



Conocimientos de gestantes ribereñas sobre la lactancia materna exclusiva en el contexto de la Atención Primaria de Salud

Knowledge of pregnant women living in riverside community about exclusive breastfeeding in the context of Primary Health Care

Saberes de gestantes ribeirinhas sobre o aleitamento materno exclusivo no contexto da Atenção Primária à Saúde

Como citar este artículo:

Espirito Santo GTS, Pompeu JHCC, Raad PDP, Mendes JO, Andrade EGR, Santos ESS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Knowledge of pregnant women living in riverside community about exclusive breastfeeding in the context of Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:e20240361. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0361en>

 Gabriela Tayane Santana do Espirito Santo¹

 Jennifer Hillary Costa da Conceição Pompeu¹

 Paulo Daniel Pereira Raad¹

 Julia Oliveira Mendes¹

 Erlon Gabriel Rego de Andrade²

 Eliene do Socorro da Silva Santos²

 Laura Maria Vidal Nogueira²

 Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues²

¹ Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Belém, PA, Brasil.

² Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, PA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To discuss the knowledge of pregnant women living in riverside communities about exclusive breastfeeding and its influence on the decision to breastfeed. **Method:** A descriptive and qualitative study, carried out with 20 pregnant women at the Municipal Health Unit of Cotijuba Island, in Belém, Pará, Brazil. Data were collected through semi-structured individual interviews, conducted between March and June 2024. The *corpus* was subjected to lexical analysis with *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (0.7, alpha 2), using Descending Hierarchical Classification. **Results:** A total of 448 text segments were identified, of which 342 (76.34%) were used, generating six lexical classes, organized into two thematic axes, which presented the construction of knowledge about breastfeeding, mediated by social relations, and the knowledge that impacts the decision to breastfeed, highlighting the importance of breastfeeding for the growth and development of newborns and infants and the interface with complementary feeding. **Conclusion:** Despite challenging experiences and expectations and the discouragement caused by people around them, pregnant women considered breastfeeding as an opportunity to strengthen bonds with their children.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Pregnant People; Rural Population; Rural Health; Primary Health Care.

Autor correspondiente:

Erlon Gabriel Rego de Andrade
Avenida José Bonifácio, 1289, São Brás
66063-075 – Belém, PA, Brasil
erlon.rego@gmail.com

Recibido: 24/10/2024
Aprobado: 12/03/2025

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) es el suministro exclusivo de leche materna a recién nacidos y lactantes, que puede producirse a través del pecho o bebiendo leche ordeñada, sin que se añada ningún otro tipo de alimento a la dieta. Debe fomentarse hasta el sexto mes después del nacimiento, y se recomienda mantenerla de forma complementaria hasta que el niño cumpla dos años. Además de promover una nutrición adecuada, con repercusiones en el crecimiento y desarrollo de todos los sistemas orgánicos y reducir la mortalidad infantil, la LME refuerza el vínculo entre madre e hijo y contribuye a preservar o aumentar la salud materna^(1,2).

Teniendo en cuenta los beneficios de la leche materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) espera que en 2030 al menos el 70% de los niños reciban lactancia materna exclusiva a la edad adecuada⁽³⁾. En Brasil, aunque los indicadores de lactancia materna hayan aumentado en las últimas décadas, la prevalencia de LME entre los niños menores de seis meses era de sólo el 45,8%, según datos del Estudio Nacional de Alimentación y Nutrición Infantil (ENANI), publicado en 2021⁽⁴⁾.

Independientemente de su lejanía de los centros urbanos, las comunidades tradicionales, como las poblaciones ribereñas, aún se encuentran en situación de vulnerabilidad, caracterizada, entre otros factores, por bajos niveles de escolaridad y falta de atención a la salud. En ese contexto sociogeográfico, regido por la dinámica de ríos y bosques, las gestantes suelen tener dificultades para acceder a los servicios de Atención Primaria de Salud (APS), como las consultas médicas y de enfermería prenatales, debido a las peculiaridades territoriales y económicas que dificultan su desplazamiento a las unidades de salud^(5,6).

Se sabe que el control prenatal es un escenario propicio para la consolidación de ideas y decisiones relacionadas con la LME, incluso entre las gestantes ribereñas, pues es en ese período que ellas se enteran de las diversas exigencias que atraviesan los procesos de embarazo, parto y maternidad, así como de la importancia de la LME^(7,8).

Las poblaciones cuyas principales actividades económicas y de subsistencia son la agricultura y la pesca adoptan dietas relacionadas con estas actividades⁽⁹⁾. El conocimiento tradicional, compartido entre generaciones, puede ser eficaz para fomentar la lactancia materna, pero también puede generar o reforzar mitos sobre el tema, hasta el punto de interferir en la decisión de amamantar, favorecer el destete precoz y la inclusión de otros alimentos antes del periodo recomendado⁽¹⁰⁾.

Al investigar el conocimiento de esas gestantes sobre la lactancia materna, es posible comprender los aspectos culturales, económicos y sociales que interfieren en esa práctica y, así, reflexionar sobre cómo esos aspectos pueden vincularse a las políticas públicas y a los programas de salud que buscan atender las demandas sanitarias.

Dada la relevancia del tema y la necesidad de compartirlo, se elaboró la siguiente pregunta orientadora: ¿cuál es el conocimiento de las gestantes ribereñas sobre la LME y cómo influye en su decisión de amamantar? Para responder a esta pregunta, este estudio se propuso analizar el conocimiento de las gestantes ribereñas sobre la LME y su influencia en su decisión de amamantar.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo y cualitativo, guiado por los criterios *CONsolidados para REportar la Investigación Cualitativa* (COREQ)⁽¹¹⁾. Optamos por asociar el carácter descriptivo a este enfoque, considerando las posibilidades que presenta para caracterizar fenómenos, incluidos los sociales, prestando atención a los datos subjetivos, pero también a los aspectos que particularizan a determinados grupos en relación con estos fenómenos⁽¹²⁾.

SITIO DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado en la Unidad Municipal de Salud (UMS) de la Isla de Cotijuba, localizada en el Distrito Administrativo de Outeiro, en el municipio de Belém, Pará, Brasil. Vinculada al Departamento Municipal de Salud de Belém (SESMA), esta unidad ofrece servicios típicos de APS, como consultas prenatales.

La isla tiene cerca de 10.000 habitantes y, a pesar de las transformaciones urbanas resultantes de factores como su proximidad a otros distritos administrativos de Belém y la intensificación de las actividades turísticas, todavía muestra debilidades en la provisión de políticas públicas, como es el caso de la atención sanitaria local^(13,14). Se eligió este escenario porque sus características geográficas y socioculturales se adecuaban al interés en investigar el fenómeno de la LME en el contexto de una población ribereña.

POBLACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Participaron 20 gestantes ribereñas mayores de 18 años, independientemente de la edad gestacional y del número de embarazos anteriores, inscritas y en control prenatal regular en la UMS. Se estableció una edad mínima de 18 años, teniendo en cuenta que el embarazo en menores puede implicar aspectos legales o riesgo de deterioro emocional y psicológico para la gestante. Se optó por excluir a aquellas con deterioro físico y/o cognitivo que imposibilitara entrevistarlas. Sin embargo, no hubo exclusiones ni retiradas; sólo dos se negaron a participar por no querer ser entrevistadas después de tres intentos.

Durante el periodo de recolección de datos, 22 mujeres embarazadas fueron elegibles y participaron el 90,91% (20/22). Esto coincide con la recomendación de la bibliografía, que indica que entre 20 y 30 participantes es un número adecuado para alcanzar los objetivos de una investigación con un enfoque cualitativo⁽¹⁵⁾.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente, los investigadores visitaron la UMS para presentarse a los profesionales y darles a conocer el objetivo y los procedimientos de la investigación, momento en el que conocieron la dinámica de la atención prenatal y reservaron una habitación con el gestor para realizar las actividades. Las gestantes fueron seleccionadas por conveniencia y abordadas personalmente, de forma individual, antes o después de sus consultas, cuando fueron invitadas a participar. Para garantizar comodidad y privacidad, las que aceptaron participar fueron

llevadas a una sala privada, donde sólo estaban presentes la participante y los entrevistadores, que presentaron y aclararon los detalles de la investigación en lenguaje sencillo, con el objetivo de obtener la aceptación formal.

Cabe destacar que los profesionales de la unidad y las embarazadas no conocían de antemano a los investigadores y, por lo tanto, desconocían su formación académica y profesional, así como sus aspiraciones. Por lo tanto, decidimos aclarar todos los aspectos necesarios al personal y a las gestantes, incluyendo el hecho de que la investigación formaba parte de un conjunto de actividades extracurriculares desarrolladas por cuatro estudiantes de enfermería del Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica (PIBIC), dos de ellas becarios y dos voluntarios.

La Recolección de datos se realizó entre marzo y junio de 2024 a través de entrevistas individuales semiestructuradas, utilizando un guión elaborado por las investigadoras y compuesto por dos secciones. Las diez primeras preguntas se referían al perfil sociodemográfico y obstétrico de las participantes, investigando las variables edad, color/raza, religión, escolaridad, ocupación, renta familiar mensual, personas con las que vivían, estado civil, número de embarazos/hijos y lactancia en embarazos anteriores. La segunda parte, con seis preguntas subjetivas, exploró el objeto de estudio, centrándose en las percepciones, experiencias y expectativas en torno a la LME, abordadas a través del diálogo.

En el guión, las preguntas subjetivas estaban redactadas del siguiente modo: 1) «¿Qué sabe sobre la LME?»; 2) «¿Cree que la LME es importante para su hijo? ¿Por qué?»; 3) «¿Quiere amamantar a su hijo? ¿Por qué? Si es así, ¿cómo lo hará?»; 4) «¿Habla con otras personas de su familia (otras mujeres, su pareja) sobre la LME? ¿Por qué? ¿De qué hablan?»; 5) «Durante sus consultas prenatales, ¿recibió algún consejo sobre lactancia materna? En caso afirmativo, ¿cuáles? ¿Cómo se compartieron estas instrucciones? ¿Quién dio los consejos?»; 6) «¿Considera importante recibir información sobre la LME durante la atención prenatal? En caso afirmativo, ¿cree que esta información influyó en su decisión de dar el pecho? ¿Por qué?». Este instrumento no se sometió a una prueba piloto, pero permitía comprender suficientemente el tema, por lo que no se utilizó un diario de campo, no se incorporaron otras técnicas de recogida y no hubo necesidad de repetir las entrevistas. Para no poner en peligro la espontaneidad de los testimonios, se decidió no compartir las transcripciones con las participantes para que pudieran comprobarlas y consultarlas.

Las entrevistas fueron realizadas por cuatro estudiantes de enfermería, un hombre y tres mujeres, divididos en parejas y formados en reuniones de orientación, como las actividades del PIBIC y las reuniones de un grupo de investigación vinculado a la institución de los autores, que realiza principalmente investigación cualitativa. Como las entrevistas se realizaron en dos partes, correspondientes a las secciones del guión, la primera parte se grabó manualmente en la versión impresa del instrumento. Solamente la segunda parte fue audio-grabada en formato MP3, con una duración media de 15 minutos, suficiente para alcanzar el objetivo y compatible con otros estudios que utilizaron técnicas de análisis cualitativo auxiliadas por el mismo *software* utilizado en este estudio, que reportaron duraciones medias de 10 y 18 minutos^(16,17).

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos sociodemográficos y obstétricos fueron tabulados en *Microsoft Office Excel*[®] (versión 2013) y analizados descriptivamente para mostrar números absolutos y relativos. Las entrevistas se transcribieron para formar un *corpus*, que se importó al *programa informático Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ[®], versión 0.7, alfa 2) como archivo único sin formato (archivo .txt), con codificación de caracteres en el estándar *Unicode Transformation Format 8-bit* (UTF 8), para realizar el análisis léxico.

De acuerdo con las especificidades técnicas y metodológicas de este *programa informático*⁽¹⁸⁾, los 20 textos que componían el *corpus* se identificaron individualmente mediante líneas de comando compuestas por los siguientes elementos: cuatro asteriscos (****); espacio en blanco; asterisco junto al código alfanumérico asignado al participante; espacio en blanco; nueve variables sociodemográficas y obstétricas, identificadas por asterisco y códigos específicos (abreviatura/abreviatura del nombre de la variable, *subrayado* y número o abreviatura/letra mayúscula/abreviatura complementaria, según la naturaleza cuantitativa o cualitativa de la variable), que se separaron entre sí por espacio en blanco y fueron definidas por los investigadores como prioritarias, para no alargar las líneas de comando más de lo necesario.

Estas variables y sus códigos eran edad («Id», *subrayado* y número correspondiente a la edad del participante); color/raza («CR», *subrayado* y abreviatura de color/raza, «Br» para «blanco», «Pa» para «moreno» y «Pr» para «negro»); escolaridad («Esc», *subrayado* y abreviatura de escolaridad, «EFI» para «educación primaria incompleta», «EMI» para «educación secundaria incompleta», «EMC» para «educación secundaria completa», «ET» para «educación técnica», «ESI» para «educación superior incompleta» y «ESC» para «educación superior completa»); religión («Rel», *subrayado* e inicial mayúscula de la religión, donde «C» para «católica», «E» para «evangélica» y «N» para «sin religión»); estado civil («SiC», *subrayado* y abreviatura o inicial mayúscula del estado, donde «Ca» para «casado», «S» para «soltero» y «U» para «unión consensual»); personas con las que vivían («PQR», *subrayado* y número de personas); renta familiar mensual («RF», *subrayado* y número correspondiente a la renta en salarios mínimos, considerando que en Brasil, en 2024, el salario vigente era de R\$ 1.412,00, añadiendo la palabra «menos» o «más» cuando fuera necesario para indicar que la renta era inferior o superior a la cifra indicada); embarazos («G», *subrayado* y número); hijos («F», *subrayado* y número). Como ejemplo de esta organización, se dio la siguiente línea de comandos al primer participante: **** *P1 *Id_29 *CR_Pa *Esc_EMC *Rel_E *SiC_S *PQR_2 *RF_1 *G_3 *F_2.

Frecuentemente utilizado en la investigación cualitativa y anclado en las funcionalidades del *software* R, el IRaMuTeQ[®] fue desarrollado en 2009 por el científico francés Pierre Ratinaud, con cinco modalidades analíticas para garantizar la fiabilidad de los resultados: análisis lexicográfico; análisis factorial de especificidades y correspondencias; Clasificación Jerárquica Descendente (CJD); análisis de similitud; y nube de palabras^(19,20).

En este estudio se utilizó la CJD, mediante la cual se descompuso el *corpus* en segmentos textuales (STs) para generar clases léxicas, según la complementariedad de los segmentos que los componen, denotando significados que los individualizan, pero que en conjunto expresan el fenómeno estudiado. Estas clases se ilustran mediante palabras dispuestas verticalmente en un dendrograma, al que el IRaMuTeQ® asignó, entre otros valores estadísticos, la frecuencia (F) de STs que presentaban cada palabra en su respectiva clase, y el chi-cuadrado (X^2), que muestra la fuerza asociativa de las palabras, considerando representativas aquellas con $p < 0,0001$. Con esta modalidad, el *software* identifica la mejor posibilidad de formar clases que representen el contenido del *corpus*, resultando muchas veces en la utilización de apenas una parte de las STs, que debe ser de por lo menos 75% para que el análisis sea considerado confiable^(19,20).

Las clases derivadas del análisis de los datos subjetivos se organizaron en ejes temáticos, lo que permitió interpretarlas a partir de la literatura científica pertinente y actualizada. Esos ejes y las discusiones relacionadas con ellos constituyeron un informe enviado a la institución por las autoras, que optaron por no compartirlo con los profesionales de la unidad ni con las gestantes para mantener su originalidad. Como tal, no opinaron sobre los resultados, pero asumieron el compromiso ético y técnico-científico de remitir el/los artículo/s a los profesionales tan pronto como fuera publicado y, si fuera necesario, programar círculos de conversación para discutir los resultados, aclarar dudas y discutir posibles estrategias para intervenir mejor en la realidad de las gestantes.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cumplió la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud/Ministerio de Salud, obteniendo autorización del SESMA y aprobación del Comité de Ética en Investigación del Curso de Pregrado en Enfermería de la *Universidade do Estado do Pará*, bajo el Dictamen n° 6.631.984, emitido en febrero de 2024. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Para mantener la confidencialidad de sus identidades, se utilizó un código alfanumérico compuesto por la letra «P», de «participante», seguida de un número cardinal, que indica la secuencia de las entrevistas. A lo largo de los resultados, para identificar los extractos, se decidió destacar entre paréntesis tanto los códigos alfanuméricos como las variables de las líneas de comando.

RESULTADOS

La edad de los participantes osciló entre 19 y 37 años, con una media de 25,70 años y un predominio del grupo de 19 a 23 años ($n = 9$; 45%). En cuanto al color de la piel, 17 (85%) dijeron ser morenos, y en cuanto a la religión, 11 (55%) eran evangélicos. En cuanto a la escolaridad, 12 (60%) habían terminado el bachillerato, y en cuanto a la ocupación, 11 (55%) tenían un trabajo remunerado y nueve (45%) sólo realizaban tareas domésticas. En cuanto a los ingresos familiares mensuales, diez (50%) declararon tener hasta un salario mínimo. Todas vivían con al menos otra persona, y 12 (60%) estaban casadas o en unión libre.

Con relación al número de embarazos e hijos, nueve (45%) estaban en su primer embarazo; seis (30%) estaban en el segundo y tenían un hijo; cuatro (20%) estaban en el tercero y tenían dos hijos; una (5%) estaba en su cuarto embarazo y tenía tres hijos; y 11 (55%) informaron haber amamantado en embarazos anteriores.

El *corpus* titulado «Lactancia materna exclusiva: conocimiento de las gestantes ribereñas en Atención Primaria de Salud» fue desglosado, resultando en la división de sus 20 textos en 448 STs y en la identificación de 15.674 ocurrencias (formas o palabras), con 2.149 palabras distintas y 1.132 hápax (palabras con frecuencia igual a uno), representando 7,22% de las ocurrencias y 52,68% de las palabras distintas. El número medio de palabras por ST era de aproximadamente 34,99.

A través de la CJD, se utilizaron 342 STs (76,34%), estructurando dos *subcorpus* con seis clases léxicas: el primer *subcorpus*, formado por las clases 2 y 3, y el segundo, por las clases 4, 6, 1 y 5, según la lógica de partición del *corpus* (Figura 1). No se tuvieron en cuenta los datos subjetivos secundarios que constituían el porcentaje no utilizado del *corpus* (23,66%).

Estas clases se organizaron en dos ejes temáticos, asociados respectivamente a la construcción social del conocimiento sobre lactancia materna y al conocimiento que afecta la decisión de amamantar, razón por la cual las autoras les dieron títulos que aluden a estos significados.

Componiendo el primer eje, las clases 3, 2, 1 y 5 se denominaron «Importancia de la información sobre la lactancia materna durante la atención prenatal», «Orientación de la enfermera sobre la lactancia materna», «Experiencias y expectativas sobre la lactancia materna» y «Diálogos con diferentes sujetos en la vida cotidiana». En el segundo eje, las clases 4 y 6 se titularon «Importancia de la lactancia materna exclusiva para el crecimiento y el desarrollo» y «Retos y posibilidades de la alimentación complementaria». Ambas se presentan a continuación, destacando sus clases y algunos extractos emblemáticos.

Eje temático 1 – Construcción social del conocimiento sobre la lactancia materna (clases 3, 2, 1 y 5)

En la clase 3, se identificaron 72 STs (21,05% del *corpus*) y 11 palabras representativas ($p < 0,0001$), indicando percepciones que enfatizan la importancia de la orientación proporcionada por los profesionales de salud durante las consultas prenatales (Figura 1).

Palabras como «información» ($X^2 = 45,72$), «recibir» ($X^2 = 41,34$), «orientación» ($X^2 = 41,17$) y «consulta» ($X^2 = 28,01$) representaron esta característica, indicando el intercambio de información en el ambiente formal de la UMS. En este sentido, las participantes percibieron la orientación médica y de enfermería como herramientas fiables y seguras, destacando que compartirla podría ayudar a informarlas mejor:

Recibí esta información antes de dar a luz, porque la enfermera daba charlas a las embarazadas. Fue entonces cuando adquirí un poco de conocimiento y me quedé intrigada, porque la abuela decía una cosa y mamá otra. (P10, Id_22, CR_Pa, Esc_ET, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_mais_1, G_2, F_1)

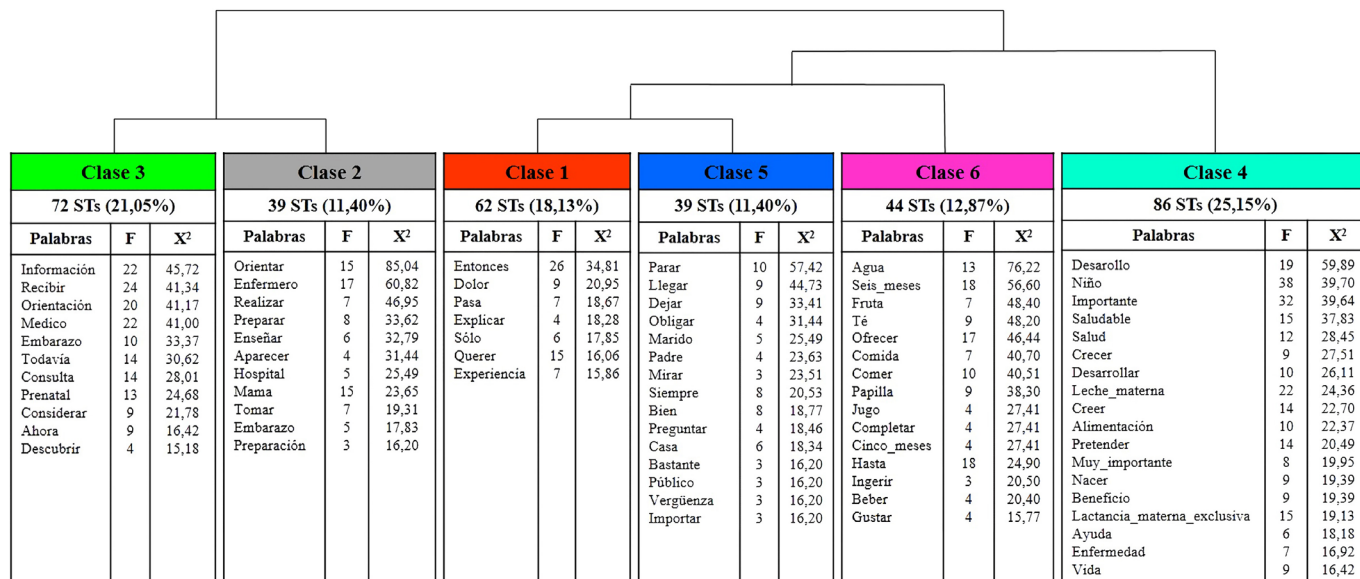


Figura 1 – Dendrograma de clasificación jerárquica descendente. Belém, Pará, Brasil, 2024.

Hoy ha sido mi primera cita prenatal, así que aún no he recibido ninguna información sobre la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, creo que es importante recibir esta información, incluso en la primera cita, en este primer contacto con los profesionales, porque estoy informada, ya que es algo que todavía no sé. (P14, Id_22, CR_Pa, Esc_EMC, Rel_C, SiC_S, PQR_2, RF_1, G_1, F_0)

Compuesta por 39 STs (11,40% del corpus) y 11 palabras representativas ($p < 0,0001$), la clase 2 reveló cómo la orientación por parte de profesionales, especialmente enfermeras, puede reforzar la construcción del conocimiento sobre la lactancia materna. La palabra «enfermero» ($X^2 = 60,82$), que tuvo el segundo chi-cuadrado más alto de la clase, asociada a los verbos «orientar» ($X^2 = 85,04$) y «enseñar» ($X^2 = 32,79$), expresa que las participantes reconocieron que tuvieron acceso, durante su embarazo actual y/o embarazos anteriores, a orientaciones proporcionadas por enfermeras en diferentes servicios de salud, como la UMS:

La enfermera me orientó sobre el uso de pomada para la dermatitis del pañal y sobre los tés, porque ella no era partidaria de ofrecer eso [al niño]. También me habló de la importancia de la lactancia materna y de que no siempre que el niño lloraba era para darle el pecho. Había que aprender a entender cuándo era el momento de dar el pecho y cuándo el niño tenía dolor. (P10, Id_22, CR_Pa, Esc_ET, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_mais_1, G_2, F_1)

Durante los cuidados prenatales, la enfermera siempre me daba consejos sobre cómo cuidar mis pechos. Me dijo que los expusiera al sol, que estimulara el pezón mientras me duchaba, que no me frotara el pezón con jabón con demasiada frecuencia para que no se reseca y que, si era necesario, fuera sin camiseta para que pudiera tener contacto con la vitamina de la luz solar. (P12, Id_29, CR_Br, Esc_EMC, Rel_E, SiC_U, PQR_3, RF_1, G_3, F_2)

Aunque afirmaron haber recibido orientaciones durante el embarazo, se observó que éstas no aclaraban suficientemente los aspectos que impregnan el tema. Las palabras «mama» ($X^2 = 23,65$)

y «embarazo» ($X^2 = 17,83$), asociadas a los verbos «realizar» ($X^2 = 46,95$), «preparar» ($X^2 = 33,62$) y «tomar» ($X^2 = 19,31$), muestran que, aun así, algunas de las participantes tenían una idea vaga de cómo preparar sus mamas para el acto de amamantar, ya sea por falta de orientación o por cierta imprecisión o incoherencia en algunos de los relatos:

Tiene que haber asesoramiento, al menos lo básico, que no se está haciendo realmente. He ido a cuatro citas prenatales; hago preguntas a los profesionales sanitarios, pero sólo me dicen que hay que hidratar los pechos, eso es todo. (P9, Id_22, CR_Pa, Esc_ESI, Rel_N, SiC_Ca, PQR_1, RF_1, G_1, F_0)

Durante mis citas prenatales, me preguntan si preparo mis pechos para la lactancia. Dicen que es bueno prepararlo, pero yo digo que no lo preparo, porque en el hospital me dijeron que no era bueno hacerlo. (P15, Id_21, CR_Pa, Esc_EMI, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_1, G_2, F_1)

Compuesta por 62 STs (18,13% del corpus) y siete palabras representativas ($p < 0,0001$), la clase 1 se caracterizó por palabras como «dolor» ($X^2 = 20,95$), «querer» ($X^2 = 16,06$) y «experiencia» ($X^2 = 15,86$), abordando algunas de las repercusiones de la lactancia en la vida cotidiana de las gestantes que ya habían experimentado este acto como amamantadoras o que esperaban amamantar. Se identificó que el amamantamiento es un proceso que puede generar muchas expectativas y vivencias, incluso negativas, dadas las sensaciones físicas y afectos relacionados a él.

Algunos STs mostraron que el acto de amamantar puede generar dolor y malestar en las mujeres, incluso entre las que no son primíparas:

Creo que todas las mujeres embarazadas pasan por esto, incluso las que no son primíparas. Incluso las que están en su segundo parto experimentarán dolor al amamantar. (P11, Id_22, CR_Pa, Esc_ESI, Rel_E, SiC_S, PQR_11, RF_1, G_1, F_0)

Muchas mujeres se quejan de la lactancia; dicen que se les caen los pechos y sienten dolor. Por ejemplo, mi prima dijo que sentía mucho

dolor, así que me asusté y eso me influye, pero cada mujer tiene su propia experiencia, cada mujer es única. (P14, Id_22, CR_Pa, Esc_EMC, Rel_C, SiC_S, PQR_2, RF_1, G_1, F_0)

En otros informes, las participantes expresaron miedo e incertidumbre, tal vez por no haber podido amamantar, con repercusiones negativas para el crecimiento y el desarrollo de sus hijos:

Después de diez años, tener que volver a pasar por todo eso [dificultades para amamantar al primer hijo], me siento insegura sobre la lactancia materna. (P4, Id_32, CR_Pa, Esc_EMC, Rel_E, SiC_Ca, PQR_2, RF_1, G_2, F_1)

Tengo miedo de crearme expectativas por querer amamantar mucho a mi hijo, y sé que puede ocurrir que no lo consiga. Así que tengo miedo de frustrarme, decepcionarme y no poder amamantar. (P9, Id_22, CR_Pa, Esc_ESI, Rel_N, SiC_Ca, PQR_1, RF_1, G_1, F_0)

A pesar de los sentimientos y afectos negativos, como se destaca en los cuatro extractos anteriores, se identificó que el embarazo también puede contribuir a la formación de vínculos entre madre e hijo, construidos a lo largo de las semanas de gestación y fortalecidos después del parto:

Creo que la lactancia materna exclusiva me hará crear un vínculo con mi bebé; habrá una conexión entre nosotros. Con el contacto físico, se sentirá acogido a través de la lactancia materna. (P6, Id_24, CR_Pr, Esc_EMC, Rel_N, SiC_Ca, PQR_2, RF_mais_1, G_1, F_0)

Cuando mi hijo se prendió por primera vez [refiriéndose a su primera lactancia], lloré porque tenía una sensación muy diferente, algo que no puedo explicar, una fuerza distinta a todo lo que había en mis pechos. Algo sucedió, ¡un vínculo amoroso! Desde entonces, estaba segura de que tenía que dar el pecho no por mí, sino por él. (P10, Id_22, CR_Pa, Esc_ET, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_mais_1, G_2, F_1)

La clase 5 corresponde a 39 STs (11,40% del *corpus*), por lo que las clases 2 y 5 son las más pequeñas, con 15 palabras representativas ($p < 0,0001$), caracterizadas por verbos como «parar» ($X^2 = 57,42$), «dejar» ($X^2 = 33,41$), «obligar» ($X^2 = 31,44$) y «mirar» ($X^2 = 23,51$), además de otros términos como «marido» ($X^2 = 25,49$), «público» ($X^2 = 16,20$) y «vergüenza» ($X^2 = 16,20$). Su contenido abarca los diálogos que las embarazadas mantuvieron sobre el tema con diversos sujetos sociales, como familiares, profesionales sanitarios, vecinos e incluso desconocidos. De acuerdo con los relatos, estas interacciones tuvieron un impacto significativo en las percepciones de las mujeres, generando inseguridad en algunas de ellas, dependiendo de la información compartida.

Algunos profesionales sanitarios, que se suponía que debían ofrecer apoyo y orientación adecuados, a veces desaconsejaban la lactancia y presionaban a las mujeres para que la dejaran, convirtiéndola en una experiencia estresante e insegura:

La gente me presionaba mucho para que dejara de dar el pecho; decían que mi hijo ya era grande. Una vez, cuando llegué a la unidad [de salud] con él enfermo, el médico que me atendió insistió en que dejara de amamantarlo; dijo que no era necesario y que el

ternero sólo mama durante no sé cuántas semanas. (P10, Id_22, CR_Pa, Esc_ET, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_mais_1, G_2, F_1)

[...] en ese momento, hubo un choque; yo no iba a dejar de amamantar a mi hijo sólo porque alguien se molestara, no estoy obligada a hacerlo. Tengo derecho a dar el pecho. (P12, Id_29, CR_Br, Esc_EMC, Rel_E, SiC_U, PQR_3, RF_1, G_3, F_2)

A pesar del hecho de que la lactancia materna es un proceso natural y esencial para la vida, algunos informes mostraron conflictos sobre la lactancia materna en espacios públicos, donde algunas personas, a menudo extraños, alegaron incomodidad al presenciarla, causando a las madres cierta vergüenza:

La gente miraba a mi hijo y le decía que era demasiado grande, que debería avergonzarse y dejar de darle el pecho. A veces sentía vergüenza, pudor y miedo. (P10, Id_22, CR_Pa, Esc_ET, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_mais_1, G_2, F_1)

He tenido situaciones conflictivas en relación con la lactancia materna. Me preguntaron si me avergonzaba dar el pecho en público; dijeron que se sentían incómodos viéndome dar el pecho y que no estaban obligados a mirarlo. (P12, Id_29, CR_Br, Esc_EMC, Rel_E, SiC_U, PQR_3, RF_1, G_3, F_2)

Incluso ante diálogos desalentadores, situaciones irrespetuosas y presión social en determinadas ocasiones, incluso por parte de familiares, las mujeres persistieron en la lactancia o declararon su intención de hacerlo, reconociendo su importancia:

Mi madre decía que me estaba poniendo fea [de tanto dar el pecho] y que mi marido me cambiaría, pero eso es cosa suya. Si no es mío, no lo será, pero no voy a dejar de dar el pecho. (P10, Id_22, CR_Pa, Esc_ET, Rel_E, SiC_U, PQR_2, RF_mais_1, G_2, F_1)

Mi marido dice que ella [cuñada] y yo no parecemos porque no tenemos vergüenza. Si la gente habla, no me importa; primero le daré el pecho a mi hijo. Que los demás dejen de preocuparse. (P16, Id_27, CR_Pa, Esc_EMI, Rel_C, SiC_S, PQR_4, RF_1, G_4, F_3)

Eje temático 2 – Conocimientos que afectan a la decisión de amamantar (clases 4 y 6)

Compuesta por 86 STs (25,15% del *corpus*), la clase 4 es la más numerosa y tiene 18 palabras representativas ($p < 0,0001$), como «desarrollo» ($X^2 = 59,89$), «importante» ($X^2 = 39,64$), «salud» ($X^2 = 28,45$), «crecer» ($X^2 = 27,51$), «desarrollar» ($X^2 = 26,11$), «leche materna» ($X^2 = 24,36$), «alimentación» ($X^2 = 22,37$), «beneficio» ($X^2 = 19,39$) y «vida» ($X^2 = 16,42$). Cuando se asocian a las repercusiones de la lactancia en el cuerpo de los niños, estos términos muestran que las participantes caracterizan la lactancia como una práctica que contribuye al crecimiento y desarrollo saludable de sus hijos, razón por la que decidieron amamantarlos, relacionando la leche materna con el fortalecimiento de la inmunidad del niño y la reducción de las posibilidades de enfermedad:

Creo que lo desarrolla todo, las células, el crecimiento, tener anticuerpos para [combatir] enfermedades y virus. Creo que la lactancia materna contribuye positivamente a mis dos hijos. (P12,

Id_29, CR_Br, Esc_EMC, Rel_E, SiC_U, PQR_3, RF_1, G_3, F_2)

Los seis primeros meses de lactancia son importantes para el desarrollo integral del niño, y esto será bueno para que no contraiga enfermedades en el futuro, haciéndolo fuerte. (P13, Id_37, CR_Pa, Esc_ESC, Rel_N, SiC_U, PQR_1, RF_mais_2, G_1, F_0)

Sin embargo, informaron de que existen diferencias en la leche materna y que algunas mujeres tienen una leche «más débil», que no contribuye al pleno crecimiento y desarrollo del niño, mientras que la leche «fuerte» se considera más nutritiva y responsable de un crecimiento y desarrollo adecuados. También hicieron hincapié en que la producción de leche está relacionada con la nutrición materna, ya que creen que la nutrición es una fuente de nutrientes, asociada a la cantidad y la calidad de la leche:

Me dijeron que debía seguir una dieta sana. Cuanto más comiera bien, más leche materna produciría, porque además de cuidarme y prepararme, les damos [a los niños] una vida mejor. (P1, Id_29, CR_Pa, Esc_EMC, Rel_E, SiC_S, PQR_2, RF_1, G_3, F_2)

Creo que [la leche materna] es muy importante, porque es su [del niño] alimento. Sé que mi dieta mejorará la leche y le hará más sano. (P6, Id_24, CR_Pr, Esc_EMC, Rel_N, SiC_Ca, PQR_2, RF_mais_1, G_1, F_0)

Compuesta por 44 STs (12,87% del corpus) y 15 palabras representativas ($p < 0,0001$), la clase 6 revela que las mujeres embarazadas eran conscientes de que la lactancia materna debe llevarse a cabo exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses después del nacimiento y, después de este periodo, deben ofrecerse otros alimentos para complementar la lactancia materna. El término «seis meses» ($X^2 = 56,60$) tuvo el segundo chi-cuadrado de clase más alto, asociado a las palabras «completar» ($X^2 = 27,41$) y «hasta» ($X^2 = 24,90$):

La lactancia materna exclusiva es cuando amamanto al niño hasta los seis meses. El médico dice que se trata del bienestar del niño. No pueden beber agua, no pueden comer ni nada de eso, porque podrían ponerse enfermos. (P3, Id_35, CR_Pa, Esc_EFI, Rel_E, SiC_S, PQR_2, RF_1, G_3, F_2)

No voy a ofrecer fruta a mi bebé de un mes porque no sabrá comer una manzana, no tendrá la práctica de masticar o tragar algo que es más rígido. (P9, Id_22, CR_Pa, Esc_ESI, Rel_N, SiC_Ca, PQR_1, RF_1, G_1, F_0)

Las palabras «agua» ($X^2 = 76,22$), «fruta» ($X^2 = 48,40$), «té» ($X^2 = 48,20$), «comida» ($X^2 = 40,70$), «papilla» ($X^2 = 38,30$) y «jugo» ($X^2 = 27,41$) expresan que algunos factores pueden interferir en la decisión de amamantar exclusivamente. Los desafíos relacionados con los aspectos culturales que impregnan la lactancia materna, como la creencia de que la leche materna puede no satisfacer al niño, fomentaron la planificación de otra fuente de alimentación como alternativa. Además, la necesidad de reincorporarse a las actividades laborales destacó como un aspecto socioeconómico relevante, ya que algunas participantes señalaron que podría interferir con la lactancia y poner en peligro el vínculo entre madre e hijo, aumentando la posibilidad de introducir otros alimentos de forma precoz. Estos

aspectos se indicaron, por ejemplo, en las declaraciones de P8 y P3, respectivamente:

Le ofrezco papilla y leche materna. Si no toma suficiente leche, le ofreceré papilla por la mañana, al menos una vez al día. (P8, Id_21, CR_Pa, Esc_EMC, Rel_C, SiC_U, PQR_3, RF_menos_1, G_1, F_0)

Voy a dar el pecho durante al menos cuatro o cinco meses. No pienso dar el pecho hasta los seis meses, porque mi hija se encariñó mucho, no quería estar con nadie y yo no podía trabajar. (P3, Id_35, CR_Pa, Esc_EFI, Rel_E, SiC_S, PQR_2, RF_1, G_3, F_2)

DISCUSIÓN

En el primer eje temático, la construcción social del conocimiento sobre lactancia materna destacó la importancia de compartir información sobre la LME, a través de las percepciones de las gestantes sobre la orientación que recibieron de los profesionales de salud, contexto en el que los diálogos con estos sujetos apuntaron a un proceso de clarificación y fortalecimiento del conocimiento materno, permitiendo inferir que la información socialmente construida tuvo un impacto favorable en la decisión de amamantar. Sin embargo, durante la atención prenatal, una comunicación insuficiente entre las gestantes y los profesionales puede generar incertidumbres y conflictos relacionados con esta decisión.

En el ciclo embarazo-puerperio, la orientación debe basarse en las particularidades de las mujeres embarazadas, considerando aspectos culturales, económicos, sociales y territoriales, con el objetivo de favorecer un embarazo saludable y fomentar la lactancia materna. Estas mujeres necesitan una atención profesional basada en la integralidad y la longitudinalidad, así como procesos educativos que no sean meramente explicativos y valoren sus inquietudes. La APS es un escenario crucial en este contexto, representando el principal nivel de atención al que acceden las gestantes y lactantes en busca de información y cuidados perinatales, y el espacio donde deben ser apoyadas para reforzar sus conocimientos y realizar el seguimiento de la lactancia materna^(21,22).

Los profesionales que comparten información temprana sobre la LME e información complementaria con las gestantes y sus familias actúan como agentes que promueven mecanismos protectores de la lactancia materna. La LME está directamente relacionada con la asistencia de las gestantes a las consultas prenatales, ya que cuanto más acuden a los servicios de salud durante este periodo, mayores son las posibilidades de dialogar sobre el tema. Un estudio realizado en el estado de Bahía reveló las desigualdades sociales y regionales como condiciones relevantes que interfieren en la calidad de la atención perinatal, concluyendo que las gestantes de la región Nordeste de Brasil aún tienen menor cobertura de los servicios de APS en comparación con las del Sur, que presentan mayores indicadores de AME, posiblemente debido a la mejor atención que reciben en la APS⁽²⁾.

Las condiciones de atención a la salud de las gestantes ribereñas de la región amazónica son similares a las de las gestantes de Bahía, dado que las regiones Norte y Nordeste históricamente enfrentaron muchos desafíos relacionados

con los servicios de salud y aspectos culturales peculiares, que deben ser tenidos en cuenta en las actividades de atención^(2,23). Señalamos también la importancia de las enfermeras, cuya orientación puede reforzar el acto de amamantar y consolidar los conocimientos de las gestantes. Esa orientación se materializó en aclaraciones sobre las particularidades de la lactancia materna, demostrando las concepciones previas de las participantes sobre la LME, aunque algunos de sus conocimientos fueran técnicamente más estructurados y organizados que otros.

La literatura discute como las actividades de educación para la salud promovidas por enfermeros pueden potenciar los conocimientos de las gestantes, resultando en un buen desempeño de la lactancia, pues con aclaraciones y lenguaje accesible, las informaciones técnico-científicas pueden ser compartidas de forma adecuada, generando comodidad y seguridad^(1,24). Las explicaciones sobre el cuidado del pecho, la posición del cuerpo para el niño a ser amamantado y el tiempo de amamantamiento, entre otros aspectos, pueden influir positivamente en la lactancia y prevenir su interrupción precoz⁽²⁵⁾.

Las enfermeras son agentes activos del cuidado que se acercan a las usuarias y crean vínculos, reconociendo las características biopsicosociales de cada gestante como requisito necesario para una atención personalizada. Esto debe ocurrir a través de las habilidades y destrezas construidas durante su formación académica y práctica profesional, con las que realizan el examen clínico (anamnesis y exploración física), incorporando la escucha sensible y el comportamiento necesario para resolver o evitar problemas⁽²⁶⁾.

Debido a los determinantes sociales de la salud de las poblaciones ribereñas y a las deficiencias frecuentemente presentes en los servicios de APS, existen obstáculos que limitan la atención personalizada, comprometiendo su eficacia. Debido a la falta o escasez de profesionales cualificados, las condiciones de muchas comunidades requieren esfuerzos adicionales por parte de las enfermeras para compartir información sobre la AME y atender otras demandas⁽⁵⁾. En este sentido, el uso de tecnologías educativas, con lenguaje verbal y/o no verbal accesible, puede facilitar la orientación sobre el tema, desmitificando aspectos obsoletos que pueden interferir en la decisión de amamantar⁽²⁵⁾.

En la construcción del conocimiento, se develaron experiencias y expectativas, por lo que, a la luz de los resultados, se entiende que es fundamental conocer las vivencias maternas, ya que, en ciertos casos, la lactancia puede generar inseguridad e impactar negativamente en la forma en que las mujeres se la representan, incentivando el destete precoz⁽²⁷⁾.

Las preocupaciones que algunas mujeres expresaron sobre la posibilidad de no poder amamantar y el dolor que la lactancia puede causar se debieron a la falta de experiencia, a experiencias negativas o a compartir conocimientos con otras mujeres. Fisiológicamente, el dolor mamario es consecuencia de la congestión mamaria o de lesiones en estos órganos, cuya causa principal es la posición corporal inadecuada del niño o de la madre al amamantar, que puede interrumpir la producción de leche materna debido a la reducción de los estímulos de succión, lo que debilita las posibilidades de mantener la lactancia⁽²⁸⁾. A pesar de eso, las gestantes entendieron el amamantamiento como un proceso que conecta a sus protagonistas (madre e hijo), fortaleciendo los lazos entre ellos. Se infiere que esta

comprensión es capaz de motivar la lactancia porque, a medida que se establece el conocimiento, se animan a amamantar.

Las percepciones de las embarazadas se vieron significativamente influidas por las experiencias de diálogo con personas de su vida cotidiana, como familiares, profesionales sanitarios, vecinos y otros. En algunas ocasiones, las interacciones sociales fueron positivas y en otras negativas, ya que permitieron experimentar algunas situaciones alentadoras para la lactancia, pero también actitudes desalentadoras. A la luz de la literatura, esto puede repercutir en la dimensión biológica y psicosocial de las gestantes⁽²⁹⁾, ya que algunos de los relatos mostraron vergüenza y desmotivación para continuar con la lactancia.

Como proceso social, las redes de apoyo son fundamentales para la lactancia materna, ya que las interacciones sociales influyen mucho en su puesta en práctica y continuidad. Los conocimientos y las prácticas sociales en torno a la LME son heterogéneos y están rodeados de estas interacciones, debido al contexto social y al papel que desempeñan las mujeres en la comunidad. Así, la LME puede ser exitosa o no, dependiendo de este rol y de otros factores como experiencias previas, orientación sobre el tema y apoyo familiar y social^(10,21). En las relaciones familiares, existe un proceso histórico y sociocultural caracterizado por el intercambio intergeneracional de conocimientos sobre lactancia materna, liderado por personas con notable representatividad, como madres y abuelas. Generalmente, existe confianza en la orientación proporcionada por los familiares, debido a la convivencia y comprensión de pertenencia por parte de las gestantes⁽²¹⁾.

En cuanto al segundo eje temático, el conocimiento que incide en la decisión de amamantar reveló la comprensión de las gestantes sobre las repercusiones de la leche materna en el cuerpo del niño, que se reveló a través de la asociación simbólica de la lactancia con la figura de un niño sano y bien desarrollado físicamente. También expresaron la idea de que la dieta de la madre influye en la producción de leche materna, hasta el punto de que su estado nutricional determina si este alimento es suficiente o insuficiente para satisfacer las demandas nutricionales del niño.

Además del vínculo afectivo, la lactancia materna es una de las principales vías de promoción de la salud, ofreciendo otros beneficios a corto o largo plazo, ya que tiene importantes efectos sobre el desarrollo de la musculatura bucal, al requerir movimientos de succión que implican la actividad simultánea de diferentes músculos. También reduce la mortalidad infantil y la ocurrencia de infecciones, fenómenos alérgicos y obesidad, además de promover la liberación de oxitocina, hormona que estimula la sensación de placer y bienestar, actuando en la secreción de leche materna, rica fuente de nutrientes y anticuerpos, siendo el alimento más completo y eficaz para la nutrición del recién nacido, ya que fortalece su sistema inmunológico^(7,30).

Para la madre, el acto de amamantar le permite recuperarse rápidamente en el posparto, reduciendo el riesgo de hemorragias y la aparición de anemia, cáncer de mama y cáncer de ovario^(27,30). También son destacables sus beneficios para el desarrollo psicológico del niño, culminando en el hecho de que, junto con otros beneficios, representa una alternativa sostenible para mantener o recuperar una renta familiar equilibrada⁽⁸⁾.

Uno de los principales mitos del sentido común es la idea de que la leche materna es débil e insuficiente para nutrir al niño. Esto se basa en el hecho de que, por ser completo, este alimento contiene todos los compuestos orgánicos e inorgánicos necesarios para el mantenimiento del organismo en los primeros seis meses después del nacimiento, como carbohidratos, lípidos, proteínas, agua y sales minerales^(5,31). Su constitución está influenciada por la nutrición materna, por lo que es necesario cuidar la dieta para que se produzca con mejor calidad⁽³¹⁾. En este proceso, los aspectos en los que más se debe incidir son la adherencia a la LME, el autocuidado y la autonomía de la mujer durante su realización^(21,29).

Las gestantes manifestaron la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y, después, introducir otros alimentos complementarios. La literatura muestra que algunos factores pueden reforzar esta comprensión y las prácticas maternas correspondientes, incluyendo el monitoreo regular del crecimiento y desarrollo a través de las consultas de puericultura, especialmente en las unidades de APS, y la orientación proporcionada durante la atención prenatal por profesionales calificados que garantizan la aclaración continua, con información sobre la suficiencia nutricional de la leche materna^(27,32).

Sin embargo, las participantes mencionaron algunas barreras que deben ser superadas para que la lactancia materna sea efectiva, con énfasis en los aspectos culturales, ya que las creencias de los demás, cuando son compartidas con las gestantes, pueden influir en su decisión de amamantar. Insertados en el contexto ribereño, los determinantes culturales pueden promover la disposición de las mujeres a ofrecer otros alimentos precozmente⁽³³⁾, como demuestran los relatos de que ciertos alimentos causan supuesta saciedad cuando comparados a la leche materna. Teniendo en cuenta las vulnerabilidades sociales que circulan entre las poblaciones ribereñas, la escolarización es un factor importante, ya que repercute en esta decisión, dado que la introducción precoz de alimentos tiende a reducirse cuando existe una comprensión adecuada de la importancia de la LME y de la introducción de otros alimentos en el momento adecuado⁽³⁴⁾.

También cabe destacar los aspectos socioeconómicos que, junto con los culturales, incentivaron la alimentación complementaria precoz, ya que algunas mujeres pretendían ofrecer otros alimentos antes del sexto mes debido a la necesidad de retomar sus actividades ocupacionales. En diálogo con este resultado, la evidencia muestra que cuanto mayor es el nivel socioeconómico de las gestantes, menor es la probabilidad de que inicien la alimentación complementaria antes de este período^(34,35).

Los resultados también mostraron un conjunto de desafíos relacionados con la alimentación complementaria que son inherentes a diversos grupos humanos, ya que están socialmente determinados por factores como la educación y la ocupación de la madre, los ingresos y el apoyo de la familia, la orientación y otros tipos de atención prestada por los servicios de salud, señalando las deficiencias que deben superarse en la atención de la salud materno-infantil en la vida cotidiana de estos grupos, como se demuestra en una amplia revisión de alcance que incluyó 145 estudios realizados en África, Asia, las Américas y Oriente Medio⁽³⁶⁾.

Esto no invalida ni contradice el hecho de que las poblaciones ribereñas estén dotadas de especificidades derivadas de la realidad que viven y de sus modos de vida regidos por la dinámica de ríos y bosques, contexto en el que los procesos de gestar, parir, ser madre y amamantar implican muchos desafíos colectivos, como reitera la literatura^(5,7,37,38). Sin embargo, considerando que la LME es un fenómeno social, es necesario realizar otros estudios con poblaciones ribereñas en diferentes escenarios para producir evidencias que apunten a aspectos más directamente relacionados con las especificidades de esas poblaciones, marcando sus diferencias en relación a otras. Los resultados aquí descubiertos pueden subsidiar la concepción de nuevos objetos a ser investigados.

Una limitación de este estudio es que fue realizado en una unidad de salud con gestantes ribereñas que viven en un ambiente específico del municipio de Belém, lo que hace que los datos sean menos representativos geográficamente. Por este motivo, se considera que el conocimiento sobre el tema estuvo influenciado por características culturales, socioeconómicas y territoriales, impidiendo una generalización más amplia, aunque muestra posibles semejanzas con las realidades de otras poblaciones ribereñas en los escenarios local, regional y nacional.

Así, el estudio contribuye para avances en las áreas de enfermería y salud pública, ya que puede incentivar la discusión y reflexión entre estudiantes y profesionales que actúan en el cuidado de esas poblaciones, en la gestión de servicios de salud, en la enseñanza y en la investigación.

CONCLUSIÓN

Este estudio reveló el conocimiento de las gestantes ribereñas sobre la lactancia materna en APS, mostrando cómo influyó en su decisión de amamantar. La información calificada sobre el tema fue considerada esencial, especialmente cuando compartida por enfermeros y otros profesionales durante el control prenatal, frente a algunas informaciones insuficientes que generaron inseguridad y dudas entre las gestantes.

A pesar de las difíciles experiencias y expectativas y del desánimo de su entorno, las embarazadas consideraron la lactancia materna como una oportunidad para reforzar los vínculos con sus hijos. También destacaron la importancia de la leche materna para el crecimiento y desarrollo del niño, aunque al mismo tiempo resaltaron aspectos culturales y socioeconómicos que influyeron en su toma de decisiones.

Considerando la importancia de la APS en la atención a las necesidades de salud de los grupos humanos, se entiende que estos resultados pueden subsidiar estrategias para promover la salud de las poblaciones ribereñas y estimular la lactancia materna con informaciones culturalmente apropiadas y prácticas viables, especialmente en el contexto amazónico, valorizando la diversidad y las particularidades de estas poblaciones.

Para ello, es necesario construir e implementar estrategias de enseñanza y aprendizaje en la educación superior y en la educación continua que desarrollen la competencia cultural de los recursos humanos en el campo de la salud, con el objetivo de inducir procesos de formación alineados con las necesidades de grupos con características propias y que requieren intervenciones diferenciadas, como es el caso de las poblaciones ribereñas. Se trata de enfatizar que la universalidad, la integridad y la

equidad, principios doctrinarios del Sistema Único de Salud brasileño, deben ser implementados en las prácticas asistenciales.

Estrategias que posibiliten ese desarrollo son particularmente necesarias en el cotidiano de los profesionales de enfermería, en especial de las enfermeras, cuyos procesos de trabajo inherentes al cuidado, gestión, enseñanza, investigación y participación política exigen un alto sentido de responsabilidad científica,

ética, técnica y social, para que el ejercicio consciente y seguro de la profesión pueda movilizar transformaciones en medio a los desafíos de los escenarios donde viven las poblaciones ribereñas.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos que respaldan este estudio están disponibles a solicitud del autor correspondiente.

RESUMO

Objetivo: Discutir os saberes de gestantes ribeirinhas sobre o aleitamento materno exclusivo e sua influência na decisão de amamentar. **Método:** Estudo descritivo e qualitativo, realizado com 20 gestantes na Unidade Municipal de Saúde da Ilha de Cotijuba, em Belém, Pará, Brasil. Os dados foram coletados por entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas entre março e junho de 2024. O *corpus* foi submetido à análise lexical com o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (0.7, *alpha* 2), empregando a Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** Identificaram-se 448 segmentos de texto, dos quais foram aproveitados 342 (76,34%), gerando seis classes lexicais, organizadas em dois eixos temáticos, que apresentaram a construção dos saberes sobre amamentação, mediada por relações sociais, e os saberes que repercutem na decisão de amamentar, evidenciando a importância do aleitamento para o crescimento e o desenvolvimento de recém-nascidos e lactentes e a interface com a alimentação complementar. **Conclusão:** Apesar das vivências e expectativas desafiadoras e do desencorajamento suscitado por pessoas de seu convívio, as gestantes zelavam pela amamentação como oportunidade para fortalecer os vínculos com seus filhos.

DESCRITORES

Aleitamento Materno; Gestantes; População Rural; Saúde da População Rural; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Discutir el conocimiento de mujeres ribereñas embarazadas sobre la lactancia materna exclusiva y su influencia en la decisión de amamentar. **Método:** Estudio descriptivo y cualitativo, realizado con 20 gestantes de la Unidad Municipal de Salud de Ilha de Cotijuba, en Belém, Pará, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales semiestructuradas, realizadas entre marzo y junio de 2024. El *corpus* fue sometido a análisis léxico con el *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (0.7, *alpha* 2), utilizando Clasificación Jerárquica Descendente. **Resultados:** Se identificaron 448 segmentos textuales, de los cuales se utilizaron 342 (76,34%), generando seis clases léxicas, organizadas en dos ejes temáticos, que presentaron la construcción de conocimientos sobre lactancia materna, mediados por las relaciones sociales, y los conocimientos que impactan la decisión de amamentar, resaltando la importancia de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo de recién nacidos y lactantes y la interfaz con la alimentación complementaria. **Conclusión:** A pesar de las experiencias y expectativas desafiantes y del desánimo suscitado por las personas de su entorno, las mujeres embarazadas asumieron la lactancia materna como una oportunidad para fortalecer los vínculos con sus hijos.

DESCRIPTORES

Lactancia Materna; Personas Embarazadas; Población Rural; Salud Rural; Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS

- Arnedillo-Sánchez S, Suffo-Abouza JA, Carmona-Rodríguez MÁ, Morilla-Romero-de-la-Osa R, Arnedillo-Sánchez I. Importance assigned to breastfeeding by Spanish pregnant women and associated factors: a survey-based multivariate linear correlation study. *Nutrients*. 2024;16(13):2116. doi: <https://doi.org/10.3390/nu16132116>. PubMed PMID: 38999864.
- Rodrigues MS, Mercês RO, Silva NP, Santana JM. Assistência pré-natal e amamentação exclusiva na Atenção Primária à Saúde em um município do Sudoeste da Bahia. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2023;22(1):83–9. doi: <http://doi.org/10.9771/cmbio.v22i1.49186>.
- World Health Organization. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programme [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2019 [citado 2024 out 10]. 3 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/326049>.
- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Relatório 4 – Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos. ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 2021 [citado 2024 out 10]. 108 p. Disponible en: <https://enani.nutricao.ufrj.br/relatorios/>.
- Pereira AA, Silva FO, Brasil GB, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Perceptions of riverine pregnant women on prenatal care. *Cogitare Enferm*. 2018;23(4):e54422. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v23i4.54422>.
- Camilo LS, Bueno NB, Macena ML, Silva-Neto LGR, Britto RPA, Silva MEN, et al. Breastfeeding and factors associated with the neuropsychomotor development of children living in social vulnerability. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2024;24:e20230055. doi: <http://doi.org/10.1590/1806-9304202400000055-en>.
- Amaral DS, Chaves AFL, Lima ACMACC, Sousa LB, Santos BKO, Cavalcante DR, et al. Conhecimento das gestantes residentes em comunidades rurais sobre o aleitamento materno. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1125–31. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4774>.
- Sarfo M, Aggrey-Korsah J, Adzighli LA, Atanuriba GA, Eshun G, Adeleye K, et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and its associated factors among women in Mauritania: evidence from a national survey. *Int Breastfeed J*. 2024;19(1):69. doi: <http://doi.org/10.1186/s13006-024-00669-2>. PubMed PMID: 39358717.
- Pereira NL, Santos FV, Mainbourg EMT. Saberes e práticas alimentares de gestantes e lactantes ribeirinhas amazônicas. *Ilha Rev Antropol*. 2022;24(3):69–91. doi: <http://doi.org/10.5007/2175-8034.2022.e83684>.
- Vázquez-Vázquez AP, Fewtrell MS, Chan-García H, Batún-Murrufo C, Dickinson F, Wells JCK. Do maternal grandmothers influence breastfeeding duration and infant nutrition? Evidence from Merida, Mexico. *Am J Biol Anthropol*. 2022;179(3):444–59. doi: <http://doi.org/10.1002/ajpa.24623>. PubMed PMID: 36790606.

11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57. doi: <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PubMed PMID: 17872937.
12. Romanowski FNA, Castro MB, Neris NW. Manual de tipos de estudo [Internet]. Anápolis (GO): Centro Universitário de Anápolis, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Ação Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Odontologia; 2019 [citado 2023 abr 23]. 38 p. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>.
13. Pereira NSS, Tavares MGC. A questão do turismo em Cotijuba, Belém - PA: mudanças, permanências e (co)existências no cotidiano ilhéu. *Cad Virtual Tur*. 2020;20(3):1–17. doi: <http://doi.org/10.18472/cvt.20n3.2020.1854>.
14. Silva EK, Almeida AS, Gama LHOM. Ilhas ameaçadas com o desflorestamento: análise da fragmentação florestal da ilha de Cotijuba, Belém, Pará, Brasil. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Nat*. 2021;16(2):203–13. doi: <http://doi.org/10.46357/bcnaturais.v16i2.467>.
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2017 [citado 2024 oct 16];5(7):1–12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.
16. Santos IFSO, Rodrigues LSA, Suto CSS. Abortion from the perspective of undergraduate nursing students. *Enfermería (Montev)*. 2024;13(1):e3668. doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3668>.
17. Oliveira JC, Borges F, Tonini NS, Maraschin MS, Bernardino E. Performance of hospital nurses in the management of the COVID-19 crisis. *Rev Enferm UERJ*. 2023;31:e70954. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.70954>.
18. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) [Internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição; 2018 [citado 2023 nov 9]. 74 p. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>.
19. Góes FGB, Santos AST, Campos BL, Silva ACSS, Silva LF, França LCM. Use of IRAMUTEQ software in qualitative research: an experience report. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e63. doi: <http://doi.org/10.5902/2179769264425>.
20. Soares SSS, Costa CCP, Carvalho EC, Queiroz ABA, Peres PLP, Souza NVDO. Teaching Iramuteq for use in qualitative research according to YouTube videos: an exploratory-descriptive study. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210396. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0396>. PubMed PMID: 35129571.
21. Bezerra AEM, Batista LHC, Santos RGA. Breastfeeding: what do women who participate in a prenatal group think? *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180338. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0338>. PubMed PMID: 32267410.
22. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in Primary Health Care. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200098. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.
23. Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:08. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. PubMed PMID: 31967277.
24. Zanolrenzi GB, Wall ML, Aldrich JD, Benedit DCF, Skupien SV, Souza SRRK. Weaknesses and potentialities of nursing care on breastfeeding in Primary Care: integrative review. *Rev Enferm UFSM*. 2022;12:e36. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769268253>.
25. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: a systematic review. *Midwifery*. 2023;118:103579. doi: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103579>. PubMed PMID: 36580847.
26. Davis AMB, Sclafani V. Birth experiences, breastfeeding, and the mother-child relationship: evidence from a large sample of mothers. *Can J Nurs Res*. 2022;54(4):518–29. doi: <http://doi.org/10.1177/08445621221089475>. PubMed PMID: 35389289.
27. Silva ABL, Alves BP, Sá BA, Souza JWR, Andrade ME, Fernandes MC. Experience and attitudes of pregnant women about breastfeeding. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2021;34:11903. doi: <http://doi.org/10.5020/18061230.2021.11903>.
28. Camargo BTS, Sañudo A, Kusahara DM, Coca KP. Initial nipple damages in breastfeeding women: analysis of photographic images and clinical associations. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(1):e20220773. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0773pt>. PubMed PMID: 38088688.
29. Souza NFD, Santos SMC, Gama CM, Vitolo MR. Influências sociais nas práticas alimentares da dupla mãe-filho nos primeiros seis meses de vida. *Physis*. 2023;33:e33065. doi: <http://doi.org/10.1590/s0103-7331202333065>.
30. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(spe):e20190154. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>.
31. Freitas RF, Macedo MS, Lessa AC, Pinto NAVD, Teixeira RA. Relationship between the diet quality index in nursing mothers and the fatty acid profile of mature breast milk. *Rev Paul Pediatr*. 2021;39:e2019089. doi: <http://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019089>. PubMed PMID: 32638946.
32. Vescovi JS, Vescovi ES, Mazzucchetti L, Remor KVT. Aleitamento materno e introdução da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um ambulatório pediátrico. *Rev AMRIGS*. 2022 [citado 2024 out 16];66(1):172–7. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1424912/29_2687_revista-amrigs.pdf.
33. Gama ASM, Corona LP, Tavares BM, Secoli SR. Padrões de consumo alimentar nas comunidades ribeirinhas da região do médio rio Solimões – Amazonas – Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(7):2609–20. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202277.20362021>. PubMed PMID: 35730832.
34. Gomes SRM, Silva MSS, Motta AR, Las Casas EB, Furlan RMMM. Factors related to early weaning in babies born at term in a public maternity. *CoDAS*. 2024;36(5):e20240030. doi: <http://doi.org/10.1590/2317-1782/2024024030en>. PubMed PMID: 39109757.
35. Mercês RO, Rodrigues M, Silva N, Santana J. Fatores associados à introdução alimentar precoce em um município baiano. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2022;21(2):243–51. doi: <http://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.49148>.
36. Silva ALB, Ferreira CRS, Santos PG, Oliveira ERA, Miotto MHMB. Health determinants associated with exclusive breastfeeding: a scoping review. *Rev CEFAC*. 2023;25(5):e6822. doi: <http://doi.org/10.1590/1982-0216/20232556822s>.
37. Neves PVT, Rodrigues ILA, Pereira AA, Andrade EGR, Nogueira LMV, Maia RP, et al. Educational technology on urinary tract infection for riverine pregnant women: shared construction. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e91241. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91241>.

38. Silva RLS, Santos ERA, Silva EMR, Rodrigues ILA, Andrade EGR, Nogueira LMV. Knowledge and practices of riverine mothers about vaccination. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e92109. doi: <http://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92109>.

EDITORIA ASOCIADA

Ivone Evangelista Cabral

Apoyo financiero

Becas concedidas a los dos primeros autores por el *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* – Brasil (CNPq – Proceso n° 107779/2024-2) y por la *Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas* – Brasil (FAPESPA – Proceso n° 00000.9.000502/2023), a través del Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica de la *Universidade do Estado do Pará* (PIBIC/UEPA) – Convocatoria n° 026/2023.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.