada cultura carrega um conhecimento original e único de práticas do cuidado, e os vários fatores socioculturais influenciam valores, crenças e práticas.²¹⁻²²

MATERIAL E MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo qualitativo e observacional apoiado na Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, para examinar acurada e apropriadamente as influências sociais no comportamento de amamentar. A teoria de Leininger oferece conceitos originais para os investigadores que desejam compreender e analisar os estilos de vida e tradições culturais de estrangeiros. Diversos estudos tem usado esta teoria e outras estruturas teóricas que incorporam a cultura a fim de avaliar os problemas de saúde e a melhor maneira de resolvê-los.²³⁻²⁵ A partir do modelo do sol nascente de Leininger foi criado um instrumento para a observação do campo baseado nos sete fatores sociais e culturais: 1. tecnológico; 2. religioso e filosófico; 3. parentesco e social; 4. valores culturais, crenças e estilos de vida; 5. político e legal; 6. Econômico, e 7. educacionais.²⁶⁻²⁷

A amostra foi identificada a partir da consulta aos prontuários de gestantes e puérperas do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) localizado no Planalto do Pici para então dar-se início às visitas domiciliares. Foram associados marcadores para a observação com cada fator correspondente. Este método permitiu um nível de consistência que conduziu as observações do campo. As observações foram registradas em diário de campo e as fotografias registraram as condições dos domicílios e da vizinhança. O consentimento verbal foi obtido para realizar as fotografias das residências. Além da observação, uma pequena análise da literatura foi conduzida para conhecer os estudos que tinham utilizado a Teoria do Cuidado Cultural e o modelo do sol nascente e para localizar outros estudos que tentaram abordar causas sociais determinantes da amamentação entre mulheres brasileiras.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Ceará (UFC). O tamanho de amostra para este estudo foi de 12 mulheres e segue os aspectos éticos exigidos pela Resolução Brasileira nº 196/96.²⁸

RESULTADOS

Cada mulher vivia em um dos dois bairros: Planalto Pici ou Pan-Americano. Os bairros não tinham ruas pavimentadas ou acostamentos. As chuvas criavam poças de água

contaminada. Durante as visitas domiciliares frequentemente eram vistas crianças brincar na rua, a maioria sem sapatos e com pouca roupa. As pilhas de lixo e vidros quebrados decoravam as calçadas. As pilhas de tijolos e a sujeira permaneciam ao lado de casas abandonadas e dilapidadas. Os esgotos abertos que contêm água insalubre e vários tipos de lixo serviam como quintal para algumas casas. As residências estavam muito próximas umas às outras. As imagens destas observações gerais são indicadas nas **Figuras 1-4**.



[Figura 1. Esgoto aberto situado no bairro Pan-Americano.]



[Figura 2. Pilhas de sujeira e de tijolos ao lado de uma casa abandonada e os canteiros das ruas estão desarrumados e com lixo.]



[Figura 3. Casas construídas muito próximas umas às outras.]



[**Figura 4.** Residência que faltava mobília básica tal como camas e sofás, mas tinha um bom sistema de som e televisão.]

Em geral, as mulheres pareceram satisfeitas com suas gravidezes ou o nascimento recente de seus filhos. A maioria das mulheres exibia sinais de fadiga e de exaustão; esta fraqueza física foi causada muito provavelmente pela gravidez mas nenhuma conclusão formal poderia ser feita a nível observacional. As condições das casas geralmente revelaram a severidade da pobreza da mulher. As casas ou apartamentos extremamente pequenos faltavam camas e tinham o mínimo de mobília e eram geralmente ocupados por várias pessoas incluindo a participante. As mulheres mais empobrecidas não tinham nem mesmo a mais básica mobília (ex. berços) e outros materiais para seus bebês. Muitos residentes usavam redes no lugar das camas formais. Algumas mães usavam as redes como um berço temporário para que seu bebê pudesse dormir.

Tecnologia:

As observações realizadas sobre tecnologia foram separadas em três categorias: acesso às mídias, nutrição e higiene. A maioria das mães tinha acesso aos meios de comunicação através da televisão ou do rádio. Poucas mães tinham acesso a telefone em seus domicílios; a maioria usava um telefone público ou fazia e recebia chamadas telefônicas através do centro de saúde localizado no bairro. A maioria das casas não possuía iluminação suficiente e às vezes os dispositivos elétricos estavam expostos e quebrados. Embora todas as mulheres tenham sido classificadas como de baixa renda, a severidade da pobreza variou entre elas. Ficou claro que as mulheres que viviam em condições menos severas de pobreza tinham equipamentos mais novos e mais tecnológicos.

Sob a categoria nutrição, a maioria das mulheres tinha utensílios de cozimento adequados tais como fogões, potes e panelas. Muito poucas, entretanto, tinham acesso ao microondas ou a um forno. Algumas cozinhas pareciam ter dispositivos mais modernos, mas em geral os utensílios eram velhos e gastos. Aproximadamente metade das participantes tinha um refrigerador, mas poucas possuíam uma fonte de água filtrada. Em relação à categoria higiene, todas as residências tinham toaletes, entretanto, apenas algumas tinham acesso aos toaletes com descarga. Nenhuma residência tinha acesso a chuveiro. As mulheres que sofrem de níveis mais severos de pobreza viviam em casas com paredes degradadas e rachadas e com tubulações expostas.

Religioso/Filosófico:

Não houve tempo suficiente para analisar completamente a exposição às crenças e às tradições filosóficas e religiosas para avaliar sua influência na amamentação. Entretanto, a afiliação religiosa pareceu ser dependente do nível de renda; as mulheres que viviam em circunstâncias mais empobrecidas (isto é, sem tecnologia avançadas e mobília nos domicílios) não indicaram nenhum interesse em freqüentar a igreja e continham poucos ou nenhum objeto religioso em suas casas.

Parentesco e Social:

As mães mais jovens tendiam a ser solteiras e viviam com uma parente mais velha e do sexo feminino, geralmente a mãe ou a avó. Em geral, as mulheres indicaram que elas consultavam os membros da família a respeito de suas decisões para amamentar. Isto sugere que a família possui um papel vital no sucesso da amamentação. Das mulheres que eram casadas ou viviam em uma união civil, os maridos pareciam estar muito envolvidos na vida familiar.

Valores culturais, Crenças e Estilos de Vida:

A maioria das mães pretendia amamentar por quatro a cinco meses. As razões para interromper a amamentação estavam amplamente relacionadas ao trabalho. Sua intenção de amamentar implica em dizer que as mulheres consideram o valor na amamentação para a saúde da criança; este reconhecimento poderia ser resultado da informação e do conhecimento fornecidos pelo CEDEFAM, posto em que os profissionais de saúde incorporam a orientação da amamentação desde o cuidado pré-natal. A maioria das mulheres também compareceram regularmente às consultas pré-natais agendadas o que demonstra o entendimento das mulheres da importância dessa assistência para uma gravidez saudável e bem sucedida. Como mencionado anteriormente, o PNIAM inflamou uma iniciativa agressiva visando o aumento da duração da amamentação; estes esforços nacionais sugerem que os valores culturais gerais incluem a proteção da saúde das crianças como uma prioridade.

Político e Legal:

Os fatores políticos e legais podem ser vistos nos diferentes níveis governamentais: local, estadual e nacional. Durante o estudo os trabalhadores federais estavam em greve por diversas semanas; isto afetou muitas agências e departamentos, incluindo o banco de leite humano da Universidade Federal do Ceará (UFC). Os bancos de leite humano são essenciais porque fornecem o leite humano saudável para bebês cujas mães não podem amamentar (que estejam infectadas com doença contagiosa) e fornecem apoio para as mães que experimentam dificuldades no manejo da amamentação. Infelizmente, as

condições socioeconômicas podem ter um importante impacto no fornecimento de cuidados médicos, tendo um efeito dominó e finalmente impedindo os indivíduos de receber o cuidado que precisa e merece. No Brasil, a maioria das mulheres que trabalha fora de casa (economia formal) está assegurada, pela constituição brasileira de 1988, com uma licença maternidade de 4 meses a fim amamentar seu recém-nascido. Três meses depois da conclusão deste estudo, o Senado brasileiro aprovou um plano para estender este período para 6 meses. Esta política precisa de outras duas aprovações para tornar-se lei; entretanto, muitos estados brasileiros, incluindo o Ceará, já adotaram esta prática. O impacto deste novo regulamento não é conhecido ainda, mas certamente trará mais vantagens à saúde do binômio mãe-bebê.

Econômico:

As mulheres com melhores situações financeiras pareciam exibir níveis inferiores de estresse e exaustão. A maior parte da renda era destinada para custear os alimentos e o entretenimento a despeito de proporcionar melhores condições do domicílio. As residências que sofrem com paredes rachadas e tubulações expostas muitas vezes continham televisões e sistemas de som. Isto sugere que muitas pessoas da comunidade usam o dinheiro para satisfazer seus desejos em detrimento de suas necessidades.

Educacional:

Diversos estudos sugerem que o nível de instrução da mulher esteja relacionado diretamente com o sucesso da amamentação. Infelizmente, não houve tempo suficiente para observar e analisar adequadamente as condições educacionais na área estudada. Esta é uma das limitações que será discutida posteriormente.

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores socioculturais que podem influenciar a prática da amamentação. Posteriormente são discutidas soluções relacionadas a cada fator cultural como sugestão para que a melhor promoção e educação em saúde sejam realizadas. Para compreender inteiramente a população alvo, os profissionais de saúde devem expor a si mesmos a um mundo diferente. As visões de mundo são criadas em consequência das influências existentes nos próprios ambientes que dão forma à maneira como nos vemos e como vemos outras sociedades.

Foi observado claramente que os dois fatores sociais mais importantes no sucesso da amamentação são o econômico e o familiar. A situação econômica de uma mulher pode ter um efeito profundo no bem-estar físico e emocional. O estudo de Venâncio e Monteiro que engloba causas determinantes, contextuais e individuais da amamentação explica que a amamentação exclusiva está associada positivamente com o status socioeconômico, e ainda exemplifica que amamentação exclusiva foi identificada mais predominantemente entre mulheres com maiores renda e escolaridade.²⁹ Outro estudo conduzido por Oliveira et al identificou que a interrupção precoce da amamentação esteve associada a pessoas com condições de vida inferior.³⁰ Esses achados sustentam a idéia de que os profissionais da saúde precisam focalizar especialmente nas mulheres de mais baixa renda ao criar e aplicar intervenções. Em uma análise econômica da amamentação, Ball et al descobriram que a amamentação tem um menor custo para as diversas partes envolvidas, incluindo a mãe, a criança, as agências de saúde e os órgãos de governo.³¹ Os autores afirmam que a escolha da mulher de amamentar minimizará as possibilidades de que o bebê venha a desenvolver alguma doença seja simples ou grave, as quais aumentam incontestavelmente as despesas

com tratamentos médicos. Vendo a amamentação do ponto de vista da prevenção, esta escolha aumentaria as possibilidades da criança ter uma vida mais saudável. Se o percentual de mulheres que amamentam aumentar para o padrão ideal, as taxas de morbidade e mortalidade infantil diminuiriam e as despesas com pacientes nas instituições de saúde diminuiriam também. Os autores cobram que os órgãos governamentais financiem as campanhas que promovam este tipo de comportamento na saúde para proteger o interesse público; os benefícios de tal investimento compensariam indiscutivelmente o custo final.

O PNIAM tem investido na educação e promoção da saúde, apoiando as intervenções, incorporando novas políticas, usando mensagens para aumentar a conscientização das pessoas sobre o problema, e utilizando da tecnologia dos meios de comunicação para enviar essas mensagens. Enquanto os estudos indicam que este programa aumentou as tendências nacionais de amamentação, poucos investigadores têm percebido como os subgrupos dentro da população estão respondendo a estes esforços. Mais pesquisas precisam ser realizadas para compreender a melhor maneira de alcançar a população de difícil acesso, como as mulheres de baixa renda. Rea afirma que o sucesso do programa tem obtido taxas de amamentação cada vez mais crescentes e que isso é resultado de uma aproximação integrada do planejamento com componentes de aplicação do programa.³²

O papel do apoio familiar é outro fator importante a ser considerado quando se discute a influência acerca do comportamento da amamentação. As mulheres de renda mais baixa têm feito esforços adicionais para ganhar dinheiro suficiente e ter condições de sustentar suas famílias, uma realidade que se opõe freqüentemente às diretrizes sugeridas para o tempo de duração da amamentação exclusiva. Relações familiares mais fortes e positivas dentro de casa, entretanto, provaram ser um componente chave na diminuição do estresse. As mulheres que pareciam estar mais felizes e mais descansadas, durante sua gravidez ou no nascimento de seu bebê, recebiam geralmente apoio suficiente de seus maridos e, às vezes, de parentes que moram junto ou perto. Falceto e seus colegas descobriram que se por um lado o ritmo dos relacionamentos dos casais não parece ter impacto significativo em uma possível interrupção da amamentação, está por outro lado associada positivamente com o apoio paterno à mãe e ao bebê.³³ Pérez-Escamilla et al descobriram que a duração da amamentação exclusiva aumentou quando as mães tinham um parceiro morando junto.³⁴ Os autores também descobriram que a maior barreira para se conseguir uma amamentação exclusiva por um longo prazo era a necessidade que a mãe tinha de retornar ao trabalho.

O emprego como uma barreira para a amamentação bem sucedida transformou-se num tema de importância na autoria de livros sobre a amamentação. Em reconhecimento disto, o PNIAM incorporou um componente na política dedicado a executar as mudanças que incentivem mulheres que trabalham a amamentar exclusivamente seus bebês por períodos mais longos. Scavenius et al indicam que outros esforços políticos devem ajudar a conduzir as mulheres para a iniciação da amamentação e em seu término no devido tempo.³⁵ A alteração política mais recente ocorreu em outubro/novembro de 2007 quando o Senado brasileiro aprovou um plano para estender a licença maternidade para 6 meses. O governo está esperando que esta permissão incentive mais mães a comprometer-se exclusivamente com a amamentação de seus bebês por um período mais longo; espera-se que isso aumente a imunidade na infância às doenças crônicas tais como a desnutrição e diarreia.

Limitações

Devido este estudo de campo ter sido conduzido em duas favelas foi extremamente difícil encontrar as residências das participantes do estudo. Durante o estudo foi descoberto que algumas mulheres usaram endereços de amigos ou de parentes e não eram realmente

residentes da área estudada. Trabalhar com pessoas de baixa renda é difícil porque muitas vezes não é possível contatá-los por telefone, um meio de comunicação que é sempre garantido nos lares das famílias de países desenvolvidos. Estes fatores limitaram a habilidade das pesquisadoras de ter uma amostra maior e de coletar mais dados para o estudo.

Em segundo lugar, limitações no tempo não permitiram uma análise detalhada e aprofundada. Preferencialmente, para se desenvolver dados contínuos sobre todos os fatores a serem observados, acredita-se que os investigadores, especialmente aqueles que não estão trabalhando em seu país nativo, devem se preparar para passar pelo menos um período de seis meses no campo. Sugere-se que alguém que deseje participar do trabalho de pesquisa qualitativa internacional que envolva a análise sociocultural deva preferencialmente passar uma quantidade significativa de tempo no país a ser examinado e passar uma quantidade de tempo relevante até que se torne mais fluente no idioma visando minimizar as barreiras lingüísticas.

Conclusões

Enquanto o fluxo de leite humano é um fenômeno natural depois do nascimento da criança, o ato da amamentação esteve complicado historicamente por diversos fatores sociais e culturais. Alguns dos fatores chave que foram identificados como influentes na tomada de decisão pela amamentação são econômico e familiar. A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger fornece os conceitos que devem ser utilizados pelos profissionais da saúde pública que trabalham na arena global da saúde. A teoria provou-se útil na ajuda para identificar os principais influenciadores para diversos comportamentos da saúde. Uma aproximação interdisciplinar e cultural que exponha os problemas de saúde causados pelo término precoce da amamentação é necessária a fim de produzir campanhas de promoção mais fortes e mais eficazes na área da saúde.

Mais análises precisam ser conduzidas na área de política de saúde e da amamentação. Além disso, mais comparações devem ser feitas entre países em vias de desenvolvimento e países desenvolvidos tais como Brasil e Estados Unidos. Abraçando vários pontos de vista mundiais, os profissionais de saúde de diferentes países podem ajudar-se ao identificar soluções para os problemas de saúde e para os interesses predominantes. No intuito de honrar os esforços de prevenção da saúde, as mães devem ser reconhecidas como fornecedoras cruciais da saúde e suas contribuições físicas e emocionais são essenciais para o bem-estar físico e emocional de suas crianças. E por último, os trabalhadores do setor da saúde e os órgãos do governo que estabelecem as leis precisam identificar soluções para cada nível da sociedade: individual, comunitário, estadual, nacional, e global. Somente quando a informação vital é disseminada e é tomada uma ação para cada nível, é que a diferença pode ser feita em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Children's Fund. Facts for life: Why it is important to share and act on information about breastfeeding. 2002.
2. Araujo CL, Victora CG, Hallal PC, Gigante DP. Breastfeeding and overweight in childhood: evidence from the Pelotas 1993 birth cohort study. *Intern J Obesity*. 2006; 30(3): 500-6.
3. Brunken GS, Silva SM, Franca GVA, Escuder MM, Venancio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. *JPED*. 2006; 82(6): 445-51.

4. U.S. Department of Health and Human Services. Breastfeeding - best for baby. best for mom. Retrieved Nov 19, 2007, from <http://www.womenshealth.gov/Breastfeeding/index.cfm?page=home>.
5. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, da Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007; 15(1):62-9.
6. Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington: Pan American Health Organization. 2002.
7. Office on Women's Health. HHS Blueprint for action on breastfeeding. (Report). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 2000.
8. Lawrence RA. Breastfeeding: benefits, risks and alternatives. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 2000; 12(6): 519-24.
9. Work Group on Breastfeeding. American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
10. United Nations Children's Fund. Brazil: Statistics. Retrieved Nov 19, 2007, from http://www.unicef.org/infobycountry/brazil_statistics.html.
11. PAHO. Health in the Americas (Vol. 1): Pan American Health Organization. 2007.
12. PAHO. Brazil - health of population groups: children under 5 years old (Vol. 2): Pan American Health Organization. 2007.
13. Sena MCF, Da Silva EF, Pereira MG. Prevalence of breastfeeding in Brazilian capital cities. *Rev Assoc Médica Bras*. 2007;53(6):520-4
14. Oriá MOB, Glick DF, Alves MDS. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):20-8.
15. Rea MF. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 1990; 31 Suppl 1, 79-82; discussion 83-4.
16. Marques NM, Lira PI, Lima MC, da Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics*. 2001; 108(4):E66.
17. Lares B, Rebhun LA, Souza MA, Nations MK. The cultural context of breast-feeding: perspectives on the recent decline of breast-feeding in Northeast and Northcentral Brazil. In: Guerrant RL, Souza MA, Nations MK (Eds.). *At the edge of development: health crises in a transitional society* (pp. 335-362). Durham: Carolina Academic Press. 1996.
18. Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *JPED*. 2004; 80(2): 99-105.
19. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transc Nursing*. 2002; 13(3):189-92.
20. Leininger M. Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*. 1996; 9(2):71-8.
21. Leininger M. Alternative to what? Generic vs. professional caring, treatments, and healing modes. *J Transc Nursing*. 1997; 9(1):37.
22. Leininger M. Special research report: dominant culture care (EMIC) meanings and practice findings from Leininger's theory. *J Transc Nursing*. 1998;9(2):45-8.
23. Purnell L. A description of the Purnell Model for Cultural Competence. *J Transc Nursing*. 2000;11(1):40-6.
24. Savage CL, Anthony J, Lee R, Kappesser ML, Rose B. The Culture of Pregnancy and Infant Care in African American Women: An Ethnographic Study. *J Transc Nursing*. 2007; 18(3):215-23.
25. Schim SM, Doorenbos A, Benkert R, Miller J. Culturally congruent care: putting the puzzle together. *J Transc Nursing*. 2007; 18(2):103-10.
26. Leininger MM. *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.

27. Oriá MOB, Ximenes LB, Pagliuca LMF. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Revista Enfermagem (UERJ)*. 2007;15(1): 130-5.
28. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.
29. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition*. 2006; 9(1):40-6.
30. de Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Breastfeeding duration, infant feeding regimes, and factors related to living conditions in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1519-30.
31. Ball TM, Bennett DM. The Economic Impact of Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*. 2001;48(1):253-62.
32. Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Suppl 1:S37-45.
33. Falceto OG, Giugliani ERJ, Fernandes CLC. Couples' relationships and breastfeeding: is there an association? *J Hum Lact*. 2004; 20(1):46-55.
34. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall M, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Exclusive Breast-Feeding Duration Is Associated with Attitudinal, Socioeconomic and Biocultural Determinants in Three Latin American Countries. *J Nutrition*. 1995; 125(12):2972-84.
35. Scavenius M, van Hulsel L, Meijer J, Wendte H, Gurgel R. In practice, the theory is different: a processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil. *Social Science & Medicine*. 2007; 64(3):676-88.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia