



**OBNJN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**Español**

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Conocimiento de las madres acerca de la lactancia materna y la complementación alimentaria: investigación exploratoria

Mirna Albuquerque Frota<sup>1</sup>, Cíntia Freitas Casimiro<sup>1</sup>, Patrícia de Oliveira Bastos<sup>2</sup>, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho<sup>3</sup>, Mariana Cavalcante Martins<sup>4</sup>, Ana Paula Soares Gondim<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Fortaleza

<sup>2</sup>Colegio ELITE, CE

<sup>3</sup>Consejo Federal de Enfermería

<sup>4</sup>Universidad Federal do Ceará

---

### RESUMEN

**Objetivos:** investigar los hábitos alimentares y los factores que interfieren en la práctica del amamantamiento exclusivo en los niños de 0 a 6 meses de edad.

**Método:** Investigación exploratoria con abordaje cualitativo. Muestra: 16 madres de niños menores de seis meses de edad con alimentación mixta, residentes en Maranguape-CE. La colecta de datos se dio de julio a octubre de 2009 mediante entrevista semiestructurada.

**Resultados:** se constató una alimentación deficiente en nutrientes. Los aspectos positivos frente al amamantamiento fueron enaltecidos, sin embargo, se observa que el desmame precoz es justificado por creencias.

**Conclusión:** es relevante la actuación de los profesionales de la salud en la alimentación infantil para promover y prevenir posibles daños a la salud, mediante la realización de estrategias educativas volcadas hacia la comunidad, buscando comprender el motivo del desmame precoz a través de la aproximación con las madres, considerando las peculiaridades y el escenario que están inseridas.

**Palabras-clave:** Lactancia Materna; Alimentación Suplementaria; Salud del Niño

---

## INTRODUCCIÓN

La alimentación del niño repercute a lo largo de la vida, lo que implica la necesidad de cuidados desde el nacimiento, como la oferta de la leche materna de forma exclusiva en los primeros seis meses de vida y a partir de este período de forma complementar. Dicha medida promueve adecuación nutricional y consecuentemente, favorece una vida saludable, con implicaciones benéficas en el crecimiento y desarrollo infantil<sup>(1)</sup>

Investigación realizada con 34.366 niños menores de 1 año, en el 2008, en las capitales brasileñas y en el Distrito Federal (DF), que verificó el aumento de la prevalencia del amamantamiento materno exclusivo (AME), en menores de cuatro meses, de 35,5%, en 1999, para 51,2%. No obstante, cerca de un cuarto de niños entre tres y seis meses ya consumía comida salada (20,7%) y frutas (24,4%). Por otro lado, 26,8% de los niños entre 6 y 9 meses, período en el que se recomienda la introducción de alimentos sólidos/semisólidos, no recibían comida salada<sup>(2)</sup>.

Referente al desmame precoz, creencias como "falta de leche" y "leche floja" son justificativas de nutrices para iniciar la complementación alimentaria. Además de esto, los hábitos socioculturales, las concepciones familiares y del medio externo son argumentos que promueven una influencia negativa en la práctica de la lactancia materna exclusiva. La introducción precoz de alimentos en la dieta infantil, anterior a los seis meses de edad, reduce la duración del amamantamiento materno e interfiere en la absorción de nutrientes de la leche que actúan en el metabolismo fisiológico, aumentando el riesgo de contaminación y reacciones alérgicas<sup>(3,4)</sup>. Entonces es imperativo el conocimiento de la madre acerca de los maleficios, para que la tomada de decisión sea pautada en una consciencia crítica.

A partir de la problemática expuesta, emergieron las siguientes inquietudes: ¿Las madres conocen los beneficios de la lactancia materna? ¿Al ofrecer la alimentación complementaria precoz, la madre tiene conocimiento que el organismo del niño no está preparado para recibir otros alimentos que no sea la leche materna? ¿En el período de

alimentación complementaria la madre sabe la relevancia de la leche materna hasta los 2 años de edad?

Delante de las evidencias de la práctica precoz de transición alimentaria – del amamantamiento exclusivo para la alimentación complementaria – se vuelve fundamental desvendar el conocimiento de las madres que residen en la zona rural y están inseridas en el grupo de familias económicamente desfavorables, buscando comprender las dificultades de mantener el amamantamiento materno de los niños de cero a seis meses de edad, para desenvolver acciones que viabilicen la continuidad de la lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza que se refiere a actores individuales, grupos sociales o comunidades, combinando medidas destinadas para fortalecer las capacidades de los actores, por medio de la expresión de sus necesidades, preocupaciones, elaborando estrategias para su involucramiento en la tomada de decisión. Existe la necesidad de obtener informaciones adecuadas para el proceso de reflexión y la tomada de consciencia sobre la condición actual y la formulación de los cambios deseados y de la condición que será construida<sup>(5,6)</sup>.

Entonces, en lo tocante a la promoción de prácticas alimentares saludables, es incuestionable, la importancia de la educación alimentaria y nutricional, a pesar de las reflexiones sobre las posibilidades y los límites ser escasas, en la literatura.

Este estudio tiene como objetivos: investigar hábitos alimentares de los niños que tiene de 0 a 6 meses de edad e identificar factores que interfieren en la práctica del amamantamiento materno exclusivo de los niños de hasta los seis meses de edad, de una Unidad Básica de Salud de la Familia del Municipio de Maranguape - CE.

## **MÉTODO**

Investigación exploratoria con abordaje cualitativo, pues reconoce el sufrimiento, el dolor y la angustia como manifestaciones de las condiciones objetivas en que viven los colectivos humanos<sup>(7)</sup>.

El estudio fue desarrollado en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) inserida en una Unidad Básica de Salud (UBASF), situada no Distrito de Sapupara, ubicada en la zona rural del municipio de Maranguape, que se localiza en la región metropolitana, a aproximadamente 30 Kilómetros de Fortaleza, Ceará, Brasil. La Unidad de Salud atiende cerca de 700 familias.

Los informantes fueron 16 madres de niños menores de seis meses de edad que consumen alimentación mixta, teniendo como criterios de inclusión: vivir en la referida comunidad y que son atendidos en la UBASF de la localidad.

La recolecta de los datos fue realizada en el período de junio a octubre del 2009. Se realizó un inventario, por medio de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), de las participantes que se encuadraban en los criterios de inclusión, las cuales fueron invitadas a participar de un encuentro inicial para promover la interacción investigador-investigado. En ese encuentro, fue explicitado los objetivos del estudio, los preceptos éticos de la investigación y solicitado a las que aceptasen participar de la investigación que firmaran el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLE), obedeciendo a la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud<sup>(8)</sup>. La investigación fue sometida al Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad de Fortaleza (UNIFOR) y obtuvo parecer favorable bajo el número 028/2007.

Las visitas domiciliarias fueron aplazadas conforme la disponibilidad de la madre para aplicarle la entrevista semiestructurada. Las visitas favorecieron la observación y el análisis del estilo de vida, una vez que ellas desencadenan la aproximación al cotidiano de cada participante. Se resalta que las anotaciones de las visitas fueron registradas en un diario de campo.

Los datos fueron tratados por análisis de contenido, cuyo método se caracteriza por la descripción y la documentación de las declaraciones de los informantes seguida de la

identificación y la categorización de las mismas. Una vez alcanzada la saturación de ideas y de significados similares y diferentes, se procede a la síntesis del pensamiento, exploración del material, interpretación y formulación creativa de los hallazgos<sup>(9)</sup>.

Para los estratos de las declaraciones presentadas fue atribuida la letra M (madre) seguido del número de orden de la realización de las entrevistas (M1, M2, M3,...).

## RESULTADOS

Las entrevistadas tenían edad entre 17 y 39 años; la mayoría no había concluido la enseñanza media y no trabajaba. Referente a la renta familiar, ocho de las participantes tenían como renta total solo un salario mínimo.

El análisis de las entrevistas posibilitó construir las categorías empíricas: sentimientos delante del amamantamiento; beneficios del amamantamiento; alimentación ofrecida; creencias maternas e interferencias externas que afectan la lactancia materna exclusiva.

En la categoría **sentimientos delante del amamantamiento**, las participantes enfocaron aspectos positivos de la lactancia materna, como percepción de cariño y amor.

*Amamantar para mí es un cariño da madre para hija. Un acto de amor. (M2)*

*Es todo de bueno. Para mí, yo creo que es la mejor cosa dar de mamar, además de ser saludable. (M7)*

*Muy bueno. Es una experiencia que no hay como describirla, no hay como [...]. (M14)*

Amamantar plenamente, es una experiencia exitosa, indescriptible, principalmente agradable. No obstante, cuando el proceso de ofrecer el pecho se hace mecánicamente, o por obligación del contexto que la madre vive, la afectividad es enmascarada por justificativas.

*Yo no creo nada. Para mí lo único que hace es estirarme los pobres senos; y es porque yo hice un curso antes de tener esta niña, allá en el hospital donde estaba internada. (M8)*

*[...] pra mí me da igual, dar o no [...]. Así sabe, es obligación, que tiene que dar. Para mí me da igual dar de mamar. (M15)*

En la categoría **beneficios del amamantamiento**, las madres mencionaron innúmeros beneficios basados en el discurso biomédico, volcados, en su mayoría, para la prevención de enfermedades.

*Es porque, pienso así, cuando le comenzamos a dar otros alimentos al niño no se le tiene que dar, verdad? Ya se siente mal, se queda con la caca hasta más floja. Y con el pecho no, ese problema no existe, que es una cosa que es saludable. (M5)*

*El niño no se enferma tan fácilmente, tiene más resistencia [...]. ¿Es importante pra él, verdad? (M14)*

El conocimiento relativo sobre la protección contra enfermedades está directamente asociado a la interrupción del amamantamiento materno exclusivo, a partir de la oferta anterior de alimentos complementarios, o sea, la madre comprende que, al realizar el desmame precoz, el niño presenta señales que representan un estado de salud comprometido.

El mejor desarrollo de la dentición fue caracterizado como beneficio del amamantamiento.

*Yo creo que es importante, debido a los dientes, ¿verdad? Ella, no sintió nada cuando le nacían los dientes, ella mamó hasta los dos años. Ella no va a mamar eso todo no. (M4)*

*Muy importante, por causa de su salud, por el período de la dentición de él, ¿no? [...] crecer bien. (M9)*

En continuidad a los beneficios proporcionados por el amamantamiento materno, se mencionó el factor económico. La lactancia materna es, por tanto, vista como una práctica que reduce los gastos con la alimentación.

*No puede hacer mal de forma alguna, hasta porque es bueno para el bolsillo, ¿no? Que durante seis meses no hacemos gasto alguno con el amamantamiento. (M5)*

*Es bueno, porque así te ahorras bastante dinero, ¿no?. (M6)*

En la categoría **alimentación ofrecida**, fue revelado que la práctica alimentaria del hijo es basada en productos lácteos, alimentos industrializados y jugos, contrariando los preceptos establecidos por la OMS.

*Ella mama, toma papillas de mucilón y también le doy jugo de naranja. (M4)*

*Yo le doy leche, sopita, papilla, danone, frutas, jugo de naranja, jugo de acerola. (M5)*

La madre tenía el hábito de ofrecerle papilla al niño, siendo práctica común, diseminada de generación en generación, cuando lo recomendable es ofrecer, durante el período de alimentación complementaria, la leche materna para el niño en detrimento de la papilla. Además de eso, las informantes ofrecían alimentos que no presentan valor nutritivo, conteniendo colorantes, ya que entre 0 y 6 meses de edad, el organismo está en fase de maduración por estar desarrollando enzimas responsables por la digestión de sustancias complejas.

*Ella chupa pirulito [...]. Las muchachitas que se lo dan [...], hoy mismo por la mañana ella chupó un pirulito todito. (M13)*

*Todo lo que ella quiera, se lo doy; ella ve a los otros comiendo, si ella quiere yo se lo doy. Mi niña es medio descontrolada [...] le doy bombón, xilito. Le doy todo, hasta café ella toma. (M8)*

En cuanto al valor nutricional del amamantamiento materno, emergió la categoría **creencias maternas**, cuando la justificativa para la introducción precoz de la alimentación complementaria estaba permeada por la percepción de que la leche no saciaba el hambre del hijo. Se observó que traían consigo el valor de que la lactancia era útil para satisfacer el hambre, de modo que, al notar que tal situación no ocurría, eran tomadas por la inseguridad y la incapacidad, lo que las llevaban a buscar la alimentación complementaria.

*[...] creo que el hambre no se le pasa [...] porque le doy el pecho y también después, la niña toma un biberón de papilla. (M11)*

*[...] comencé a darle la leche porque él no se sentía satisfecho [...].yo le daba el pecho, le daba el pecho y él no se hartaba. ¡Ahí inventamos de darle la leche y listo! Entonces que él se queda quieto. (M4)*

*Ella no se contenta con la leche, se queda llorando. (M10)*

El método utilizado para evaluar el hambre del bebé no ofrece exactitud, pues justifica el hambre por el llanto y el comportamiento inquieto del niño, lo que puede sugerir otras necesidades, como calor y dolor, teniendo en vista que el llanto ocurre por diversas causas.

*Entonces, porque ella mama y aún se queda llorando con hambre, mostrando que a ella no se le llena la barriga, sólo con el pecho. (M12)*

*La incerteza de pasar el hambre de ella [solo con la leche materna] realmente o no [...]. Por vía de dudas, yo comencé a darle. (M11)*

Las madres además de juzgar que su leche no es suficiente, se mostraron poco confiadas, pues afirmaban poseer la leche floja y con eso no suplir las necesidades nutricionales del bebé, conforme relatos:

*Es bueno, ¿no? Es óptimo, pero yo quería sólo amamantar, pero mi leche es muy poco, ¿sabe? (M10)*

*Yo inicié la alimentación porque yo creía que mi leche no era suficiente para amamantarlo, entonces, porque él mamaba mucho y se quedaba siempre llorando; yo creía que era la leche floja, sabe. Que no iba sustentarlo. Yo me quedaba 'desempaciente', yo me quedaba con deseo de darle leche, té, papilla, yo tenía deseos de comprar leche y dársela. (M6).*

En esta categoría, es posible asociar otra percepción materna a la creencia, cuando la madre argumenta que el agua debe serle ofrecida al bebé, pues ella cree que la leche no sacia la sed.

*[...] que tenía que dar agua para ella. Ella sentía sed, ahí yo le daba. (M2)*

*Porque yo pensaba, así, que ella sentía sed por causa del tiempo [...] muy caliente. Pero poco, ahora que ella está bebiendo [agua] más. (M16)*



El agua puede caracterizarse como suplemento alimentar poco nocivo a primera vista. No obstante, además de confundir la saciedad, el niño se queda vulnerable a la contaminación, siendo, por tanto, relevante investigar y evaluar su procedencia.

Otro aspecto fue relacionado al peso del niño, identificado como factor significativo en las decisiones sobre la oferta del amamantamiento materno exclusivo. En general, la madre considera el estar gordo como sinónimo de salud así como la visión del otro como principal referencia en la tomada de decisión.

*Sobre ese ahí, él ni tiene diarrea, es bien gordito [...]. (M6)*

*Niño que no mama se queda flaco. (M9)*

*Ella era muy flaquita, entonces tú sabes ¿no? ¡La gente se queda llenándose la cabeza! ¿Mujer, tú le das comida a esa niña?, porque esa niña está muy flaca, dentro de poco ella va a estar desnutrida. (M5)*

A partir de las declaraciones, se nota que hay discordancias en relación a amamantar y el peso del bebé, de modo que lo que se dice elucida que amamantar engorda y otras veces, que el amamantamiento es insuficiente para el niño, retratando dificultades en la credibilidad de la eficacia de los componentes nutricionales de la leche materna, o sea, el niño que será amamantado de forma exclusiva tiene salud cuando se presenta "gordita". En la categoría **interferencias externas que afectan el amamantamiento exclusivo**, se observó en los relatos la influencia sufrida por la madre en la decisión de ofrecer alimentos complementarios, de forma que fue unánime el apoyo de las abuelas para introducir otros alimentos en un período que sería de lactancia materna exclusiva.

*Mi madre me decía, muchacha, ese niño está pasando hambre. (M4)*

*Esa niña comía demás. Ella quería mamar la noche todita, yo no lograba levantarme para cogerla. Mi mamá decía [...] yo voy a darle papilla, que ella duerme más. Así ella le daba la papilla y ella dormía casi toda la noche. (M8)*

*Mi suegra dijo: está bien dar luego la leche a él. (M9)*

El padre fue clasificado como otro formador de opinión sobre la elección de la alimentación adecuada. No obstante, se presentó como aspecto positivo, al mostrarse a favor del amamantamiento exclusivo, pudiendo ser considerado un significativo instrumento para la permanencia de la madre en el acto de amamantar.

*Mi marido decía así, tenga paciencia, porque yo pensaba que no tenía leche.*  
(M6)

Entonces, como los profesionales durante la consulta de pre-natal y puerperio son fundamentales en las orientaciones sobre amamantamiento, los ACS son grandes aliados, pues actúan directamente en la comunidad, identificando prácticas irregulares e interfiriendo de forma adecuada.

*Fue el agente de salud que vino aquí a casa y me alertó sobre amamantar, ahí yo comencé a dar a ella el pecho.* (M3)

## **DISCUSIÓN**

El acto de amamantar es como un encaje perfecto entre la madre y el hijo, cumpliendo la función del cordón umbilical externo, de forma que, la mujer que amamanta, se siente confortable por darse cuenta de la capacidad de continuar generando vida, una vez que el alimento brota del cuerpo. Por otro lado, hay situaciones donde hay necesidad de la preparación de la mujer-madre de forma contrapuesta al modelo del asistencialismo, concepto en el cual las orientaciones no preparan a la mujer para seguir el camino de manera segura y autónoma, proporcionando la sensación de falta de preparación y por consecuencia, emerge el nerviosismo<sup>(10, 11)</sup>.

La capacidad de amamantar generalmente está asociada a los factores biológicos e incapacidades materiales, lo que vuelve el sentimiento de querer el verdugo de la mujer que no logra amamantar<sup>(11)</sup>. La enfermería debe reflexionar sobre cómo son realizadas las orientaciones durante la consulta de pre-natal; cuestionar si las orientaciones enfocan la obligación de amamantar de forma imperativa o si son aclaradas por medio del diálogo

en un modelo horizontal, posibilitando la reflexión crítica por la parte materna sobre los beneficios de la práctica del amamantamiento materno para el binomio madre e hijo.

El poder amamantar generalmente está ligado al campo de los factores biológicos, a las incapacidades materiales, dejando poco claras otras cuestiones más subjetivas, dejando el querer para ser el verdugo de aquella mujer que no logra amamantar por sus propias cuestiones que ni siempre son aceptadas como válidas para los profesionales envueltos con la lactancia materna.

Las participantes manifestaron un discurso biomédico al describir los beneficios del amamantamiento, siendo este discurso evidenciado en otro estudio, en el que el amamantamiento materno es colocado como ventajoso para el recién-nacido por estar asociado al hecho de suplir las necesidades nutricionales del niño por aproximadamente los seis primeros meses de vida, ofrecer resistencia contra infecciones, establecer vínculo psicológico entre la madre y el hijo, entre otras particularidades<sup>(12)</sup>.

La relación entre el amamantamiento y la dentición del niño fue considerada en los discursos de las madres. Se resalta que, por esta asociación haber sido comprobada, se convierte en razón de incentivo y relevancia, una vez que la madre que disemina informaciones positivas, favorece a la adhesión de las otras, posibilitando la mejoría de los índices de la lactancia materna.

El tiempo de amamantamiento natural influencia de modo significativo en la prevención de más oclusiones, o sea, niños amamantados por períodos mayores o iguales a seis meses presentaron menor ocurrencia de malformaciones dentarias<sup>(13)</sup>.

El beneficio del amamantamiento relacionado al factor económico podría ser una estrategia más enfatizada en los grupos poblacionales que viven en situación económica desfavorable. En el 2004, se calculó el costo medio mensual que una madre brasileña tendría se comprase leche para alimentar un bebé en los primeros seis meses de vida. Los resultados apuntaron para una variación de 38% a 133% del salario-mínimo, dependiendo de la marca de la fórmula infantil e ignorando los demás gastos oriundos

de la compra de biberones, chupetes y gas de cocina, además de los eventuales gastos decurrentes de enfermedades comunes en niños que no son amamantados<sup>(2)</sup>.

En ese contexto, los gastos pueden ser reducidos en el ámbito familiar caso exista consciencia, por parte de los padres, de ofrecer la leche materna que es económica, saludable y práctica. Además de eso, otros determinantes agravantes serían el déficit de conocimiento y las dificultades financieras, que favorecen la adquisición de fórmulas infantiles de bajo costo, consideradas perjudiciales para la salud del niño por presentar carencias nutricionales.

El estudio reveló una práctica alimentaria basada en comidas lácteas, alimentos industrializados y jugos. No obstante, el Ministerio da Salud orienta que solamente a partir de los seis meses se deba introducir una alimentación diferente de la leche materna, pues el organismo del niño está listo para recibir otros tipos de alimentos. Sin embargo, estos alimentos deben ser preparados especialmente para el niño y no se recomienda la utilización de alimentos industrializados como bebidas y comidas lácteas como la papilla<sup>(14)</sup>.

Se pudo observar también, en el consumo alimentario de los niños, la oferta de alimentos ricos en vitamina C, que favorecen la protección contra enfermedades. Sin embargo, por el niño no recibir la cantidad adecuada de leche materna recomendada, la calidad nutricional se presentaba baja.<sup>(15)</sup>

La elección de la alimentación adecuada, rica en nutrientes, depende principalmente de la familia, pudiendo tener influencias externas como la propaganda televisiva, que influye la práctica alimentaria de la población, particularmente la de los niños<sup>(16)</sup>. Referente a los hábitos alimentarios pautados en alimentos industrializados ocurren, en la población en estudio, por influencias externas, amistad y/o deseo del niño. Esta conducta puede ser amenizada por los padres, si ellos son aclarados acerca de los maleficios que esos alimentos pueden causar.

Los alimentos *in natura*, comúnmente utilizados en el pasado (frutas, verduras, hortalizas, entre otros), fueron sustituidos por productos industrializados, que en la

mayoría de las veces, son compuestos por sustancias químicas, como colorantes, antioxidantes, aromatizantes, conservantes, entre otros, que pueden ser nocivas a la salud<sup>(14)</sup>.

La percepción de la madre cuando asociada al concepto de que la leche esta floja y no sustenta a su hijo es una razón para interrumpir prematuramente el amamantamiento materno, pudiendo ser consecuencia de una mala orientación de los servicios de salud<sup>(17)</sup>.

Otro aspecto identificado como decisivo, la oferta del amamantamiento materno exclusivo, fue el peso del niño. Un estudio<sup>(18)</sup> que investigó el efecto protector del amamantamiento materno contra la obesidad en la edad escolar en los niños amamantados por cualquier período, identificó una prevalencia de obesidad de 26%; la mayor parte de los niños y adolescentes (92,6%) habían recibido amamantamiento materno en algún momento de la vida, siendo que de estos, 78,8% lo recibieron por lo menos tres meses.

Es posible que las madres comprendan el peso como factor saludable en el niño de cero a seis meses y que por eso, el amamantamiento no puede ser considerado un determinante para una posterior obesidad.

Sobre la interferencia de la familia en el amamantamiento exclusivo, conviene destacar que las abuelas pueden influir en éste, tanto en la duración como en la exclusividad, lo que implica la presencia de factores culturales en el proceso de amamantar. Ya otros estudios alertan que la influencia del padre sobre el amamantamiento materno, en general, es subestimada y que, muchas veces, los profesionales de la salud no dan la debida prioridad para preparar a los futuros padres, que, en general, no participan de las consultas del pre-natal y las demás acciones de intervención<sup>(19,20)</sup>.

En ese contexto, es relevante tener un equipo de salud capacitado para atender a las ansias y dudas maternas y de familiares para así incentivar al amamantamiento materno exclusivo en el período recomendado.

## **CONCLUSIÓN**

El estudio posibilitó identificar los hábitos alimentarios de los niños residentes en la zona rural, lo que verificó la introducción precoz de agua, té, papillas e alimentos industrializados, carentes de nutrientes.

El amamantamiento, cuando visto como positivo, prevalece el discurso biomédico, retratando la protección contra enfermedades, la influencia en la dentición y la economía de recursos financieros. Por su vez, se presenta negativa al justificar la interrupción del amamantamiento materno exclusivo por creencias como cambios en la estética, incapacidad de la leche satisfacer al niño, insuficiencia y la leche floja, y/o por influencias externas de familiares, como los abuelos.

No obstante, la existencia de factores que dificultan la efectividad de la práctica de amamantamiento exclusivo, principalmente por la razón de las creencias de las madres favorece la introducción precoz de alimentos. Sin embargo, un abordaje cultural debe ser realizado con cautela, pues esta percepción trae consigo valores enraizados que pasan de generación a generación.

Cabe mencionar como limitación del estudio la dificultad de conocerse las influencias socioculturales que permean a la madre en el proceso de amamantamiento, por ser un proceso que necesita ser investigado a partir de una observación del cotidiano de los individuos, vislumbrando actividades de rutina y de ambigüedad de los sentimientos y situaciones.

Entonces, se sugiere para investigaciones futuras, un enfoque antropológico, que envuelva factores culturales en el ámbito de los beneficios de la lactancia materna para el binomio madre-hijo; todavía en este contexto, se hace necesario evaluar cómo están siendo realizadas las orientaciones sobre la práctica del amamantamiento durante la consulta de pre-natal, pues el proceso de educar es algo particular, que debe aliar el saber científico con el saber popular, en la perspectiva dialógica, para promover la autonomía del individuo.

Los profesionales de la salud pueden intervenir en el proceso de prevención de posibles daños a la salud, mediante el uso de estrategias educativas que objetiven orientar a la

comunidad y promover mejoría de la calidad de vida. Se destaca la realización de grupos con embarazadas desde el inicio del ciclo gravídico para desarrollar habilidades para un amamantamiento eficaz y tras el nacimiento del niño, hacer visitas domiciliarias para proporcionar aclaraciones a los familiares.

El profesional debe fijarse en las situaciones identificadas en la investigación, que favorecen la introducción precoz de los alimentos complementarios, por medio de una reevaluación de su práctica profesional así como la elaboración de estrategias plausibles, considerando las peculiaridades de los individuos y el escenario.

## CITAS

1. Frota MA, Pordeus AMJ, Forte LB. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. *Rev baiana saúde pública*. 2007;31(2):214-24.
2. Ministério da Saúde (BR). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Polido CG, Mello DF, Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete VLP. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta paul enferm*. 2011;24(5):624-30.
4. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J pediatri (Rio J)*. 2007; 83(1):53-8.
5. World Health Organization. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. Geneva: WHO; 2005.
6. Schiavo MR, Moreira EN. Glossário Social. Rio de Janeiro: Comunicarte; 2005.
7. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisas qualitativas de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 16 out 1996.
9. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(1):103-9.
11. Silva RMR, Marcolino C. The experience of the breastfeeding/early weaning process by women orientated to breastfeeding: a qualitative study. *Online braz j nurs [internet]*. 2009 [cited 2011 Jun 27]; 8(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2009.2019/460>.
12. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev bras enferm*. 2008;61(4):488-92.
13. Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Rev dent press ortodon ortopedi facial*. 2008;13(2):70-83.
14. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

15. Ramalho IR, Henriques EMV. Consumo alimentar de crianças atendidas em ambulatório de nutrição de Unidade de Assistência Secundária em Fortaleza – Ceará. Rev bras promoç saúde. 2009;22(2):81-7.
16. Martins MC, Frota MA. Fatores que interferem na utilização dos alimentos regionais na cidade de Maranguape, Ceará. Cad saúde colet. 2007;15(2):169-82.
17. Frota MA, Aderaldo NNS, Silveira VG, Rolim KMC, Martins MC. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. Cogitare Enferm. 2008;13(3):403-9.
18. Siqueira RS, Monteiro CA. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. Rev saúde pública. 2007;41(1):5-12.
19. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. Rev saúde pública. 2005;39(2):141-7.
20. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Cad saúde pública. 2006;22(1):69-77.

**Recibido: 16/04/2012**

**Aprobado: 05/02/2013**