

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

ÉRICA CARVALHO MUNIZ

**DÚVIDAS, MITOS E CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO DE
PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**

João Pessoa
2016

ÉRICA CARVALHO MUNIZ

**DÚVIDAS, MITOS E CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO DE
PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Nutrição da Universidade
Federal da Paraíba, como requisito obrigatório
para obtenção do título de Nutricionista.
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo
Vianna

João Pessoa
2016

M966d Muniz, Érica Carvalho.

Dúvidas, mitos e crenças sobre o aleitamento materno de puérperas atendidas no Hospital Universitário Lauro Wanderley / Érica Carvalho Muniz. - - João Pessoa, 2016.

30f.: il. –

Orientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Aleitamento materno. 2. Promoção da saúde. 3. Apoio social.

BS/CCS/UFPB

CDU: 618.63(043.2)

ÉRICA CARVALHO MUNIZ

**DÚVIDAS, MITOS E CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO DE
PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Nutrição da Universidade
Federal da Paraíba, como requisito obrigatório
para obtenção do título de Nutricionista.
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo
Vianna

Aprovada em: ____/____/____/

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
UFPB
Orientador

Nutricionista Doutoranda Caroline Sousa Cabral
UFPB
Examinador

Nutricionista Doutoranda Debora Silva Cavalcanti
UFPB
Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus pela força e coragem durante esta longa caminhada.

Aos meus pais pela compreensão, carinho e amor com os quais me apoiaram em todos os momentos. E a minha irmã, que apesar da distância está sempre torcendo pelo meu sucesso.

Ao meu namorado, por todo incentivo e por toda dedicação em me ajudar neste trabalho, sempre se fazendo presente.

A minha família, por todos os momentos felizes que passamos.

Ao meu orientador e professor Rodrigo e as nutricionistas coordenadoras do projeto Amamenta, Mamãe, Carol e Débora, pela oportunidade que me deram de conhecer um mundo mais bonito com a entrada no projeto e por me proporcionarem novas descobertas.

Aos meus colegas do projeto Amamenta Mamãe, por todo auxílio que me deram para que este trabalho fosse realizado.

RESUMO

A promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno são os pontos principais para o sucesso do mesmo. Porém, as dúvidas, mitos e crenças que permeiam a vida das puérperas podem ser empecilhos para a efetivação da amamentação. O objetivo deste trabalho foi analisar as dúvidas, mitos e crenças relatados pelas puérperas através de um grupo na rede social online Facebook. Foi feito um estudo qualitativo com a participação de mães que tiveram seus filhos no Hospital Universitário Lauro Wanderley e que foram incluídas em um grupo fechado no Facebook. Foram identificadas quais as dificuldades e mitos apresentados pelas mães e cada um deles foi discutido com base na literatura, buscando separar quais são problemas reais e quais são apenas mitos. O trabalho analisou 40 mães que questionaram sobre cólicas, hábito intestinal do bebê, arroto e golfo, dor e fissuras nos mamilos, soluços, produção de leite entre as mamas. Os resultados mostraram que as mães passam por problemas reais que podem comprometer o aleitamento materno caso elas não tenham apoio oportuno para enfrentá-los sem desistir do aleitamento materno.

Palavras-chave: aleitamento materno; promoção da saúde; apoio social.

ABSTRACT

Breastfeeding promotion, protection and support are key to its success. However, the doubts, myths and beliefs that permeate the life of the puerperal women can be obstacles to the effectiveness of breastfeeding. The objective of this study was to analyze the doubts, myths and beliefs reported by puerperal women through a group on the online social network Facebook. A qualitative study was done with the participation of mothers who had their children in Lauro Wanderley University Hospital and who were included in a closed group on Facebook. The difficulties and myths presented by the mothers were identified and each one was discussed based on the literature, trying to separate what are real problems and what are just myths. The study analyzed 40 mothers who questioned about cramps, intestinal habit of the baby, belch and gulf, pain and fissures in the nipples, hiccups, milk production between the breasts. The results showed that mothers have real problems that can compromise breastfeeding if they do not have the timely support to face them without giving up breastfeeding.

Keywords: breastfeeding; health promotion; social support

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.....	17
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	11
2.2 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	13
2.3 FATORES DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO	15
2.4 ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	16
3 METODOLOGIA	19
3.1 DESENHO DE ESTUDO E AMOSTRA	19
3.2 PROJETO AMAMENTA MAMÃE.....	19
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	20
3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	20
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o tema aleitamento materno tem estado em evidência, pois são inegáveis os benefícios adquiridos tanto para o bebê como para a mãe. A chave para o sucesso está na promoção, proteção e apoio a amamentação, necessitando ser o ponto central de partida para continuar exclusiva até o sexto mês de vida.

A aproximação com a realidade das mães que amamentam ocorreu devido à inserção da pesquisadora num projeto sobre aleitamento materno para as mães que realizaram o parto no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). As puérperas são selecionadas para o projeto através de uma entrevista estruturada realizada com as mesmas no setor de obstetrícia do HULW. Para o grupo Amamenta Mamãe, no Facebook são adicionadas as mulheres sorteadas para o grupo intervenção.

Portanto, sendo mediadora do grupo fechado Amamenta Mamãe na rede social online, pode-se analisar as dúvidas, mitos e crenças apresentados por essas mulheres. Os questionamentos apresentados são todos solucionados. A partir dos relatos percebeu-se a necessidade de se realizar uma investigação a respeito destes dilemas.

Os mitos e as crenças são fatores determinantes para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, pois se eles não forem desmistificados podem interferir na conduta que a mãe vai seguir a partir do momento que surgirem os problemas.

As redes sociais são ferramentas importantes facilitadores da disseminação de informações podendo promover ações que fortaleçam o aleitamento materno exclusivo, cabendo as mães buscarem esse apoio através das mídias sociais.

O objetivo deste trabalho foi analisar as dúvidas, mitos e crenças relatados pelas puérperas através de um grupo na rede social online Facebook. Este trabalho é importante para que os principais questionamentos das puérperas sejam esclarecidos, com base na literatura científica, e estas informações são fundamentais para que as mães tenham tranquilidade no ato de amamentar e possam tomar decisões adequadas para superar os problemas enfrentados. O recurso online de respostas é uma ferramenta útil por ser oportuna e ter a capacidade de ajuda-las no momento de necessidade, porém a qualidade das respostas é fundamental e esta é a principal contribuição deste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

O leite humano é o alimento mais completo para o bebê e tem composição única para atender as demandas fisiológicas da espécie humana. É composto por proteínas, minerais, vitaminas, gorduras, açúcares, todos adequados para o organismo do lactente. É produzido especialmente para o estômago da criança, sendo de fácil digestão e não necessitando da introdução de outros líquidos (ACCIOLY et al, 2009).

A composição do leite materno varia, pois o colostro (leite produzido nos primeiros dias após o parto) contém alta concentração proteica e teor reduzido de lactose e gordura. Já o leite maduro, que é produzido a partir do 15º dia, é rico em gordura e lactose e a quantidade de proteínas é diminuída. A variação biológica é um fator importante, pois o leite extraído no início da mamada é o que sacia a sede, sendo ele rico em água; o leite do final da mamada, por sua vez, é rico em gordura, saciando a fome. Portanto, é importante que o bebê esvazie bem a mama em cada mamada (BRASIL, 2009).

As vantagens do aleitamento materno são inúmeras, dentre as principais para o neonato estão: proteção contra infecções, principalmente as diarreias, doenças respiratórias, alergias e muitas outras doenças, além de prevenir a oclusão dos dentes, reduzindo o aparecimento de cáries e problemas na fala. Para a mãe, por aumentar os laços afetivos, diminuir os riscos de câncer de mama e ovários, funcionar como método anticoncepcional, no controle da perda gradual de peso, evitando a obesidade (ACCIOLY et al, 2009).

Estima-se que a amamentação possibilita a redução de 13% em mortes em crianças menores de 5 anos, assim como de 19 a 22% em mortes de recém nascidos, desde que praticada na primeira hora de vida (VENANCIO et al, 1998). Nessa linha de raciocínio, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), crianças e adolescentes amamentadas desde o nascimento estão menos propensos ao sobrepeso ou obesidade. Além disso, apresentam melhor desempenho em testes de inteligência e maior frequência escolar. Não bastassem estes ganhos, uma meta-análise publicada pela OMS constatou certa redução das taxas de colesterol total,

menor pressão arterial e redução na prevalência de obesidade e diabetes do tipo 2 na fase adulta (HORTA et al, 2007).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, segundo Araújo (2004), o leite humano é mais barato e possui um custo baixo em relação aos leites artificiais, sem contar o gasto com mamadeiras, bicos, gás para ferver água, além dos possíveis gastos em saúde, com uso de medicamentos, combustível e tempo para se deslocar ao hospital, tornando-se mais comum as morbidades associadas a maior utilização de alimentos artificiais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe apenas o leite materno, diretamente da mama ou por ordenha, sem adição de outros líquidos ou sólidos;
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe além do leite materno, água ou outros líquidos como, chás, sucos de frutas;
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe além do leite materno outros alimentos, sendo sólidos ou semissólidos, com o propósito de complementá-lo e não substituí-lo.

2.2 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Uma boa estratégia para reduzir a mortalidade infantil é o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. Contudo, apesar das enormes vantagens do leite humano na alimentação infantil, principalmente para a sobrevivência de crianças pobres em países subdesenvolvidos, a prática da amamentação é pouco exercida no Brasil (BRASIL, 2015).

De acordo com Niquini et al. (2010), o percentual de crianças com menos de 2 meses de idade recebendo líquidos foi de 38, 4%, levando a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. No mesmo estudo, também pode ser acrescentado que a deficiência em informações sobre o AME por parte das mães que procuraram a Unidade Básica de Saúde após o parto foi um dos fatores para o abandono do aleitamento materno.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 1999, constatou que no Nordeste a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê era de 50%, aos 120 dias esta proporção caía para 19% e aos seis meses para 8% (BRASIL, 2001). Porém a prática da amamentação no País, até os 12 meses de idade, está sendo modificada já que a duração mediana da amamentação foi mais do que duplicada entre 1975 e 1989, passando de 2,5 meses para 5,5 meses (VENANCIO et al, 1998).

Já na Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, foi constatado que no Nordeste a prevalência do aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida foi de 66,9%, bem próximo a média brasileira que foi 66,7%. O AME em menores de 6 meses ficou com percentual de 37% e o AM dos 9 aos 12 meses com 59,1%. Uma evolução bastante significativa se comparada com o ano de 1998 (BRASIL, 2009).

As regiões Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram os melhores resultados, acima de 70%, de crianças que mamaram na primeira hora de vida. Já na prevalência do AME entre menores de 6 meses (acima de 39%), as mesmas regiões apresentaram o melhores desempenhos, exceto a região Nordeste que ficou com 37%. Já no AM dos 9 aos 12 meses se comparada com outras regiões, o Nordeste se estabeleceu como a terceira região com o melhor resultado, ficando o Norte com 76,9% e o Centro-Oeste com 64,1% (BRASIL, 2009).

A recomendação da OMS é amamentação exclusiva até os 6 meses e complementação do AM, juntamente com outros alimentos, por 2 anos ou mais. Segundo parâmetros propostos pela OMS, os valores revelados pela pesquisa estão longe do ideal. No tocante ao AME em menores de 6 meses, 23 capitais se encontram em situação considerada "razoável" (prevalências entre 12 e 49%), e apenas quatro (Belém, Campo Grande, DF e Florianópolis) estão em "boa situação" (entre 50 e 89%). Quanto à duração do AM, a situação foi considerada, na maioria dos casos, "ruim" (mediana inferior a 17 meses) e apenas Macapá foi classificada como "razoável" (mediana entre 18 e 20 meses) (BRASIL, 2009).

Segundo estudo de Kitoko *et al* (2000), comparando duas capitais brasileiras em relação a amamentação, João Pessoa tem apenas 23,9% de crianças menores de 4 meses em AME contra 46,3% em Florianópolis. A mediana de amamentação exclusiva em João Pessoa é 16,5% em comparação a Florianópolis que chega 53,3%. Na Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, João Pessoa obteve 39,1% de crianças menores de 6 meses que estão em AME. Portanto, houve um avanço no incentivo ao AME, mas é necessário uma participação maior da comunidade para que as vantagens sejam disseminadas e as mães recebam mais informações por parte das instituições de saúde (KITOKO *et al*, 2000).

2.3 FATORES DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO

Em estudo realizado na Paraíba, foi verificado que a amamentação exclusiva constituiu-se um determinante em mulheres com licença maternidade (VIANNA et al, 2007). Também foi verificado em um estudo realizado em São Paulo o mesmo resultado com mães trabalhadoras com acesso a licença maternidade, pois elas apresentam uma fonte de recurso financeiro e uma menor preocupação em relação aos custos futuros, constituindo-se como um dos aspectos facilitadores da prática de amamentação.

O baixo grau de escolaridade da mãe esteve associado a interrupção do aleitamento materno exclusivo, sendo fator preditivo para o sucesso da amamentação, a mãe ter nível elevado de escolaridade. Portanto, essas mulheres se sentem mais confiantes e isso está atrelado a maior possibilidade de receber informações oportunas que não prejudiquem o processo de amamentação (FRANÇA et al, 2007).

O uso da chupeta esteve relacionado com a interrupção ao aleitamento materno exclusivo em estudo realizado por Queluz et al. (2012). Outro indicativo que corrobora a contra indicação do uso de chupeta demonstrou que bebês amamentados utilizando o respectivo objeto apresentaram 22 vezes mais chances de serem desmamados do que aqueles que não faziam utilização (SALUSTIANO et al, 2012).

Segundo Carvalho et al (2016), características como parto vaginal, nascer com peso adequado e em hospitais amigos da criança elevam as chances da criança ser amamentada na primeira hora de vida, mostrando a importância da adoção desta iniciativa pelos hospitais. A implementação deve ser realizada também no setor privado, contribuindo assim para a melhoria nas taxas de início oportuno da amamentação.

O aleitamento materno (AM) é uma prática biológica, histórica, social e cultural. Os mitos, crenças e as práticas culturais constituem influências importantes sobre o modo da alimentação infantil. Portanto, não é suficiente que a mulher esteja informada sobre as crenças e opte pela amamentação. Para levar adiante a opção de amamentar, muitas vezes, é necessário contar com o apoio da equipe de saúde, da sociedade e, sobretudo, do companheiro e da família (ALMEIDA, 1999).

2.4 ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

O Brasil foi um dos participantes do encontro realizado em Florença, na Itália, em 1990, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde foram discutidos ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Neste mesmo local foi elaborada a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC” com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas, visando a prevenção do desmame precoce (LAMOUNIER, 1996).

Tem como característica principal reconhecer estabelecimentos de saúde que ofereçam informações completas e corretas sobre as vantagens da amamentação, bem como o manejo adequado dos problemas, visando melhorias das práticas do aleitamento materno. O objetivo central é a capacitação dos profissionais de saúde e do próprio estabelecimento de saúde para prestarem informações corretas sobre a amamentação bem como adotarem práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento. Contudo, ao adotar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, o hospital ou maternidade procura atingir essas metas (LAMOUNIER, 1996).

No Brasil, o IHAC é coordenado pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Os requisitos para os estabelecimentos de saúde se tornarem Hospitais Amigos da Criança necessitam serem submetidos a avaliações obtendo no mínimo 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos dez passos. (LAMOUNIER, 1996).

Quadro 1 - Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: OMS (2001)

Nos últimos anos, as redes sociais tem ganhado espaço cada vez mais no cotidiano das pessoas devido ao seu intenso crescimento, pois é um espaço que permite a comunicação a todo instante, em tempo real, a sociabilidade e a facilidade de estabelecer novas relações (MARCON, 2013).

O Facebook é atualmente considerado a rede social com maior visibilidade e vem ganhando a preferência de muitos usuários da internet. É uma ferramenta bastante utilizada na divulgação de produtos, notícia, compartilhamento de vídeos, fotos, ideias e imagens. Na sua plataforma existem recursos que permitem filiar-se a grupos, exibir fotos, criar documentos com a participação de todos na construção de um texto coletivo, criar enquetes como recurso para pesquisa, bate-papo. Portanto, o facebook potencializa o processo da aprendizagem por meio do diálogo e do estabelecimento de relações com as novas tecnologias (MARCON, 2013).

Em um estudo realizado no centro-oeste dos Estados Unidos, verificou-se que as mães que participaram de um sistema de monitoramento online sobre a

amamentação tiveram aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo e os sintomas da depressão pós-parto foram reduzidos (AHMED et al, 2016).

Outro estudo realizado com mulheres afro-americanas gestantes demonstrou que elas fizeram grande uso das redes sociais para pesquisas sobre informações perinatais e alimentação infantil, buscando a solução das dúvidas através da internet (ASIODU et al, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO E AMOSTRA

O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo com uma amostra intencional de puérperas atendidas na clínica obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Estas mães foram incluídas aleatoriamente em um grupo de intervenção que passou a se comunicar através da rede social online Facebook, intitulado Amamenta Mamãe. Este estudo analisa as primeiras 40 mães selecionadas para o grupo de intervenção. Este quantitativo correspondeu ao total de mães incluídas até o final do período de coleta de dados desta pesquisa, realizado de setembro a novembro de 2016.

A seleção, cadastro e inclusão da mãe aconteceram no setor de obstetrícia do HULW e todas as informações obtidas foram coletadas através da rede virtual.

3.2 PROJETO AMAMENTA MAMÃE

O Projeto Amamenta Mamãe consiste na promoção e apoio ao aleitamento materno com acompanhamento de mãe e filho após a alta hospitalar. As mães são acompanhadas através da rede social online Facebook e, mensalmente, através de ligações. O principal objetivo é promover, proteger e apoiar a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, bem como a conscientização de que o aleitamento materno aumenta o vínculo da mãe com o bebê, protege de infecções e doenças e proporciona vantagens a puérpera. A equipe conta com pediatras, nutricionistas, professores da universidade e acadêmicos de nutrição, enfermagem e serviço social e outros cursos.

A interação ocorre primeiramente através do recrutamento, onde são selecionadas as puérperas sem critérios de exclusão, os quais serão descritos posteriormente. Em seguida, são aplicados questionários com a finalidade de conhecer o perfil das mulheres que aceitaram participar do estudo, com perguntas sobre dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos, de saúde, de nascimento, e dos conhecimentos das mães em relação a amamentação. Neste momento, também é entregue uma cartilha que aborda sobre vários temas sobre o aleitamento

materno. Por fim, elas são adicionadas a um grupo fechado no Facebook intitulado Amamenta Mamãe, onde várias mães interagem entre si e com a equipe. O grupo é administrado pela equipe do Projeto e durante 24 semanas é postado um cartaz sobre temas relacionados ao incentivo do aleitamento materno exclusivo, e as mães são marcadas diariamente nos cartazes de acordo com a data de sua entrada no grupo. O acompanhamento por meio da ligação telefônica é mensal e os telefonemas duram cerca de 10 minutos, abrangendo perguntas sobre consumo alimentar e estado nutricional do binômio mãe-filho, atitudes e práticas da mãe com relação à amamentação, dados das consultas de rotina e dados de morbidade da mãe e da criança, além disso, funciona como um canal de comunicação com a equipe do projeto.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão foram adotados: idade inferior a 18 anos, não utilização do facebook, bebê prematuro ou com baixo peso ao nascer, doenças da mãe que impeçam a amamentação, problemas congênitos do recém-nascido que impeçam a sucção ao peito, doenças da criança que contraindiquem a amamentação, mães com problemas mentais, o não recebimento da alta hospitalar junto com o filho, gemelaridade, abortamento e ser analfabeta.

3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu através do grupo Amamenta Mamãe no Facebook, onde todas as dúvidas das mães foram coletadas e classificadas em temas específicos.

Os dados foram analisados através de uma busca na literatura científica onde cada tema foi pesquisado nas bases de dados da biblioteca virtual de saúde (scielo, medline e lilacs). Foram incluídos apenas os trabalhos completos lidos na íntegra. Quando os trabalhos apresentavam evidências dos mesmos problemas relatados pelas mães, ficava comprovada a existência real da dificuldade, caso negativo o problema passava a ser considerado um mito.

Para cada tema foi feita uma breve descrição baseada na literatura consultada.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo faz parte de um projeto de extensão intitulado Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno por meio de Rede Social Online, o qual foi realizado de acordo com as normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e submetido à apreciação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa – Paraíba. Todos os participantes, depois de informados dos objetivos, metodologia e procedimentos aos quais seriam submetidos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A. Dúvidas sobre cólicas

“Olá boa tarde eu queria saber o q devo fazer pra passa as dores de cólica do meu bebê pois ele tem muita cólica vcs podem me ajudar?” (Mãe 1)

“Café dá cólica no bebê?” (Mãe 2)

“Algum alimento tem haver com a cólica do bebê?” (Mãe 3)

“Refrigerante e chocolate dá cólica no bebê?” (Mãe 4)

A definição clínica para cólica do lactente descreve esta síndrome como paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro, durante pelo menos três horas por dia, mais de três dias na semana em pelo menos três semanas, em crianças saudáveis. A criança chora de forma inconsolável, geralmente ao anoitecer, sem uma causa identificável e com exame físico normal. Esse problema geralmente surge na segunda semana de vida, desaparecendo até o terceiro mês de vida (SAAVEDRA et al, 2003).

A cólica do lactente é uma síndrome com múltiplos fatores e dentre eles estão: imaturidade do trato gastrointestinal, intolerância ao leite de vaca, má absorção e refluxo gastroesofágico, assim como fatores ambientais, ansiedade, inexperiência, insegurança, depressão e uma vivência negativa no parto (SAAVEDRA et al, 2003). A pega incorreta pode ocasionar entrada de ar pela amamentação, havendo produção de gases, assim como um fluxo de leite muito rápido ou um nível alto de lactose no início da mamada, evitando que o lactente termine a mamada no mesmo seio que começou, podendo causar o desconforto (BRASIL, 2009).

Outra razão que pode estar associada às cólicas no bebê é a dieta materna, como exemplo, as proteínas encontradas no leite de vaca que são ingeridas pela mãe podem ocasionar alergia acompanhada de cólicas na criança (LOTH et al, 1990). Outros alimentos alergênicos que geralmente consumidos provocam a cólica são amendoim, ovos, soja, nozes, amêndoas e morango. Em um estudo realizado com lactentes, foi observado que a diminuição pelas mães, no consumo de proteína do leite de vaca, reduziu os sintomas da cólica (SHARCH, 2003).

No estudo realizado por Hill et al (2005), comparando-se um grupo de mães que recebiam dieta hipoalergênica, restrita em leite, ovos, trigo, nozes, amendoim,

soja e peixe e um grupo controle que recebia dieta normal, verificou-se que a exclusão dos alimentos alergênicos diminuiu o tempo de choro nas crianças amamentadas, que tinham cólica durante os primeiros seis meses de vida.

Bebidas em grande quantidade como o refrigerante, chá e café devem ser consumidos com moderação assim como o chocolate. Mas isso não quer dizer, que determinado alimento na dieta da mãe vai promover a cólica na criança. Mas caso ocorra, pode ser realizado o teste retirando aquele alimento por algum tempo e reintroduzindo-o, observando a reação da criança. O importante é que a nutriz realize uma alimentação saudável, alimentando-se de forma equilibrada e variada, com ingestão de líquidos frequentemente e evitando alimentos industrializados (BRASIL, 2015).

B. Dúvidas sobre o funcionamento intestinal do bebê

“Criança que mama é normal ficar 5 dias sem fazer cocô?” (Mãe 5)

“Bebê com diarreia é normal?” (Mãe 3)

O funcionamento intestinal da criança pode apresentar variações, apresentando tanto fezes amolecidas como “constipação”. Nos lactentes a frequência é elevada e naqueles em aleitamento materno ela varia amplamente podendo chegar até dez ou mais evacuações por dia. Sendo assim, nos primeiros 14 dias de vida, a criança evacua entre duas a sete vezes por dia. No quinto mês está frequência é reduzida para uma a três vezes (WEAVER, 1988).

A presença de fezes líquidas ou amolecidas na criança que está em amamentação exclusiva é uma realidade bastante conhecida e pode ser explicada pelo fato da presença dos ácidos graxos saponificados ligados ao cálcio formando complexos insolúveis, apresentando valores elevados nas crianças em alimentação artificial, equivalente a consistência dura das fezes. Nos bebês em aleitamento materno esses ácidos graxos saponificados estão ausentes ou com valores muito baixos, não sendo encontrados complexos insolúveis, fato este, que poderia explicar a consistência mole das fezes destas crianças (QUILAN et al, 1995).

Em outras circunstâncias o lactente pode passar até 10 dias sem evacuar, porém quando realiza, as evacuações são normais. Portanto, é caracterizado o quadro de pseudoconstipação intestinal em crianças recebendo aleitamento materno

exclusivo. Os intervalos variam de 4 a 5 dias ou 6 a 7 dias, chegando aos 10 dias sem evacuação (AGUIRRE et al, 2002).

C. Dúvidas sobre arrotar e golfar no peito

“Boa noite, queria perguntar se o bebê arrotar no peito faz mal” (Mãe 6)

“Minha mãe me diz direto cuidado pra ele não arrotar no peito que faz mal deixar o bebê arrotar no peito... Diz que dá febre, cólica etc..” (Mãe 4)

“Também queria sabe golfa no peito faz mal” (Mãe 2)

O refluxo gastroesofágico pode ocorrer com ou sem regurgitação e vômitos. É um processo fisiológico que pode ocorrer em crianças e adultos saudáveis. Os episódios podem acontecer varias vezes ao dia e duram menos de três minutos, ocorrendo no período pós-prandial. O golfo verifica-se diariamente em 50% dos lactentes menores de três meses, resolvendo-se naturalmente entre os 12 aos 14 meses de idade (RUDOLPH et al, 2001).

Para evitar o refluxo recomenda-se que a criança fique em posição vertical após a alimentação, não pressionar o abdômen quando houver a troca de fraldas ou abraço com o bebê, não usar roupas apertadas e não balançar a criança após a alimentação (RUDOLPH et al, 2001).

O manejo dietético pode ser realizado segundo as circunstâncias que a criança esteja, mas em geral não se deve interromper o aleitamento materno, pois a substituição por fórmulas lácteas não resolve. Os cuidados necessários na amamentação são: tocar o seio com o queixo do bebê para liberar as narinas para respiração; abrir bem a boca da criança para que possa abocanhar boa parte da mama, não permitindo-a sugar apenas o mamilo; observar se nesse abocanhamento a aréola está mais visível acima da boca do queixo; verificar se, quando a ela suga, o lábio inferior está voltado para fora. Com estes cuidados consegue-se diminuir a quantidade de ar ingerida (RUDOLPH et al, 2001).

D. Comentários sobre dor e fissuras mamilares

“O meu feriu, mas graças a Deus e ao leite do leite passando sempre após as mamadas sarou super rápido” (Mãe 6)

“Nossa chorei de dor tbm no início minhas mamas ficaram vermelhas e quentes mas já passou agora estou amamentando bem” (Mãe 7)

“O meu tb com fico bastante vermelho e dolorido quando ele pegava era uma dor danada. Mas não passava nada, e sim o leite materno. Mas depois de 3 dias passava. E ainda amamenta” (Mãe 8)

“Pra mim está sendo muito dolorido, minhas mamas estão feridas mesmo eu tendo feito as massagens e desmamado um pouco.” (Mãe 9)

No início da amamentação, a maioria das puérperas sente dor ou desconforto no início das mamadas, sendo considerado normal. Contudo, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de muito comuns, não são normais. Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, marcas brancas, amarelas ou escuras e equimoses. A causa mais comum de dor para amamentar se deve a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados (WOOLRIDGE, 1986).

Entre eles, podem ser citadas as fissuras ou rachaduras mamilares que ocorrem devido a pega ou posicionamento inadequados durante as mamadas. Este problema pode ser evitado mantendo os seios enxutos, impedindo que os seios fiquem muito cheios ou doloridos e posicionando o bebê de forma correta. O tratamento deve ser iniciado começando a dar de mamar pelo seio sadio, passando depois para o seio com rachaduras; expor os seios ao banho solar ou a luz artificial (lâmpada de 40 watts a uma distância de 30 cm); fazer a ordenha manual do leite para evitar grande acúmulo, ficando assim empedrado. Se a mãe apresentar febre ou muita dor, deve procurar tratamento médico (BRASIL, 2007).

É muito importante correção do posicionamento e da pega do bebê, para que o problema não volte a se repetir (BRASIL, 2007). Atualmente recomenda-se o tratamento úmido das fissuras com uso do próprio leite materno, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme (BIANCUZZO, 2000). Portanto, este problema é recorrente, principalmente em mães primíparas e não é considerado um mito.

E. Dúvidas sobre o soluço durante as mamadas

“Minha bebe soluça depois da amamentação, é normal? Ela tem 21 dias de nascido” (Mãe 6)

“Está acontecendo isso comigo” (Mãe 7)

Os soluços são comuns e costumam aparecer em duas situações. A primeira é após as mamadas, quando o bebê está de barriga cheia. Neste caso, basta apenas esperar o esvaziamento do estômago e o problema estará resolvido. Para controlá-lo, é recomendado colocar o bebê para arrotar pelo menos por duas vezes: durante e após a amamentação. A segunda é quando o lactente está com frio (por fralda molhada ou por estar com pouca roupa). Portanto, basta trocá-lo ou agasalhá-lo melhor e os soluços passam (VINHA, 1999).

F. Diferença de produção de leite entre as mamas

“Olá erica como eu faço pois só uma mama minha tem mais leite e outra tem pouco eu coloco ele pra estila mais sair quase nada oq eu faço? me ajuda obrigado.” (Mãe 1)

“Bom dia! Meu bebê está com 23 dias, meu seio direito não enche mais, sai leite, mas bem menos que o esquerdo que enche, mas nem tanto assim. Será que está secando?” (Mãe 10)

A dificuldade do bebê para sugar em uma das mamas não é raridade acontecer, pois existe uma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento). Pode ser porque a mãe não consegue posicioná-lo adequadamente em um dos lados ou, ainda, porque ele sente dor numa determinada posição. Um recurso muito utilizado para fazer o bebê mamar na mama “rejeitada”, é o uso da posição “jogador de futebol americano”, na qual o bebê apoia o braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, com a mão da nutriz apoiando a cabeça da criança, colocando o corpo na lateral. Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter aleitamento materno exclusivo utilizando apenas um dos seios. Outro método que pode ser utilizado é a ordenha na mama recusada pelo bebê, evitando assim complicações sérias (BRASIL, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento do parto envolve múltiplos sentimentos da mulher, mesmo estando fragilizada, ela está consciente dos aspectos envolvidos naquela situação. A partir disso, o bem-estar da mãe e do bebê é primordial.

Diante do exposto, conclui-se que as dúvidas, mitos e crenças são frequentes, porém os problemas apresentados pelas mães são reais e interferem na confiança da prática da amamentação. O momento que elas estão na maternidade é uma ótima oportunidade para que sejam feitas orientações adequadas fazendo com que muitos mitos e crenças possam ser descartados.

É de suma importância o papel desses profissionais na realização de um atendimento de qualidade, a fim de que as puérperas possam assumir o papel de mãe e provedora do leite de seu filho com segurança. Conhecer o cotidiano materno e o contexto sociocultural que estão inseridas ajuda a desmistificar crenças e mitos consolidados pelo “senso comum”, influenciando de forma negativa na lactação.

O efeito da rede social online é benéfico, uma vez que as chances da continuação do aleitamento materno exclusivo são elevadas, pois as mídias sociais proporcionam um suporte para essas mães.

O Projeto Amamenta, Mamãe tem se mostrado uma boa iniciativa e estratégia para a continuação do aleitamento materno exclusivo pelas nutrizes, atendendo aos questionamentos que surgem ao longo dos meses. É fundamental ressaltar a importância do acompanhamento após a alta hospitalar das nutrizes, visto que elas podem enfrentar diversas dificuldades e influências externas quando estiverem em casa. Para a efetivação desse processo, faz-se necessário a participação da família e da sociedade dando apoio e promovendo o sucesso da amamentação.

Apesar da importância do aleitamento materno e o enfoque que é dado ao mesmo, raros são os estudos que avaliam as dúvidas, mitos e crenças relatados pelas puérperas e por quais dificuldades elas passam diariamente. Sendo assim, os resultados aqui apresentados mostram a necessidade de se realizarem mais estudos acerca dos problemas que envolvem o aleitamento materno e a concepção das mães sobre eles.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2º Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.

AGUIRRE, A. N. C.; VITOLO, M. R.; PUCCINI, R. S.; MORAIS, M. B.; Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. **Jornal da Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 3, p. 202-208, 2002.

AHMED, A. H; ROUMANI, A. M; SZUCS, K; ZHANG, L; KING, D. The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy, term infants after hospital discharge. **JOGNN**, 2016.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza – cultura**. 20ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1999.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Committee on drugs: the transfer of drugs and other chemicals Into human milk. **Pediatrics**, v. 108, n. 3, p. 776-789, 2001.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.2, p.1519-3829, 2004.

ASIODU, I. V; WATERS, C. M; DAILEY, D. E; LEE, K. A; LYNDON, K. Breastfeeding and use of social media among first-time african american mothers. **JOGNN**, 2015.

BIANCUZZO, M.; Sore nipples: prevention and problem solving. Herndon, USA: **WMC Worldwide**, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: relatório preliminar. Brasília, 2001.

----- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno, 2ª edição, revisada. Brasília, 2007.

----- . Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e complementação alimentar. 2ª edição, Brasília, 2015.

----- . Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 1ª edição, Brasília, 2009.

----- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, 2006.

CARVALHO, M. L; BOCCOLINI, C. S; OLIVEIRA, M. I. C; LEAL, M. C. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive Health**, v. 13, n. 119, 2016.

COBO, E. Effect of different doses of ethanol on the milk-ejecting reflex in lactating women. **American Journal Obstetric Gynecology**, v. 115, n. 6, p. 817-821, 1973.

FRANÇA, G. V. A; BRUNKEN, G. S; SILVA, S. M; ESCUDER, M. M; VENANCIO, S. I. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.

HILL, D. J.; ROY, N.; HEINE, R. G.; HOSKING, C. S.; FRANCIS, D. E.; BROWN, J. et al. Effect of a lowallergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. 709-715, 2005.

HORTA, B. L.; BAHÍ, R.; MARTINES, J. C.; VICTORA, C. G. Evidence on the longterm effects of breastfeeding. **Geneva: World Health Organization**, p. 52, 2007.

KOREN, G. Drinking alcohol while breastfeeding. **Canadian Family Physician**, n. 48, p. 39-41, 2002.

LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal da Pediatria**, v. 72, n. 6, p. 363-367, 1996.

LOTH, L.; LINDBERG, T.; JACOBSSON, I. Macromolecular absorption in infants with infantile colic. **Acta Paediatrica Scandinavica**, v. 79, p. 417-421, 1990.

MARCON, K; MACHADO, J. B; CARVALHO, M. J. S; Arquiteturas pedagógicas e redes sociais: uma experiência no facebook. **Revista de Informática Aplicada**, v.9, n.2, 2013.

MENNELLA, J. A, BEAUCHAMP, G. K. The transfer of alcohol to human milk: effects on flavor and the infant's behavior. **The New England of Journal Medicine**, n. 325, p. 981–985, 1991.

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M.; OLIVEIRA, M. I.; LEAL, M. C. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 677-85, 2010.

Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: A Organização; 2001.

QUELUZ, M. C; PEREIRA, M. J. B; SANTOS, C. B; LEITE, A. M; RICCO, R.G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 537 – 543, 2012.

QUILAN, P. T.; LOCTON, S.; IRWIN, J.; LUCAS, A. L. The relationship between stool hardness and stool composition in breast and formula fed infants. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 20, p. 81-89, 1995.

RUDOLPH, C.D.; MAZUR, L. J.; LIPTAK, G. S.; BAKER, R. D.; BOYLE, J. T.; COLLETTI, R. B.; GERSON, W. T.; WERLIN, S. L. North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of

gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v.32, 2001.

SAAVEDRA, M. A. L.; COSTA, J. S. D.; G.; HORTA, B. L.; TOMASI, E.; MENDONÇA, R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **Jornal da Pediatria**, v. 79, n.2, p.115- 122, 2003.

SALUSTIANO, L. P. Q; DINIZ, A. L. D; ABDALLAH, V. O. S; PINTO, R. M. C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2012.

SHARCH, B.; MICHAEL H. Colic and food allergy in the breastfed infant: is it possible for na exclusive breastfed infant to suffer from food allergy? **Internacional Lactation Consultant Association**, v. 18, n. 2, p. 50-52, 2002.

VENANCIO, S. I; MONTEIRO, C. A. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, n.1, p. 40, 1988.

VIANNA, R. P. T; REA, M. F; VENANCIO, S. I; ESCUDER, M. M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n. 10, p.2403 – 2409, 2007.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P.; NOBRE, L. C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M. B.; FUCHS, S. M.; MOREIRA, L. B.; GIGANTE, L. P. & BARROS, F. C. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths infectious diseases in Brazil. **Lancet**, p. 319-321, 1987.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: Balieiro, 1999.

WEAVER, L. T. Bowel habit from birth to old age. **Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition**, v. 7, p. 568-571, 1988.

WOOLRIDGE, M. W. The etiology of sore nipples. **Midwifery**, p.172-176, 1986.