

CELINA VALDEREZ FEIJÓ KÖHLER

**Vivências da Adolescente no Aleitamento Materno e
Participação de sua Mãe nesse Processo**

**Porto Alegre
2005**

CELINA VALDEREZ FEIJÓ KÖHLER

**Vivências da Adolescente no Aleitamento Materno e
Participação de sua Mãe nesse Processo**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre
2005**

K79v Köhler, Celina Valdez Feijó
Vivências da adolescente no aleitamento materno e participação
de sua mãe nesse processo / Celina Valdez Feijó Köhler ; orient.
Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2005.
104 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de
Mestrado em Enfermagem, 2004.

1. Aleitamento materno. 2. Cuidado do lactente. 3. Nutrição
infantil. 4. Saúde materno-infantil. 5. Relações mãe-filho. 6.
Relações familiares. 7. Adolescente. 8. Comportamento do
adolescente. 9. Comportamento materno. 10. Enfermagem
materno-infantil. 11. Apoio social. 12. Mães. I. Bonilha, Ana Lúcia
de Lourenzi. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino. Adolescente.

LHSN – 625.1

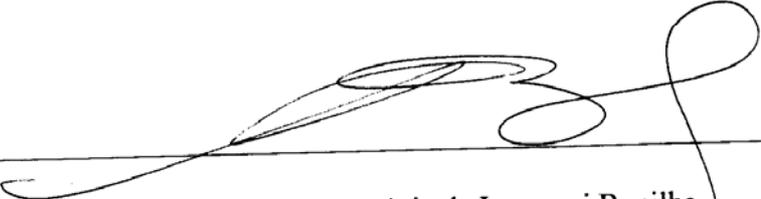
NLM – WS 125

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

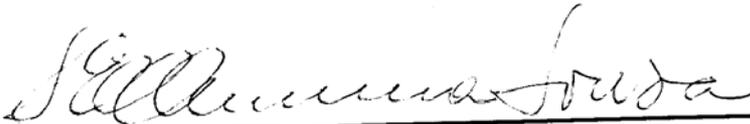
CELINA VALDEREZ FEIJÓ KÖHLER**Vivências da Adolescente no Aleitamento Materno e****Participação de sua Mãe nesse Processo**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

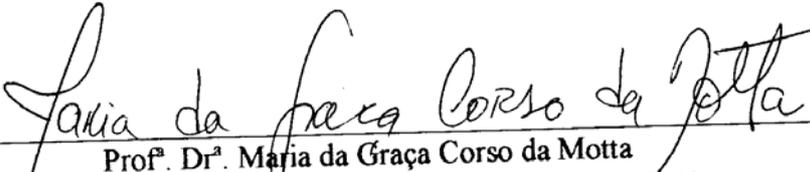
Aprovada em Porto Alegre, em 29 de outubro de 2004.

BANCA EXAMINADORA

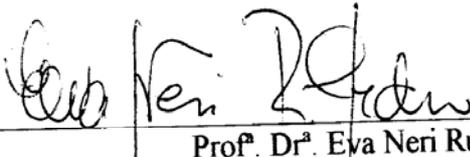
Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Prof.ª Dr.ª Ivis Emília de Oliveira Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ



Prof.ª Dr.ª Maria da Graça Corso da Motta
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Prof.ª Dr.ª Eva Neri Rubim Pedro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Aos meus filhos, que inspiraram este estudo e a meus pais que, com o suporte sempre presente, permitiram que muitos sonhos se realizassem em minha vida.

In memoriam

Pedro Afonso Kohler, com saudade dos nossos chimarrões!

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço ao Pai-Mãe Deus que criou o Leite Materno...néctar de todas as raças (obrigada, poeta desconhecido), alimento democrático, disponível com mais facilidade quando há uma Rede de Calor para apoiar as mulheres.

Em vários momentos precisei e recebi ajuda espiritual, e por ela agradeço aos amigos da Ciência Cristã: D. Talitha, Jane, Prof. Orlando, Jaime. Um especial agradecimento a Soninha, Luluca, Duda, Capitani, Tereza, por terem compartilhado casa, computador, impressora, e proporcionado o ar de Walachai. E a Tia Alzira, pelas muitas vezes que me socorreu com o Reiki, ajudando a superar momentos de fraqueza. E aos meus filhos, que tiveram paciência comigo e tantas vezes me ajudaram quando o computador não queria me ajudar...e à minha mãe, sempre apoiando, muito obrigada.

Agradeço à Escola de Enfermagem da UFRGS: a todos os funcionários, começando pelas queridas moças da Portaria, aos amigos pilotos das copiadoras, aos amigos da nossa Biblioteca, com especial gratidão à bibliotecária Celina. Também agradeço às professoras que generosamente compartilharam sua sabedoria, às colegas do Mestrado, em especial Janice e Sandra Greice, pelas confidências e a força na hora da necessidade; Prof^a Clarice pelos e-mails e por ajudar a superar o “muro”, e principalmente à Prof^a Ana Bonilha, por ter permitido que o casulo fosse aberto por dentro. Agradeço sinceramente às professoras da Banca de Qualificação – Dra. Ana Márcia Nakano, Dra. Ceres Victora, Dra. Anna Luz, e da Banca Examinadora – Dra. Ivis, Dra. Eva e Dra. Maria da Graça Motta. Agradeço de modo especial aos sempre prestativos funcionários de outras bibliotecas: FABICO, ESEF, Psicologia, Educação, Medicina. E, muito especialmente, às adolescentes participantes do

estudo, que generosamente me acolheram em suas casas, com quem tive o privilégio de muito aprender.

Agradeço à Prof^a Elsa Giugliani o convite para participar do Grupo de Pesquisa sobre Amamentação na Adolescência, e posteriormente de Técnica em Amamentação, o apoio sempre disponível para as muitas questões que envolvem a temática, e aos colegas do Grupo, pelos momentos de aprendizado e confraternização. E a outra colega maravilhosa, que revelou sua amizade através das madrugadas, montando a apresentação e me fortalecendo com hinos – Lucilene Terrengui, muito obrigada.

Agradeço a Enf. Vivian, que me ajudou a acreditar que seria possível encarar os desafios de voltar a estudar, e aos colegas da Unidade Materno-Infantil e Secretaria da Saúde de São Leopoldo que deram suporte aos primeiros passos deste trabalho, e aos colegas da 1^a Coordenadoria Regional de Saúde que, com seu apoio, me ajudaram a concluí-lo.

Finalmente, agradeço aos colegas que dedicam seus melhores esforços a promoção, apoio e proteção da Amamentação – em especial, aos amigos IBFANers - com quem aprendi que o bebê é um consumidor muito vulnerável. E a todos que me ajudaram a compreender que o leite humano, por ser muito mais do que uma simples secreção, por ser um híbrido natureza/cultura (obrigada, João Aprígio) – sua produtora, a nutriz, de qualquer idade, precisa ser cuidada, para que possa, efetivamente e com prazer, cuidar.

“Vossos filhos não são vossos filhos.
São os filhos e as filhas da ânsia da vida por si mesma.
Vêm através de vós, mas não de vós.
E embora vivam convosco, não vos pertencem.”
Gibran, 1976, p.15.

RESUMO

Este é um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo. Objetivou conhecer a vivência da nutriz adolescente e a participação da sua mãe no seu processo de aleitamento materno. Participaram 15 adolescentes que tiveram seus bebês em Porto Alegre, RS em 2003. Trata-se de um estudo longitudinal. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e observação no domicílio, e submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin. A partir da análise dos dados, emergiram cinco temas: conhecendo as adolescentes; vivenciando a gestação e a maternidade; vivenciando a amamentação; superando as dificuldades da amamentação; e a participação da mãe da adolescente no aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento materno. Cuidado do lactente. Nutrição infantil. Saúde materno-infantil. Relações mãe-filho. Relações familiares. Adolescente. Comportamento do adolescente. Comportamento materno. Enfermagem materno-infantil. Apoio social. Mães.

Limites: Humano. Feminino. Adolescente.

RESUMEN

Este es un estudio cualitativo del tipo exploratorio-descriptivo. Ha tenido como objetivo conocer la vivencia de la nutriz adolescente y la participación de su madre en el proceso de amamantación materna. Participaron 15 adolescentes que dieron a luz en Porto Alegre-RS en 2003. Trata-se de un estudio longitudinal. Los datos fueron recogidos a través de entrevista semi-estructurada y observación en el domicilio. Los datos fueron sometidos a un análisis de contenido según Bardin. A partir del análisis de los datos, surgieron cinco temas: conociendo las adolescentes; vivenciando la gestación y la maternidad; la adolescente vive la amamantación; superando la dificultad en la amamantación; y la participación de la madre de la adolescente en la amamantación materna.

Descriptores: *Lactancia materna. Cuidado del lactante. Nutrición infantil. Salud materno-infantil. Relaciones madre-hijo. Relaciones familiares. Adolescente. Conducta del adolescente. Conducta materna. Enfermería materno-infantil. Apoyo social. Madres.*

Límites: *Humano. Femenino. Adolescente.*

Título: *Vivencia de la adolescente en la amamantación materna y participación de su madre neste proceso.*

ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive qualitative study. It aims to acknowledge the status of the breastfeeding teenager and her mother's participation in the breastfeeding process. Fifteen teenagers who delivered their babies at Porto Alegre-RS, in 2003, were included in this longitudinal study. That Data was collected through a semi-structured interview and home assessment. Data was subject to Bardin's content analysis. Five issues arised from data analysis: knowing the teenagers; living gestation and maternity; experiences breastfeeding; superating breastfeeding adversities, and her mother participates in the breastfeeding process.

Descriptors: *Breast feeding. Infant care. Infant nutrition. Maternal and child health. Mother-child relations. Family relations. Adolescent. Adolescent behavior. Maternal behavior. Maternal-child nursing. Social support. Mothers.*

Limits: *Human. Female. Adolescent.*

Title: *Experiences of the breastfeeding teenager and her mother's participation in this process.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Motivações para o Estudo.....	13
1.2 Objetivo.....	16
1.3 Suporte Teórico.....	17
2 METODOLOGIA.....	27
2.1 Escolha do Método e Caracterização do Estudo.....	27
2.2 As Participantes e o Local de Estudo.....	28
2.3 Coleta de Dados.....	30
2.3.1 No Hospital.....	31
2.3.2 No Domicílio.....	33
2.4 Considerações sobre os Direitos das Participantes.....	34
2.5 Análise e Interpretação dos Dados.....	36
3 TEMAS RELATIVOS ÀS VIVÊNCIAS DA ADOLESCENTE E A PARTICIPAÇÃO DE SUA MÃE	39
3.1 Conhecendo as Adolescentes.....	39
3.2 Vivenciando a Gestação e a Maternidade.....	42
3.3 A Adolescente Vivencia a Amamentação.....	52
3.4 A Superação das Dificuldades da Amamentação.....	63
3.5 A Participação da Mãe da Adolescente no Aleitamento Materno.....	68
3.5.1 A Percepção da Participação da Mãe.....	68
3.5.2 A Participação da Mãe.....	69
4 SÍNTESE E REFLEXÕES.....	75

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – Roteiro para Caracterização da Adolescente	98
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista com a Adolescente na Maternidade (1º Contato)	99
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista com a Adolescente no Domicílio (2º e 3º Contatos)	100
APÊNDICE D – Roteiro para Observação.....	101
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre....	103
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	104

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, a autora relata sua trajetória pessoal e profissional, descrevendo o modo como iniciou seu interesse pelo aleitamento materno e apresentando o referencial teórico.

1.1 Motivações para o Estudo

O interesse da pesquisadora pelo estudo do Aleitamento Materno foi despertado na vivência prática e pessoal da maternidade, durante a gestação de sua primeira filha. Era o início de sua carreira profissional, no começo dos anos 80 e desempenhava atividade profissional na Saúde Pública, como enfermeira generalista.

Nessa ocasião, organizou e coordenou diversos grupos de gestantes e participava de uma equipe de profissionais que repassava às futuras mães informações sobre a gestação e aleitamento materno. No início da década de 80, no entanto, o conhecimento sobre manejo da amamentação era bastante limitado. Convictos de que amamentar era bom para a criança, porém desconhecendo a relação entre o bem-estar e a autoconfiança da nutriz e uma adequada produção de leite materno, a atuação dos profissionais dessa área limitava-se a promover a amamentação e insistir para que as mães amamentassem.

Um dos slogans sobre aleitamento lançado por meio de campanhas, no início dos anos 80, era “A saúde de seu filho depende de você. Amamente!” (ALMEIDA, 1999, p. 19). Entretanto, o repasse de informações não era o suficiente para garantir o sucesso da

amamentação. A pesquisadora constatou esse fato através das inúmeras dificuldades enfrentadas ao amamentar sua filha. As razões dessas dificuldades, porém, foram esclarecidas quando participou do Congresso Panamericano de Aleitamento Materno, em 1985. Durante esse evento, frequentou cursos que, além de esclarecerem a maioria das suas dúvidas, propiciaram o início de sua participação em Organizações Não-Governamentais (ONG's) que apoiam o aleitamento materno, nas quais está inserida e mantendo contato, até hoje: Rede IBFAN (International Baby Food Action Network), La Leche League Internacional, Amigas do Peito, Ñuñu.

Ao amamentar sua primeira filha, a pesquisadora não contou com a participação intensa de familiares, pois residiam em outra cidade. Os profissionais médicos que a assistiram eram favoráveis ao aleitamento; entretanto, nessa época, apoiar o aleitamento limitava-se a dizer à nutriz que amamentar era importante. Não eram levados em conta o contexto em que a nutriz vivia, o apoio que recebia, como se bastasse repassar a ela a informação para resolver todas as dificuldades. Além disso, se a mulher não alcançasse sucesso ao amamentar, ela própria era tida como culpada. Para a pesquisadora, essa culpabilização da mulher, pelo Serviço de Saúde e pela própria família, infelizmente, ocorre ainda hoje.

A partir dessa vivência pessoal, a pesquisadora compreendeu que era fundamental ouvir as mulheres, conhecer suas dúvidas e oferecer-lhes ajuda de ordem prática para a resolução das pequenas dificuldades diárias. Também começou a interessar-se pelos conhecimentos trazidos pelas mulheres, pela cultura popular, pela antiga arte de cuidar das crianças, pela influência das mulheres mais velhas sobre as novas mães – jovens ou não, pois parece que a primípara, seja qual for a sua idade, é frequentemente considerada uma mãe inexperiente, uma vez que ainda não vivenciou a amamentação e os cuidados com seu próprio bebê.

A atividade diária da pesquisadora, em uma Unidade Básica de Saúde na Grande Porto Alegre, nos últimos tempos, permitiu a convivência com familiares das puérperas e nutrizes e conhecer o quanto as mulheres eram influenciadas pelos familiares. Com frequência, relatavam não ter seguido as orientações recebidas dos profissionais devido à discordância com as informações recebidas de seus familiares, principalmente da sua mãe, avó materna do bebê, em geral mais presente do que a sogra.

A atuação da pesquisadora nesse contexto, como Consultora em Aleitamento Materno, prestando atendimento em amamentação, no domicílio, com as mulheres, principalmente no pós-parto, permitiu uma observação do dia-a-dia das nutrizes. As visitas domiciliares despertaram a sua atenção para o papel da família na dinâmica do aleitamento. Pôde, então, perceber, em muitos casos, o quanto o apoio familiar contribuía para o bem-estar da nutriz, e como esse bem-estar se refletia no sucesso da amamentação. Também constatou que o apoio da sua mãe era muito valorizado pela nutriz, geralmente fragilizada emocionalmente durante o puerpério imediato. Muitas vezes, as avós insistiam para que fossem seguidos conselhos atualmente proscritos pelos profissionais de Saúde, mas que, à época em que elas próprias foram mães, eram orientações consideradas corretas. Como por exemplo, a insistência em oferecer chás em mamadeiras para recém-nascidos, com a justificativa de acalmar o bebê.

O envolvimento com mulheres lactantes trouxe novas inquietações. Passou-se a perguntar qual a razão para algumas mulheres amamentarem pelo período preconizado pela Organização Mundial da Saúde – seis meses de aleitamento exclusivo e prolongamento da amamentação até dois anos de idade ou mais, após a introdução da alimentação da dieta da família (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003) quando tantas outras amamentavam durante um curto período, ou até mesmo não amamentavam. Entre as justificativas alegadas, a dificuldade mais comum era de que o leite não sustentava. Essa crença, corroborada pelo choro do bebê e conselhos de familiares e outras pessoas próximas,

há décadas tem sido a grande responsável pelo desmame precoce. Almeida revelou o “paradoxo do desmame” (1999, p. 18), questionando os motivos geralmente aceitos como justificativas para a introdução de líquidos e outros alimentos, além do leite materno, e alertando para fatores causais mais profundos do que, por exemplo, o afastamento da nutriz do bebê para exercer atividade remunerada.

Ao ingressar no Mestrado, a pesquisadora foi convidada a participar de um projeto com um grupo de pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de abordagem quantitativa, sobre aleitamento materno, com adolescentes. Foi nesse momento que despertou para a possibilidade de aprofundar as indagações surgidas na prática clínica quanto à participação familiar em relação ao aleitamento materno, principalmente quanto ao papel da mãe da adolescente. A bibliografia encontrada sobre o tema, além de restrita, tendia a associar a participação da mãe da nutriz com desfechos desfavoráveis para a amamentação. O interesse da pesquisadora passou a ser focalizado, portanto, no estudo da participação da mãe da adolescente.

1.2 Objetivo

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a vivência da nutriz adolescente no aleitamento materno e a participação da sua mãe nesse processo.

1.3 Suporte Teórico

Segundo vários autores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989; AKRÉ, 1994; LAWRENCE, 1996; VALDÉS, SÁNCHEZ, LABBOK, 1996; SILVA, 1997; GIUGLIANI, 2000) o leite materno é o melhor alimento que se pode dar a um bebê, e o aleitamento traz inúmeros benefícios biológicos e psicológicos. Apesar dessas vantagens, entretanto, o desmame precoce é uma ocorrência em nível mundial.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde preconiza que o aleitamento materno seja mantido até os dois anos de idade ou mais, e que sejam adicionados à dieta da criança outros alimentos nutritivos, após os seis meses de idade (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003). A interrupção do aleitamento, antes dos seis meses de vida, caracteriza um desmame precoce. Um estudo desenvolvido em 1991, pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1991) com a finalidade de conhecer as principais queixas apresentadas pelas mães que desmamaram precocemente seus bebês mostrou que o principal motivo foi: o leite não sustenta. Ao buscarem esclarecer as causas que levaram as mães a essa conclusão, os pesquisadores encontraram a alegação: o bebê chora muito. Entende-se ser muito importante esse achado, pois o choro do bebê pode acionar a insegurança materna, tornando a nutriz mais vulnerável às sugestões e conselhos de seus familiares, que, expostos a uma “cultura de mamadeira” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989, p. 9) influenciariam a jovem mãe a introduzir outro leite na dieta da criança, iniciando-se, assim, o desmame precoce. Chama a atenção, no referido estudo, que a justificativa de introdução de novos alimentos pelo choro do bebê foi citada cerca de vinte vezes mais que a volta ao trabalho, uma das

alegações consideradas muito comuns para o desmame. Isso demonstra que o desmame, na verdade, inicia muito antes da volta ao trabalho.

Estudos mostraram que no Brasil a duração mediana da amamentação tem se elevado nos últimos tempos (ARAÚJO, 2002). No Brasil, em 1989, as mulheres amamentavam, em média, durante 5,5 meses, ao passo que, em 1996, o faziam por 7 meses. Esse aumento, apesar de indicar uma melhora no padrão de aleitamento, está longe do ideal, e parece indicar que os esforços dos profissionais de Saúde não estão sendo suficientes para reverter a tendência ao desmame precoce.

Wilmoth e Elder (1995) revelam que, na década de 80, várias estratégias foram empregadas para promover o aleitamento materno, incluindo a modificação de políticas hospitalares, o uso de suportes sociais, o emprego de incentivos diversos, a educação de mães e de trabalhadores de Saúde e mudanças na legislação comercial, relativas a alimentos infantis. Estes autores identificaram o suporte social como um fator que pode influenciar as escolhas com relação à alimentação infantil; afirmam que, tradicionalmente, a informação prática e o apoio nesse sentido era recebido de familiares, o que foi perdido nos grandes centros urbanos contemporâneos.

Osorno (1992) afirma que o aleitamento, por ser um processo natural, é concebido por muitas pessoas como um ato sem complexidade. Entretanto, em torno da metade das mulheres que o iniciam enfrentam dificuldades, principalmente ao amamentar o primeiro filho, se a mãe não contar com apoio familiar – “especialmente se for adolescente” - ou se o parto não foi atendido de forma adequada (OSORNO, 1992, p.18).

King (1991) afirma que todas as nutrizes precisam de ajuda no início da amamentação, especialmente com o primeiro filho e se forem muito jovens. Ressalta esta autora que, na sociedade moderna, as mulheres mais velhas, que poderiam ajudar as mais jovens na amamentação, muitas vezes estimulam o uso de alimentação artificial, principalmente se foi

dessa maneira que alimentaram seus próprios filhos. King (1991) refere também que, em virtude de a mulher se encontrar mais sensível e emotiva nas primeiras semanas após o parto, é comum surgirem muitas dúvidas sobre sua habilidade em cuidar de uma criança; por esse motivo ela segue os conselhos de outras pessoas – ou seja, é sensível a influências. Afirma também esta autora que, para ter sucesso na amamentação, é necessário a mulher sentir-se confiante, sendo importante a presença de uma pessoa experiente para dar apoio e transmitir essa confiança. Essa pessoa poderia ser a própria mãe da nutriz.

Almeida (1999, p.15) afirma ser a amamentação um processo biológico condicionado socioculturalmente, um “ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida”. Preocupado com o bem-estar da nutriz, este autor refere que há uma lógica vigente que busca “informar para responsabilizar” geradora de sentimento de culpa quando a mulher, não conseguindo superar as dificuldades surgidas, abandona a amamentação (ALMEIDA, 1999, p.16).

Henderson, Kitzinger e Green (2000) analisando mensagens, na mídia britânica, sobre alimentação infantil, concluíram que a decisão de amamentar é mais influenciada por fatores sócio-culturais do que por aspectos relacionados à saúde; portanto, profissionais de Saúde, isoladamente, dificilmente mudarão esse quadro.

Gomes (2002) em seu estudo sobre os fatores associados ao prolongamento da amamentação, observou que as adolescentes e as primíparas amamentam por menos tempo. Este autor constatou associações significativas entre o prolongamento da amamentação por mais de um ano e o fato de a mãe não trabalhar fora, ter companheiro e ter mais de um filho.

Andrade e Taddei (2002), em estudo sobre determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce, encontraram um efeito negativo da presença da avó sobre o aleitamento. Entendem estes autores que o fato pode estar vinculado ao tipo de ajuda prestada pela avó, que permite à nutriz afastar-se de casa sem levar a criança, reduzindo assim o

número de mamadas. Lembram também que as avós atuais, quando amamentaram seus próprios filhos, viveram um período de “apogeu da cultura de substituição do leite materno por leites artificiais” (ANDRADE; TADDEI, 2002, p. 11). Citam, ainda, uma publicação oficial de 1964, na qual, ao mesmo tempo em que é defendido o aleitamento materno, é aceita a complementação do aleitamento em casos de choro noturno do lactente, como exemplo de práticas que, na atualidade, não são recomendadas pelos profissionais de Saúde, mas são recomendadas pelas avós, por terem sido aprendidas também com profissionais de Saúde, no tempo em que elas próprias foram nutrizas.

Com relação ao apoio para amamentar, Varela (1981) criou os termos amigos e inimigos do aleitamento materno. O autor afirma que pediatras, amigos e familiares (entre eles as avós) interessados em colaborar para o sucesso da amamentação poderiam ser chamados amigos dessa prática. Por outro lado, essas mesmas pessoas quando, por experiências frustrantes, no passado, não se entusiasma com o aleitamento, poderiam ser consideradas inimigos do aleitamento materno. O mesmo autor lembra que essa atitude pode ser francamente hostil, ou assumir outras formas, como aquele familiar que é favorável ao aleitamento até que surjam as primeiras dificuldades, quando, então, soluciona o problema, aconselhando que se introduza outro leite na alimentação do bebê. Autores como Lawrence (1996) corroboram esse ponto de vista, afirmando que as atitudes dos familiares próximos e amigos influem sobre a atitude da mulher, com relação ao aleitamento.

Fonseca (2001), em estudo realizado na Bahia, constatou que é comum, em famílias com dificuldades de sobrevivência, as avós maternas serem responsáveis por todos os seus integrantes, sendo as pessoas que mais ajudam no cuidado com as crianças. Esse estudo identificou uma participação mais freqüente da avó materna do que a paterna nos cuidados infantis, bem como no papel de orientar as mães adolescentes. Deste modo, a figura materna parece ser o principal elemento na rede de apoio. Este mesmo estudo identificou, também, que

adolescentes parecem ter mais dificuldades de exercer a maternidade, dividindo os cuidados prestados à criança com a família, sendo fortemente influenciadas não apenas pelas condições sócioeconômicas e ambientais mas também pelos valores culturais familiares.

De acordo com Luz (1999) não há consenso entre os autores sobre a definição de adolescência, com relação à faixa etária. Neste trabalho, a pesquisadora adotou o parâmetro da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1995), que entende como adolescência o período cronológico da vida humana compreendido entre as idades de 10 e 19 anos.

Medrado e Lyra (1999) questionam as idéias sobre a adolescência presentes no cotidiano contemporâneo, geralmente associadas à noção de crise, irresponsabilidade e desordem, como se a adolescência fosse um problema a ser resolvido. Segundo Montemayor, citado por Medrado e Lyra (1999), os componentes da definição de adolescência seriam a idade cronológica, o desenvolvimento biológico, o desenvolvimento cognitivo e psicológico (construção da identidade somado ao desenvolvimento interpessoal), e a mudança do status legal, o que possibilita a participação do adolescente em eventos da vida adulta. A literatura se divide entre autores que, de certa forma, criticam o adolescente e suas atitudes e outros que utilizam uma abordagem compreensiva das dificuldades inerentes a essa faixa do desenvolvimento humano.

A adolescência é um período de transição, caracterizado por conflitos internos, decorrentes do abandono da infância em busca de novos papéis. Essa busca traz muitos desafios e, para superá-los, o adolescente necessita do apoio da família (CAMPOS, 1995). Atitudes críticas dos familiares geram uma reação de afastamento, dificultando ainda mais a resolução desses desafios. Nas palavras de Osório (1996, p. 15) a família é a “unidade básica da interação social”. Segundo Campos (1995) a família teria funções e responsabilidades

específicas importantes para a socialização, o desenvolvimento e o bem-estar dos adolescentes.

Os profissionais da área da Saúde preocupam-se com a temática da gravidez na adolescência, por diversos motivos. De acordo com Santos Júnior (1999), esse fato tem sido identificado como um dos grandes problemas de Saúde Pública tanto no Brasil, como em muitos países, principalmente porque vem aumentando neste final de século. Segundo este autor, no Brasil, de 20 a 25% do total das mulheres gestantes são adolescentes.

Parece ser oportuno destacar a relevância que tem recebido a gestação na adolescência, salientando-se os aspectos ligados aos riscos aparentemente decorrentes da sua precocidade. Entretanto, sabe-se hoje que, em tempos históricos, no Brasil, era comum as meninas casarem-se por volta de 12 e 13 anos (REIS; ZIONI, 1993), não significando que a saúde reprodutiva dessas mulheres-mães, nessa faixa etária, fosse a ideal. Entretanto, permite refletir sobre os motivos pelos quais esse estilo de vida, natural àquela época, hoje seja motivo de preocupação, inclusive de organismos internacionais. Publicações da Organização Mundial da Saúde, por exemplo, tratam a questão sob pontos de vista diferentes. Em 1995, em publicação da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1995) é citado que algumas complicações, como os transtornos hipertensivos da gestação, são mais comuns entre as adolescentes que nas mulheres de mais idade. Entretanto, Silber, Giurgiovich e Munist (1995) em outra publicação apoiada pela OMS afirmam que a gravidez da adolescente, com apoio psicossocial e um bom controle pré-natal é indistinguível, do ponto de vista da Biologia e da saúde, da gravidez de uma mulher adulta. Destacam estes autores, porém, que a gravidez da adolescente necessita de apoio e atenção especiais, ou seja, de um pré-natal de boa qualidade, onde os profissionais estejam preparados para acolhê-las adequadamente. Afirmam ainda que a classe social é um fator de risco obstétrico e pós-natal

maior que a idade materna. Portanto, para esses autores, o ambiente onde cresce a adolescente tem maior impacto sobre o desfecho de sua gravidez do que sua idade cronológica.

Estudos da década de 80, mencionados por autores como Costa, Pinho e Martins (1995), evidenciavam a preocupação dos profissionais de Saúde com a gestação adolescente. Esses estudos comprovaram morbimortalidade aumentada em mães adolescentes e seus bebês, que por esse motivo eram atendidas em Serviço de Pré-Natal considerado “de risco”. Por outro lado, com respeito à prematuridade e à mortalidade materna e perinatal, afirmam Silber, Giurgiovich e Munist (1995) não haver nenhuma diferença significativa entre a gravidez e o primeiro parto de uma adolescente e de uma mulher adulta. Ressaltavam, entretanto, que no caso de a atenção pré-natal ser inadequada, a adolescente pode apresentar problemas materno-fetais com mais frequência do que a adulta.

Verifica-se, portanto, que há controvérsias na literatura quanto à morbimortalidade dos filhos das adolescentes. Bohland e de Mello (1999), estudando a mortalidade de crianças menores de um ano de idade, encontraram taxas mais elevadas entre os recém-nascidos de baixo peso ao nascer, de parto cesáreo, residentes em área periférica da zona urbana, cujas mães tivessem menor escolaridade, maior paridade ou idade superior a 35 anos. Para as autoras, portanto, haveria outros fatores relevantes além da idade materna. Mariotoni e Barros Filho (1998) comparando mães de recém-nascidos de baixo peso ao nascer e mães de bebês com peso considerado normal, concluíram ser contraditória a influência da idade materna sobre a duração da gravidez e sobre o peso no nascimento. Embora reconheçam haver relação entre essas variáveis, alertam para a necessidade de esclarecer se o baixo peso ao nascer decorreria das condições de vida da adolescente ou da idade cronológica.

Configuram-se, portanto, distintas perspectivas sob as quais é vista a gestação na adolescência. Uma vertente psicobiológica busca destacar os riscos reprodutivos. Donoso, Valdivieso e Villarroel (2003) encontraram esses riscos elevados em adolescentes, se

comparadas com as mulheres estudadas de 20 a 34 anos. Entretanto, Simões *et al.* (2003) encontraram resultados perinatais semelhantes entre mulheres de 25 a 29 anos, comparadas a adolescentes de 18 a 19 anos, submetidas a condições sócio-econômicas desfavoráveis. Por terem encontrado maior proporção de filhos com baixo peso ao nascer e prematuros, entre as menores de 18 anos, entendem os autores que o resultado pode sugerir associação entre a imaturidade biológica e esses riscos, uma vez que as condições sócioeconômicas foram ajustadas. Também Cabrales Escobar *et al.* (2002) encontraram associação significativa entre baixo peso ao nascer e outros fatores além da idade da mãe, como a presença de anemia no início da gestação, infecção urinária durante a gravidez, aumento de peso materno menor do que 8 kg durante toda a gestação e consulta pré-natal tardia (após a 14ª semana). Entretanto, estudos anteriores como de Silber; Giurgiovich e Munist (1995) já afirmavam que a anemia, comum nas gestantes adolescentes, se deveria em parte a maus hábitos alimentares característicos da adolescência, mas também a baixas condições sócio-econômicas das famílias de origem.

Gomes, Fonseca e Veiga (2002), estudaram a produção científica relativa a gravidez na adolescência em periódicos nacionais de pediatria e concluíram ser necessário abordar essa temática a partir de uma perspectiva interdisciplinar, ampliando a visão para além dos limites da visão médica pediátrica.

Nos últimos 15 a 20 anos, segundo Stern e Garcia, citados por Medrado e Lyra (1999) a maior visibilidade das gestações das adolescentes deve-se ao grande crescimento desta faixa de desenvolvimento e a forte diminuição da fecundidade das mulheres maiores. Cabral, citado por Medrado e Lyra (1999) afirma que a idade materna não pode, isoladamente, ser considerada como causa de conseqüências adversas da gravidez entre adolescentes. Entretanto, em contextos de carência sócioeconômica a gravidez da adolescente tem repercussões sobre a sociedade e graves conseqüências para a própria adolescente, para seu

filho, para o pai do seu filho e para suas famílias. Entre os fatores sociais que favorecem a ocorrência de gestações em idade precoce, ou se associam a elas, encontramos a evasão escolar e a má qualificação para o trabalho.

Há estudos que citam complicações relacionadas aos aspectos biológicos em gestações nessa faixa etária. Silber; Giurgiovich e Munist (1995) mencionam maior número de abortos espontâneos, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, anemia, distócia do trabalho de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecções urinárias e morte por complicações da gravidez e aborto ilegal induzido.

Estudando as crenças e práticas no cuidado com o coto umbilical do recém-nascido, Boehs, Monticelli e Elsen (1991) relataram que as mães sentem necessidade de uma pessoa experiente para ajudar no cuidado da criança. Da mesma forma Bonilha (1997), em seu estudo sobre crianças pequenas em seu contexto familiar, constatou que as mães, com frequência, deixam de seguir orientações alimentares dos profissionais de Saúde, quando contam com a ajuda de familiares para tirar suas dúvidas a esse respeito, pois, segundo a autora, é na família que as mulheres buscam os ensinamentos sobre os cuidados com as crianças. De acordo com Gonçalves (2001), na maioria dos casos é a família que apóia a mulher que amamenta. Por esse motivo, é também da família que a mulher recebe maior influência. No caso da nutriz adolescente, sua suscetibilidade a essa influência é ainda maior, devido à vulnerabilidade conferida por se encontrar em um momento de vida marcado por transformações e adaptações (CLOS, 2002).

Campestrini (1992, p. 39), ao estudar aspectos antropológicos da amamentação, afirmou que “a maneira pela qual uma pessoa enfrenta as suas necessidades de autocuidado não é instintiva, mas, pelo contrário, é um comportamento aprendido, baseado em seu próprio passado”. Dessa forma, uma mulher, durante a amamentação, vai ser fortemente influenciada por experiências prévias e crenças, suas e de seus familiares mais próximos. Para Gonçalves

(2001, p. 17), crenças são “idéias ou opiniões que a pessoa possui e que são consideradas verdadeiras a partir do que é afirmado ou realizado por alguém ou pelo grupo do qual ela faz parte”. Conforme Campestrini (1992, p. 285), “quando a mãe escolhe a maneira de alimentar seu filho, expressa, nesta decisão, influências da sociedade, do seu estilo de vida, de sua história social e de sua personalidade”.

A cultura é um dos instrumentos fundamentais da Antropologia porque expressa a forma como a diferença é pensada e como é concebido o “outro”. “A cultura deve ser entendida como o conjunto de regras que orienta e dá significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social” (VICTORA, 2000, p. 13). Para Helman (1994, p. 23) “cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular”, princípios que “mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses ou a forças sobrenaturais, e ao meio ambiente natural”. A cultura é uma forma de perceber e compreender o mundo em que habitamos, aprendendo a viver dentro dele. Conhecer as crenças transmitidas às nutrizes permite valorizar essas crenças. Valorizar as crenças implica respeitá-las. Segundo Araújo (1997, p. 53) “o aleitamento materno, que era de conhecimento comum, passado de mãe para filha, foi apropriado pela ciência, que hoje não o repassa adequadamente às mulheres”. Reconhecer que existe influência de uma geração a outra abre a possibilidade de que profissionais de Saúde valorizem o papel da mãe da nutriz no processo da amamentação, e não apenas o conhecimento dito científico.

A avó materna do bebê, pela sua posição de autoridade dentro da família e experiência de vida, poderia ser uma forte aliada dos serviços de Saúde no incentivo ao aleitamento materno. Entretanto, a pesquisadora não tem constatado, na sua prática profissional, que essa colaboração seja valorizada. Diversos artigos consultados sobre apoio ao aleitamento não mencionam o papel dos familiares, ou da avó materna do bebê, percebendo-se uma grande

preocupação com o papel dos profissionais de Saúde. Entretanto, esses profissionais têm contatos esporádicos com as gestantes e nutrizes, enquanto os familiares estão freqüentemente junto a elas.

Os estudos que demonstram a influência da mãe sobre a adolescente que amamenta fizeram a pesquisadora refletir sobre a importância de conhecer como essa participação ocorre.

2 METODOLOGIA

Neste capítulo, estão descritas e justificadas a escolha do método utilizado e os passos seguidos para a execução do estudo.

2.1 Escolha do Método e Caracterização do Estudo

Para o presente estudo, foi escolhido o método qualitativo, que, segundo André (1998) e Polit e Hungler (1991), é adequado para investigar fenômenos humanos e sociais em sua complexidade, por preocupar-se com a compreensão dos significados que os próprios sujeitos atribuem às suas ações.

A metodologia qualitativa é empregada em estudos onde os autores voltam sua atenção, em profundidade, para a experiência humana em seus aspectos únicos, continuamente sujeitos a mudanças. Buscam um entendimento global dos fatos observados,

no contexto onde são vivenciados, em sua totalidade (POLIT; HUNGLER, 1991; ANDRÉ, 1998).

Este estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo. Segundo Parse, Coyne e Smith (1985), esse tipo de estudo focaliza a descoberta do significado de um momento, na vida, para um grupo de indivíduos que o compartilham, oportunizando a descoberta de padrões de Saúde comuns aos envolvidos no evento. Desse modo, estudos do tipo exploratório-descritivo podem gerar novas pesquisas, sem a preocupação de fazer generalizações.

Para Polit e Hungler (1991) a descrição favorece uma compreensão em profundidade das práticas, comportamentos, crenças e atitudes de pessoas ou grupos, em suas atividades cotidianas.

2.2 As Participantes e o Local de Estudo

As participantes do estudo foram adolescentes atendidas em um hospital-escola público, da cidade de Porto Alegre.

A seleção das participantes desse estudo foi do tipo intencional, constituindo-se de 15 adolescentes que preencheram os critérios de inclusão. Os dados foram coletados até se obter a saturação dos mesmos (DENZIN E LINCOLN, 1994).

Os critérios de inclusão consistiram em ser adolescente, ou seja, ter idade entre 10 e 19 anos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1995). Foram convidadas a participar adolescentes cujos filhos completaram 24 horas de nascimento, independentemente de partos ou experiência prévia em aleitamento materno, que amamentaram, em alojamento conjunto,

seus filhos com peso de nascimento igual ou superior a 2500 gramas, declararam manter contato diário com suas mães (pessoalmente ou por telefone) e residiam em Porto Alegre. As adolescentes foram incluídas no estudo após sua aquiescência, e com a concordância do seu responsável legal, caso sua idade fosse menor de 18 anos. Todas foram contatadas na unidade do hospital, que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Das quinze participantes, 14 mantiveram o sistema de alojamento conjunto, sem interrupções.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete, e realizadas entre agosto e novembro de 2003. Foram transcritas, em sua maioria, dentro de 24 horas após a coleta de dados. Cada adolescente foi entrevistada em três momentos distintos. A primeira entrevista ocorreu no alojamento conjunto e as outras duas, no domicílio. Em ambas as entrevistas realizadas no domicílio foram feitas observações, que compreenderam aspectos do ambiente, do cuidado da adolescente consigo mesma, do cuidado e interação com o bebê. Durante as entrevistas, em algumas situações foram transcritos dados do cartão da criança. As observações foram registradas em folhas avulsas, imediatamente após a entrevista, quando a pesquisadora deixava a residência da entrevistada.

Foram entrevistadas adolescentes nos seguintes bairros de Porto Alegre: Restinga, Lomba do Pinheiro, Agronomia, Passo Dorneles, Jardim Protásio Alves, Cristal, Ponta Grossa, Glória, Partenon (Morro da Cruz), Sarandi, Vila Nova, Morro de Santa Tereza e Nonoai. A maioria destas áreas caracterizam-se como regiões da cidade onde residem famílias de baixa renda.

Para manter o anonimato das participantes no estudo, seus nomes foram alterados. Serão apresentadas a seguir, através de um Quadro demonstrativo.

Participante	Idade	Nº Filhos	Situação Conjugal	SM	SM/Pessoas	Exp AM Mãe
Andréia	19	1	Companheiro	0	3	2 filhos por 3a
Beatriz	17	1	Companheiro	2	3	Amamentou
Bruna	17	2	S/ Companheiro	0	0	2 filhos por 1a
Cristina	15	1	Namorado	5	8	4 filhos por 3a
Fabiana	17	1	Namorado	3	6	Amamentou 5 filhos
Fernanda	15	1	Companheiro	2	3	2 filhas por +6m
Gabriela	18	1	Companheiro	1,5	3	6 filhos
Janice	14	1	Companheiro	1,5	10	Cada filho por 3m/trabalho
Júlia	16	2	Companheiro	3	8	6 filhos + 6m
Lia	19	1	Companheiro	2	3	Amamentou por 3a
Manuela	18	1	Companheiro	2,5	3	2 filhos por +1a
Natália	19	1	Companheiro	3	7	Amamentou por 3a
Nicole	16	1	Separada	3	10	Pouco
Paula	19	1	Companheiro	2	3	12 filhos por +1a
Vitória	18	2	Companheiro	1	4	Não amamentou/Inf Puerp

Quadro – Caracterização das adolescentes estudadas, incluindo experiências de amamentação das respectivas mães.

2.3 Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e teve início no mês de Agosto de 2003, após a qualificação do projeto de pesquisa e a aprovação do mesmo pelos Comitês de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

As estratégias utilizadas para a coleta de dados foram o preenchimento de um roteiro para caracterização da adolescente (APÊNDICE A), entrevistas semi-estruturadas e observação (LUDKE e ANDRÉ, 1986). As entrevistas semi-estruturadas obedeceram a roteiros diferenciados no 1º contato (APÊNDICE B) e no 2º e 3º contatos (APÊNDICE C) e foram gravadas em fita cassete.

Buscou-se, no primeiro contato, identificar as perspectivas da adolescente quanto à amamentação de seu filho, e qual a participação de sua mãe nesse processo, até aquele momento. No segundo e terceiro contatos, buscou-se conhecer que conselhos a adolescente recebia de sua mãe e qual a participação desta na sua vivência do aleitamento materno.

A observação (APÊNDICE D) foi realizada simultaneamente à entrevista semi-estruturada, no domicílio da adolescente, em dois momentos distintos: aos quinze dias e por volta de dois meses de vida do bebê. Essa cronologia foi adotada para acompanhar a evolução das decisões envolvendo a alimentação/hidratação do bebê, visto que estudos têm demonstrado que a introdução de água e chás, outro leite além do materno e alimentos sólidos têm ocorrido muito precocemente.

A testagem dos instrumentos de pesquisa foi realizada por meio de um piloto de todas as três fases da pesquisa: formulário padronizado e entrevista na maternidade, entrevista e observação, no domicílio, aos quinze dias e dois meses após o parto. O piloto foi realizado antes de iniciar a coleta dos dados. Devido à necessidade de adaptações dos instrumentos, os dados coletados no piloto não foram utilizados no relatório final.

As entrevistas, com duração de cerca de meia hora cada, foram realizadas individualmente. Procurou-se manter condições de privacidade e confidencialidade. Na maternidade a entrevista ocorreu cerca de 24 h após o nascimento do bebê. Devido à ocorrência de altas precoces, deu-se muita importância a esse particular, prevenindo, assim, a perda de prováveis participantes. No domicílio, foram realizadas nos dias úteis, nos horários convenientes para as entrevistadas.

2.3.1 No Hospital

A coleta de dados iniciou-se com uma visita diária realizada pela pesquisadora ao Centro Obstétrico do HCPA, para identificar todas as parturientes com idade menor que vinte anos. A seguir, aguardou-se 24 horas após o parto ou cesárea, para então realizar o contato inicial com a adolescente, na maternidade. Após análise de documentos (prontuários, cartões da gestante e da criança) para identificar a presença dos critérios de inclusão, a pesquisadora dirigia-se ao alojamento conjunto a fim de convidar a adolescente a participar da pesquisa.

Inicialmente, a autora apresentava-se como enfermeira pesquisadora, aluna do curso de Mestrado da EEUFRGS, e explicava, em palavras simples, os objetivos da pesquisa e como se desenvolveria. Nesse momento, havia a preocupação de esclarecer que, para atender aos objetivos do trabalho, seriam necessárias duas visitas domiciliares. Após essa explanação, a adolescente era convidada a participar. Não houve questionamentos, nem recusas; ao contrário, todas mostraram-se receptivas, concordando formalmente em participar por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

O passo seguinte consistiu em preencher, mediante perguntas dirigidas a adolescente, o roteiro, para caracterização (APÊNDICE A). Seu objetivo consistia em obter informações relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados à adolescente, ao bebê e família da adolescente, como a intensidade do contato diário com sua mãe. Foi útil obter o máximo de informações possível sobre a localização do domicílio da adolescente, visto que, em vilas populares de Porto Alegre, a maioria dos endereços é de difícil acesso. Além disso, a pesquisadora desconhecia a Zona Sul da cidade. Em vista disso, procurou informar-se com as adolescentes sobre pontos de referência, linhas de ônibus utilizadas, onde se localizava o final da linha, no centro da cidade, e buscou identificar o local de ponto de ônibus mais próximo de cada domicílio, bem como o maior número de contatos telefônicos possíveis. Graças a esses cuidados, todas as adolescentes foram localizadas. Até mesmo um

endereço desconhecido pela empresa de ônibus que servia um determinado bairro foi encontrado, devido à tenacidade com que se procurava. Entretanto, na maioria dos casos foi necessário pedir ajuda a transeuntes.

Preenchido o roteiro de caracterização, foi, então, realizada a entrevista semi-estruturada com a adolescente, na maternidade, segundo o roteiro para 1º contato (APÊNDICE B), com a utilização de gravador. Segundo Triviños (1987) entrevista semi-estruturada é aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados em hipóteses da pesquisa e permitem incluir novos questionamentos, surgidos à medida que a coleta de dados progride. A primeira entrevista, na maternidade, visava a um ponto de partida para acompanhar as eventuais mudanças que ocorressem na amamentação no domicílio, bem como identificar as intenções da adolescente quanto à amamentação. Esperava-se que na segunda (no domicílio, aos quinze dias de vida) e na terceira entrevistas (no domicílio, aos dois meses) fosse possível identificar a participação da mãe da adolescente no aleitamento.

2.3.2 No domicílio

Na segunda quinzena de vida da criança (entre 15-30 dias após o parto) foram realizadas visitas aos domicílios das adolescentes. Os cuidados tomados no hospital para a localização das residências mostraram-se úteis, permitindo a localização dos endereços.

Nessa visita, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, de acordo com roteiro (APÊNDICE C). Pretendia-se que as falas das adolescentes permitissem conhecer a participação de suas mães no aleitamento. As entrevistas (APÊNDICES B e C) abordaram os

seguintes temas: como a avó tem participado da amamentação do neto(a) e quais os conselhos recebidos de sua mãe sobre amamentação.

Além da entrevista semi-estruturada, foi realizada a observação, de acordo com roteiro (APÊNDICE D), o que, para Ludke e André (1986), possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, sendo útil para revelar novos aspectos de um problema. As observações (APÊNDICE D) abrangeram os seguintes aspectos: descrição do ambiente da casa e das condições do domicílio, o cuidado da adolescente consigo mesma e com o bebê, seu comportamento quanto à alimentação de seu filho, descrição da interação da adolescente com o bebê e eventuais observações quanto à interação da adolescente com sua mãe, quando presente, ou referidas pela filha. As observações foram registradas em diário de campo.

Posteriormente, aos dois meses de vida da criança, foram repetidas a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C) e a observação (APÊNDICE D) segundo os roteiros.

Ao realizar a terceira entrevista (segunda visita domiciliar) a pesquisadora despediu-se, agradecendo a colaboração. Cada adolescente recebeu um cartão com uma mensagem otimista e uma pequena boneca de pano com um bebê sendo amamentado.

2.4 Considerações sobre os Direitos das Participantes

Este é um estudo com risco mínimo para os participantes, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/196) de outubro de 1996 (GOLDIM, 2000; BRASIL, 1996).

Dedicou-se especial atenção aos aspectos éticos, desde os primeiros passos, na elaboração do projeto de pesquisa, por entender-se serem as puérperas adolescentes duplamente vulneráveis. Para Garcia, Pelá e Carvalho (2000) a adolescente grávida vive a sobreposição de duas fases críticas do ciclo vital feminino, geradoras de tensão biológica, psicológica e social.

O projeto foi apresentado, inicialmente, à Comissão de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Após sua aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, recebendo aprovação, no início do mês de agosto de 2003.

Todas as candidatas a participarem do estudo foram esclarecidas sobre os seus objetivos, vindo a participar do mesmo mediante consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, foi assinado pela pesquisadora e por cada uma das participantes, que conservaram com elas uma cópia. Em casos de adolescentes com menos de 18 anos foram pedidos, além da sua concordância, o consentimento formal do responsável (GOLDIM, 2000). Na ocasião, foram informadas de que a pesquisa consistiria de entrevistas e observação, em seu domicílio, aos quinze dias e dois meses de vida da criança.

Foram assegurados às participantes o anonimato e a utilização dos dados coletados somente para fins de pesquisa, bem como a liberdade de abandonar o projeto, a qualquer momento. Foi garantido às adolescentes que a recusa em participar do estudo ou abandono do mesmo não interferiria no seu atendimento no hospital.

Também foi informado que as entrevistas seriam gravadas em fita cassete, com a permissão das entrevistadas e seus/suas responsáveis e que, durante as visitas domiciliares,

seriam tomadas notas de observações realizadas. O conteúdo das gravações seria transcrito e seu registro, impresso, seria guardado por cinco anos.

2.4 Análise e Interpretação dos Dados

Para analisar os dados coletados, foi utilizado o método de análise de conteúdo, descrito por Bardin (1977). O método tem sido indicado no estudo de motivações, atitudes, valores, crenças, tendências, por permitir a decodificação do enunciado verbal manifesto pelos participantes de um estudo, revelando interações entre fatos biológicos e dimensões comportamentais (RODRIGUES E LEOPARDI, 1999).

Segundo Bardin (1977, p. 42) análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Para Bardin (1977) essa técnica permite desvelar os núcleos de sentido da comunicação e medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que ele fala. Por outro lado, a presença, ou freqüência de aparição de determinados núcleos de sentido permitem apreender significados antes ocultos na comunicação. Essa técnica de análise consiste no desmembramento do texto em unidades designadas por “categorias”(BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo, no presente estudo, desenvolveu-se nas seguintes etapas cronológicas:

- a) 1ª fase: Pré-análise: foi o primeiro contato com o material a ser analisado. Permitiu a sistematização das idéias iniciais expressas a partir

das entrevistas. Consistiu de uma leitura flutuante, onde a pesquisadora se deixou invadir por impressões, e escolheu o material mais representativo. Nessa fase, o texto foi recortado em unidades comparáveis de categorização, para posterior análise (BARDIN, 1977).

- b) 2ª fase: Exploração do material, ou análise: foi feita a recategorização das unidades de registro, organizando-se, em separado, categorias referentes à adolescente e a sua mãe. Iniciou-se a transformação dos dados brutos em texto, por recorte, agrupamento e organização, buscando atingir uma representação do conteúdo. Na análise, observou-se a presença ou ausência de certas unidades de registro; a frequência com que apareceram determinou sua importância.
- c) 3ª fase: Interpretação dos dados: fase em que se procurou alcançar a interpretação final dos resultados obtidos pela análise das unidades de registro e dos conteúdos agrupados anteriormente e onde os temas a serem analisados se consolidaram.

A análise dos dados levou em consideração o referencial teórico, reunido previamente, e os objetivos do estudo. Foi realizada a partir do material identificado nas respostas das participantes às questões propostas nas entrevistas, enriquecido com informações obtidas pela observação, formulário para caracterização da adolescente e documentos como prontuário da maternidade, cartão da criança e da gestante.

Os dados foram examinados, possibilitando a sua reunião, ordenação, descrição e agrupamento, em categorias temáticas para a análise e interpretação dos dados.

No presente estudo, mediante a análise preconizada por Bardin (1977), observaram-se os seguintes passos:

- a) transcrição das entrevistas gravadas e das notas de campo tomadas durante a observação, seguida de leitura exaustiva.
- b) divisão de cada entrevista em unidades de registro, recortadas e separadas inicialmente em categorias relativas à adolescente e a sua mãe
- c) a categorização originou os subtemas, que sofreram nova análise e originaram as categorias finais ou temas propriamente ditos.

Os temas que emergiram da análise foram: conhecendo as adolescentes; vivenciando a gestação e a maternidade; vivência da amamentação; superação das dificuldades da amamentação, e a participação da mãe da adolescente no aleitamento materno.

3 TEMAS RELATIVOS ÀS VIVÊNCIAS DA ADOLESCENTE E À PARTICIPAÇÃO DE SUA MÃE

Os temas estudados foram: Conhecendo as Adolescentes, Vivenciando a gestação e a maternidade, A Adolescente vivencia a Amamentação, A superação das dificuldades na Amamentação e A participação da mãe da adolescente na Amamentação.

No primeiro tema trabalhado, buscou-se conhecer as adolescentes em suas características sócio-econômicas. No segundo, foi analisada a gestação e a maternidade nas adolescentes. No terceiro, como as adolescentes estudadas vivenciaram a amamentação, e no quarto, algumas dificuldades relatadas pela adolescente e o modo como foram superadas. No quinto tema, finalmente, estudou-se a participação da mãe da adolescente na vivência da amamentação por sua filha, segundo o discurso da própria adolescente.

3.1 Conhecendo as Adolescentes

Nicole, primípara, 16 anos, branca, completou o primeiro grau; pretendia voltar a estudar e trabalhar no próximo ano. Declarou que a renda familiar mensal era de três salários mínimos para dez pessoas. Estava separada do companheiro, residia com seus pais e irmãos. Sua mãe amamentou os filhos por pouco tempo.

Gabriela, primípara, 18 anos, branca, estudou até a sexta série e não pretendia voltar a estudar. A renda familiar mensal era de um salário mínimo e meio. Residia com o companheiro e o filho. Sua mãe amamentou seis filhos, por mais de seis meses.

Julia, secundípara, 16 anos, branca, estudou até a sexta série e pretendia voltar a estudar em 2004, por interferência do Conselho Tutelar. A renda familiar mensal era de três salários mínimos para oito pessoas, pois a principal fonte de sustento era sua mãe, embora não morasse com ela. Residia com o companheiro e os dois filhos. O primeiro filho foi amamentado até um mês de idade. Sua mãe amamentou seis filhos por mais de seis meses.

Vitória, secundípara, 18 anos, branca, estudou até a quinta série, e pretendia voltar a estudar quando conseguisse uma creche pública para os filhos. A renda familiar era de um salário mínimo. Sua casa localizava-se em bairro distante daquele onde foram realizadas as entrevistas, pois preferiu ser entrevistada em casa de sua mãe. Residia com o companheiro e os dois filhos, embora declarasse passar temporadas na casa de sua mãe, justificando o fato com desemprego do companheiro. O primeiro filho foi amamentado até um mês de idade. Era filha única, e sua mãe não a amamentou, devido a ter permanecido internada, nos primeiros trinta dias após o parto, por infecção puerperal.

Cristina, primípara, 15 anos, branca, cursava o primeiro ano do segundo grau. Voltou a assistir às aulas um mês após o parto. A renda familiar era de quatro a cinco salários mínimos. Residia com a mãe, os irmãos e avós. Sua mãe amamentou cada um dos quatro filhos por cerca de três anos.

Bruna, secundípara, 17 anos, negra, estudou até a terceira série do primeiro grau e não havia decidido voltar a estudar. Declarou não ter renda familiar, e manter-se com a ajuda de parentes. Residia com a mãe, o irmão e os dois filhos. Amamentou a primeira filha até um mês de idade. Sua mãe amamentou os dois filhos por mais de um ano.

Lia, primípara, 19 anos, branca, estudou até a quinta série e pretendia voltar a estudar, depois que o bebê estivesse com seis meses. A renda familiar era de dois salários mínimos. Residia com o marido e a filha. Sua mãe amamentou os filhos por três anos.

Fernanda, primípara, 15 anos, branca, concluiu a sexta série e pretendia voltar a estudar, quando o bebê estivesse com um ano. A renda familiar era de dois salários mínimos. Residia com o marido e o filho. Sua mãe amamentou as duas filhas por mais de seis meses.

Natália, primípara, 19 anos, negra, estudou até a quarta série. Quando engravidou, estava cursando o supletivo; interrompeu os estudos por ocasião do parto e pretendia retomá-los depois de seis meses. A renda familiar era de três salários mínimos. Ela e a filha residiam, temporariamente, com a sua mãe, seu pai e seus irmãos. Sua mãe amamentou os filhos até completarem três anos.

Paula, primípara, 19 anos, branca, estudou até a sétima série. Pretendia iniciar o curso supletivo, seis meses depois do parto. A renda familiar era de dois salários mínimos. Residia com o marido e o filho na casa da sogra. Sua mãe amamentou doze filhos por mais de um ano.

Beatriz, primípara, 17 anos, branca, estudou até concluir a sexta série. Pretendia recomeçar a estudar e encontrar um emprego, seis meses depois do parto. A renda familiar era de dois salários mínimos. Residia com o marido e a filha numa pequena casa, construída pelo companheiro, cerca de cem metros da casa de sua sogra. Sua mãe amamentou, não sabia por quanto tempo.

Janice, primípara, 14 anos, branca, estudou até a quarta série. Pretendia voltar a estudar, quando o bebê estivesse um pouco maior. A renda familiar era de um e meio salários mínimos. Residia com a mãe, o companheiro e a filha, suas irmãs e sobrinhos, na casa de sua mãe. Sua mãe amamentou cada filho por cerca de três meses, até voltar a trabalhar.

Fabiana, primípara, 17 anos, branca, estudou até a sexta série. Pretendia completar o supletivo de 7^a e 8^a séries, que iniciara no ano em que engravidou. A renda familiar era de três salários mínimos para quatro adultos (a mãe, o padrasto e dois irmãos adultos), a adolescente

e seu bebê. Residia com a mãe, o padrasto e os irmãos. Sua mãe amamentou os cinco filhos, não sabe por quanto tempo.

Manuela, primípara, 18 anos, branca, estudou até a oitava série. Pretendia continuar a estudar. A renda familiar era de dois e meio salários mínimos. Residia em casa própria, com o companheiro e a filha. Sua mãe amamentou os dois filhos por mais de um ano.

Andréia, primípara, 19 anos, branca, completou o segundo grau e pretendia continuar estudando. A renda familiar era de cinco salários mínimos. Residia em casa própria com o companheiro e a filha. Sua mãe amamentou os dois filhos até três anos.

3.2 Vivenciando a Gestação e a Maternidade

Para Santos Júnior (1999) a sociedade considera a gravidez não-planejada, como geralmente o são as gestações adolescentes, motivo de preocupação, pois podem desviá-las de seu projeto de vida. Civiletti (1997) afirmou, entretanto, que muitas adolescentes a desejavam, e sentiram que sua vida melhorou com as mudanças trazidas por ela. Amazarray *et al.* (1998), estudando adolescentes que decidiram assumir a gestação, concluíram que a opção por assumir a maternidade alterou o rumo das suas vidas, porém trouxe maior estabilidade quanto à auto-estima e autoconceito.

Almeida M.C.C. *et al.* (2003), estudando o uso de contracepção por adolescentes, relataram que muito embora 63% delas tenham afirmado que a gravidez não foi planejada, 89% manifestaram o desejo de engravidar. Para Bruno *et al.* (2000) seria importante que os provedores de serviços de Saúde fossem ajudados a entender as motivações que levam os adolescentes a ter filhos. Os autores encontraram muitas adolescentes que, após terem o bebê,

pareceram ter melhorado sua percepção de valor pessoal e sua autoestima. Esse dado sugeriu aos autores que, para diminuir o desejo de um adolescente ter um filho, seria necessário um trabalho mais complexo do que uma simples intervenção destinada a prevenir gravidezes não planejadas. Para o presente estudo, esses achados são importantes na medida em que ajudam a compreender a maneira como as adolescentes parecem encarar a amamentação e os cuidados de seus bebês.

A naturalidade com que a maioria das adolescentes estudadas assumiram os cuidados demandados por seus bebês pareceu revelar uma aceitação e até mesmo desejo da maternidade. Uma delas, de quinze anos, revelou que amamentar proporcionou realização pessoal:

(...) me sinto realizada [...] por saber que uma criaturinha assim tá dependendo[...] de uma parte de meu corpo [...] e me sinto muito bem (Cristina, entrevista na maternidade).

Alguns contrastes foram identificados entre as adolescentes mais jovens e as de mais idade, que poderiam ser atribuídos ao fato de a adolescência constituir-se em uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. Como as mudanças não ocorrem abruptamente e sim de modo gradativo, a adolescência tende a ser uma fase em que se intercalam momentos onde a jovem parece voltar à infância, mostrando-se logo depois decidida e responsável, como o padrão adulto. Vitória, adolescente secundípara, de 17 anos, ilustrou essa oscilação quando, na mesma entrevista, revelou os dois padrões de comportamento. Num momento, demonstrando obstinação e resistência passiva, protestou contra o modo como o Conselho Tutelar lidava com a sua necessidade de voltar a estudar:

Ah, é, tem isso né, que eles ficam no meu pé pra voltar a estudar. (Vitória, entrevista no domicílio.)

Logo depois, porém, durante uma observação no domicílio, revelou uma atitude próxima da harmonização e objetivação do adulto, ao demonstrar solicitude quanto às necessidades de sua filha:

Ela chora um pouquinho e Vitória já oferece o peito. Nunca saiu sem o bebê, diz que no máximo até a esquina, por poucos minutos, porque tem medo que o bebê chore (Vitória, observação no domicílio).

Entre os aspectos psicológicos característicos da adolescência observados neste estudo, encontramos a identificação com ídolos. Para Aberastury (1992) seria um indicativo de separação progressiva dos pais, e contribuiria para a construção da independência. Uma das adolescentes estudadas, Cristina, apaixonada por música pop, colocou em sua filha o nome de uma cantora que admira.

Cristina está vestida com roupas pretas e usa tênis de uma determinada marca. Comento que ela se parece com minha filha que tem a sua idade, pois ela também gosta de se vestir de preto e usar a mesma marca de tênis. Conversamos sobre o nome da sua filha, que é de uma cantora de rock. (Cristina, observação no domicílio).

Outra característica importante dessa fase é a tendência grupal. Segundo Aberastury (1992), a adolescente inclina-se às regras do grupo em relação a diversos aspectos como vestimenta, costumes, hábitos. Dar importância aos valores do grupo a que pertence pode influenciar a maneira de a adolescente alimentar seu filho:

Mamadeira também é mais bom [...] ai, alimenta mais. As gurias que me falam às vezes, não daqui da minha casa [...]. As gurias que vão no posto, que levam os nenêzinhos delas. (Janice, entrevista no domicílio).

Para Aberastury (1992) as flutuações de humor e do estado de ânimo, bem como sentimentos de solidão, são outra característica comum em adolescentes. Nas puérperas dessa faixa etária, a essas flutuações de humor típica da adolescente normal, parecem somar-se sentimentos de insegurança, ansiedade e muitas dúvidas sobre como cuidar corretamente do bebê, comuns à maioria das puérperas (MALDONADO, 1997) acarretando sofrimento, como observamos na visita à Manuela:

Manuela parecia um pouco triste, sozinha em casa. Contou que sua madrinha, logo depois do parto, vinha todos os dias e ajudava no serviço doméstico, mas ultimamente não tem vindo. (Manuela, observação no domicílio).

Conforme foi citado anteriormente, as puérperas convidadas a participar deste estudo tiveram seus bebês no setor do hospital que atende clientes do Sistema Único de Saúde, sendo portanto oriundas de classes populares. Para Garcia *et al.* (2000) o futuro da adolescente que vive a experiência de ser mãe, como mulher e como membro de família de camadas populares, está marcado pela desigualdade social entre classes e gêneros.

A mulher que tem seu primeiro filho muito cedo tem uma perspectiva de maior número de filhos não desejados, uma maior instabilidade matrimonial, alcança escasso nível educativo, e, ao longo de sua vida, percebe um ingresso econômico reduzido, afirmam Silber, Giurgiovich e Munist (1995). Heilborn *et al.* (2002) observaram que uma nova gestação, com o mesmo parceiro ou com parceiros diferentes, tende a dificultar a retomada mais sistemática e consistente dos estudos. Todos esses fatores reunidos justificam a preocupação com a gestação na adolescência, configurando um problema social. Entretanto, para Viçosa *et al.*, (1996) a equipe multidisciplinar pode fazer diferença para essas adolescentes, pois a continuidade de uma atenção qualificada após o parto poderia contemplar as necessidades de aconselhamento sobre planejamento familiar, e assim evitar que a adolescente engravide em curto espaço interpartal.

No presente estudo, três participantes eram secundíparas, uma com 17 anos (Vitória) e duas com 16 anos de idade (Bruna e Julia). Vitória e Julia tiveram o segundo filho com o mesmo parceiro. Confirmando as afirmações de Silber, Giurgiovich e Munist (1995) entre as adolescentes estudadas encontraram-se três secundíparas, que tiveram seu primeiro filho antes dos quinze anos de idade. Observou-se que a reduzida escolaridade poderia estar relacionada a dificuldade em tomar decisões quanto à anticoncepção. As adolescentes secundíparas – Julia, Vitória e Bruna – estavam, à época da coleta de dados, entre 16 e 17 anos, e haviam estudado até 6^a, 5^a e 3^a série, respectivamente. Respeitando-se os demais fatores sociais que

podem ter influenciado a aparente despreocupação com gestações repetidas, a escolarização parece ser importante.

Grande parte da preocupação dos profissionais de Saúde com a gravidez da adolescente está relacionado com suas perspectivas futuras, que poderiam ser afetadas pelo fato de abandonar a escola para cuidar de uma criança. Entretanto, Heilborn *et al.* (2002) evidenciaram que o impacto da gestação na adolescência difere de acordo com a classe social. Para esses autores, nas classes populares o abandono da escola muitas vezes ocorre antes da gravidez. As carreiras escolares, nessas classes, geralmente não são lineares, sendo comuns as entradas e saídas da escola antecedendo a maternidade. Desse modo, afirmam os autores, o impacto sobre a trajetória escolar e os projetos de vida de uma gravidez na adolescência é maior nas classes médias.

As conseqüências da maternidade adolescente sobre a escolaridade são mencionados com frequência, na literatura. A sociedade considera a gravidez não-planejada como um obstáculo, que poderia desviar a adolescente de seu projeto de vida (SANTOS JÚNIOR, 1999). Segundo Heilborn *et al.* (2002) o abandono escolar por parte das mães adolescentes e sua decorrente inserção precária no mercado de trabalho são argumentos usados para reforçar a tese de que a gestação adolescente poderia instaurar uma situação de marginalidade social e econômica, ou agravar a situação já existente.

Entretanto, os projetos de vida são diferentes para jovens de classes populares, antes mesmo da gestação. Suas carreiras escolares em geral são difíceis, marcadas por repetências, seguindo os modelos familiares. Viçosa *et al.* (1996, p.450) entendem que o abandono escolar é induzido pelas repetidas frustrações escolares; para os autores, esse abandono poderia ser considerado uma atitude positiva, levando em consideração que as oportunidades que a escola oferece, na maioria das vezes estão dissociadas de seus interesses.

Entre as adolescentes participantes deste estudo, de classes populares, encontrou-se a maioria com trajetória escolar sugerindo repetências, corroborando as afirmações de Viçosa *et al.*(1996). Atualmente, espera-se que o adolescente tenha concluído a 8ª série do ensino fundamental por volta dos 14 anos. Entre as adolescentes estudadas, apenas duas, uma de 15 e outra de 18 anos, haviam alcançado essa etapa da escolarização, o que permite supor a existência de dificuldades em prosseguir os estudos. Destaca-se que, por ocasião da gravidez, a maioria das adolescentes deste estudo já apresentava defasagem com relação à escolarização tradicional. Oito já não estudavam quando aconteceu a gravidez. Estes dados estão de acordo com Viçosa (1996), que em estudo encontrou a maioria das adolescentes tendo deixado de estudar antes da gravidez, para trabalhar ou porque não gostava da escola, geralmente antes de concluir o ensino fundamental. Para Viçosa (1996) a gravidez viria como consequência do fracasso escolar. Garcia *et al.* (2000) corroboram esse ponto de vista, afirmando que muitas das adolescentes das classes sociais mais desfavorecidas já haviam abandonado os estudos quando a gravidez ocorreu.

As adolescentes deste estudo contavam, por ocasião do parto, em média, com 6 anos completos de escolarização. Considerando-se que 7 delas encontravam-se na faixa etária entre 16 e 17 anos, e que a escolarização é iniciada aos 7 anos de idade, percebe-se uma alta defasagem, que poderia ser atribuída a repetências. Weissheimer (2004, p.31), em adolescentes que tiveram seus bebês no mesmo hospital, encontrou uma média mais alta, entre 8 e 11 anos de escolaridade, quando 43% das adolescentes estudadas por essa autora estavam entre 16 e 17 anos (Weissheimer, 2004, p.28).

As adolescentes oriundas de classes mais favorecidas economicamente, contam, em geral, com suporte familiar que favorece a continuidade dos estudos. As mais pobres, entretanto, caso não contem com familiares para cuidar da criança na sua ausência, têm dificuldades para encontrar creche, pois as públicas em geral oferecem poucas vagas e as

particulares são inacessíveis economicamente. Viçosa *et al.* (1993) observaram que a maioria das adolescentes não estava estudando durante a gestação; entretanto, 71% pretendiam voltar após o parto. Para Heilborn *et al.* (2002), nas classes populares os adolescentes relatam planos de voltar a estudar; porém, poucos concretizam esses planos, dada a dificuldade de conciliar atividades escolares com responsabilidades domésticas e maternas. No presente estudo, confirmou-se esse achado.

Duas adolescentes, na maternidade, declararam-se motivadas a retomar a carreira escolar um mês após o parto. Apenas uma o fez, contando com o apoio incondicional de sua família. Entre as demais, duas não sabiam se iriam voltar a estudar e dez pretendiam retomar os estudos no ano seguinte, quando o bebê estivesse maior. Duas das participantes, mães pela segunda vez e na faixa dos 16 e 17 anos, declararam estar sendo pressionadas pelo Conselho Tutelar para voltar à escola. Uma delas, relatou:

Eles ficam no meu pé pra mim voltar a estudar, só que agora não tenho condições, com duas crianças...só se arrumar creche comunitária, que cobre pouco, pra mim botar os dois juntos... (Vitória, entrevista no domicílio).

Para Cabrales Escobar *et al.* (2002) a baixa escolaridade materna é um fator de risco de baixo peso ao nascer. Além disso, uma precária competência materna, em adolescentes de baixa escolaridade e procedentes de camadas econômicas menos favorecidas, pode trazer riscos de negligência, maus-tratos e desmame precoce (Viçosa *et al.*, 1996). Destaca-se entre as participantes deste estudo uma adolescente que, mesmo em situação sócio-econômica bastante precária e com a menor escolaridade do grupo, demonstrou competência ao cuidar de seu filho:

Bruna está com seu filho no colo. É uma criança bonita, com aparência saudável. Ainda não foi pesado, mas “parece ter crescido”. (Bruna, observação no domicílio).

Relata que seu filho é banhado diariamente. Esteve com assaduras e tratou com Hipoglós (aprendeu com o primeiro filho).O menino acorda uma vez

de madrugada, mama no peito e Bruna troca as fraldas. (Bruna, observação no domicílio).

É inegável que a gestação e a maternidade na adolescência preocupam profissionais de saúde e educadores, por constituírem-se, atualmente, em um problema de Saúde Pública (ALMEIDA, A. M *et al.*, 2003). Entretanto, estudos qualitativos têm encontrado muitas adolescentes que desejavam a gestação, e sentem que sua vida melhorou com as mudanças trazidas por ela (CIVILETTI,1997).

Ao analisarem a gravidez na adolescência, Almeida A. M. *et al.* (2003) concluíram que em muitos casos a adolescente encara a mudança de status proporcionada pela maternidade, seja conjugal ou de maioridade social, como altamente desejável, visto ensejar incremento em sua autonomia pessoal. De modo semelhante, Victora (1991) lembra que o nascimento do primeiro filho é um marco na vida da mulher, pois desencadeia a responsabilidade, algo próprio da idade adulta.

Entretanto, o posicionamento frente ao desejo de ter um filho apresenta diferentes aspectos conforme a classe social a que pertence a adolescente. Nas classes populares, onde as jovens não teriam a opção de carreira profissional, a gravidez tende a ser aceita com mais facilidade. Além disso, para as adolescentes de classes médias existe a possibilidade de não levar adiante a gravidez porque, quando os recursos econômicos tornam o aborto uma opção viável e relativamente segura, a concepção não é necessariamente sinônimo de gravidez (HEILBORN *et al.*, 2002).

Victora (1991) observou que, com frequência, as mulheres de classes populares que iniciam a vida com um companheiro costumam marcar essa união, seja ela consensual ou um casamento oficial, com o nascimento de um filho.

Em seu estudo com mulheres de classes populares, Victora (1991) observou, ainda, que a maternidade é altamente valorizada. Nesse contexto, a mulher-mãe percebe-se como

um ser muito especial, como se os trabalhos e dificuldades passadas, não apenas no parto, como no próprio cuidado do filho, enaltessem a imagem da mulher.

Para Leal e Fachel (1999), as estratégias matrimoniais nas vilas periféricas de baixa renda obedecem a certos padrões. Nesse contexto, a gravidez na adolescência é valorizada como indicador de compromisso afetivo, e não é encarada como um problema.

O fato de meninas das classes populares ajudarem desde pequenas a cuidar dos irmãos, exercendo uma maternidade precoce (VIÇOSA *et al.*, 1996) pode também colaborar para a naturalidade com a qual muitas aceitam a maternidade, e a competência com que a exercem. A experiência e conhecimento para lidar com crianças favorecem que a adolescente se comporte como uma adulta e assuma com responsabilidade esse cuidado.

Observou-se no presente estudo que as adolescentes entrevistadas desempenharam as funções maternas praticamente sozinhas. Todas cuidaram de seus filhos, e mesmo as mais jovens demandaram pouca ajuda. Pareciam orgulhosas de seu desempenho. Na segunda visita domiciliar, aos dois meses de vida, todos os bebês estavam em satisfatório estado nutricional, bem como de higiene corporal e do vestuário.

Outra característica social apresentada pelas adolescentes foi a dependência econômica da família. Entre as 15 adolescentes estudadas, foram encontrados diversos arranjos familiares. Na maioria deles, preponderou a dependência da família de origem, principalmente da família da adolescente. Entretanto, foram encontradas adolescentes que haviam estabelecido vínculo mais forte com a família do companheiro do que com sua própria. São elas:

- a) Paula, que morava com o companheiro, na casa da mãe dele;
- b) Julia, que morava em sua própria casa, nos fundos do terreno dos sogros. Por não terem água em casa, compartilhavam suas instalações hidrosanitárias;

- c) Fernanda, que morava em sua própria casa, nos fundos da casa dos sogros;
- d) Beatriz, que antes de nascer o bebê e enquanto não fosse concluída a construção de sua casa, pretendia morar no apartamento da sogra, mas os conflitos que surgiram em torno de sua intenção de trabalhar fora a fizeram mudar-se antes do momento previsto;
- e) Andréia, que morava em sua própria casa; entre a primeira e a segunda visitas domiciliares, seu companheiro necessitou fazer uma cirurgia e, para facilitar sua recuperação, uma vez que em sua casa haviam escadas, passaram duas semanas na casa da sogra.
- f) Natália e Vitória, que tinham suas próprias casas, ao lado da casa de seus sogros; embora estas duas, ao nascerem seus filhos, e estando seus companheiros desempregados, pediram a suas mães e elas aceitaram que morassem com elas por uns tempos até que a situação financeira melhorasse.

Em um terço das participantes houve mudanças, inclusive de domicílio, durante os dois meses em que elas foram estudadas. Essas modificações pareceram estar relacionadas ao nascimento da criança. Vitória, na maternidade, forneceu o endereço de sua mãe, onde estava com os dois filhos, nas duas visitas domiciliares. Entretanto, a mãe, presente nas duas entrevistas, disse que a filha tinha sua própria casa onde morava com o esposo, mas como ele estivesse desempregado, a filha passava uns tempos (segundo suas palavras) em sua casa, onde haviam mais recursos. Lia, na maternidade, forneceu o endereço de sua mãe e disse morar com ela e os irmãos. Entretanto, na primeira e segunda visitas, estava morando com o pai da criança, em casa dele, não muito distante da casa da mãe. Natália, na maternidade, forneceu o endereço da mãe, onde passaria uns tempos depois do parto, devido ao

desemprego do marido. Paula, na maternidade, forneceu um endereço distante cerca de 80km do centro de Porto Alegre; devido a um desentendimento familiar, mudou-se com o companheiro e o filho para a casa da sogra, onde foi encontrada na primeira e segunda visitas. Beatriz, na maternidade, forneceu o endereço da sogra, onde morava por ocasião da primeira visita e onde pretendia ficar até concluir a construção de sua casa. Na segunda visita, em função de desentendimentos, já estava morando em sua casa, ainda não totalmente concluída.

Há relato feito pelas adolescentes, das mudanças provocadas pela maternidade. Uma delas sintetizou, de forma emblemática, essas mudanças. Ao ser questionada se sua mãe conversara sobre amamentação, afirmou:

(...) antigamente eu não ficava dentro de casa, eu era muito rueira, então não tinha tempo pra conversar sobre essas coisas (...) (Natália, entrevista na maternidade).

3.3 A Adolescente Vivencia a Amamentação

As adolescentes estudadas demonstraram ter conhecimentos sobre amamentação, que muitas reconheciam e admitiam ter adquirido ao cuidar ou apenas observar o cuidado dispensado às crianças, por suas mães e por outras mulheres.

No presente estudo, analisando o comportamento frente à amamentação sob o ponto de vista da idade da nutriz, observaram-se algumas diferenças. Entre as cinco adolescentes que, aos dois meses, ofereciam apenas leite materno, sem a adição de nenhum líquido ou alimento, ou seja, aleitamento exclusivo, encontravam-se algumas das mais jovens – Cristina e Fernanda, de quinze anos. Estas demonstraram segurança em sua decisão, tendo rejeitado conselhos para oferecer fórmula infantil a seus filhos, parecendo ter adquirido essa confiança

em si mesmas junto a sua família, em contato com suas mães. Ambas demonstravam muita convicção em sua atitude ao alimentar seus bebês:

Até os seis meses tem que dar só o leite [materno], acho que não pode dar outras coisas (Cristina, entrevista no domicílio).

Eu acho que é melhor pra ele só o meu peito dando ta bom, nada de mamadeira, nada, nem chá, essas coisas (Fernanda, entrevista no domicílio).

Cristina mencionou ter participado de um grupo de gestantes, no hospital, onde foi orientado o aleitamento exclusivo. Fernanda não mencionou nada semelhante, parecendo ter adquirido essa confiança em seu meio familiar, sem influência de profissionais de Saúde.

Entre as adolescentes que alimentavam seus bebês predominantemente com leite materno, aos dois meses de vida da criança, foi observado apoio da família de modo favorável ao aleitamento. Isso leva a supor que o envolvimento da família entre essas adolescentes tenha afetado intensamente o aleitamento, superando alguma desvantagem eventualmente relacionada a imaturidade característica da adolescência. Para Osis *et al.* (2004), o desejo de amamentar, embasado no valor que a própria nutriz e pessoas significativas para ela – como sua mãe - atribuem ao aleitamento materno, é um fator relacionado à decisão de iniciar a amamentação. Viçosa (1993) observou, entre adolescentes consideradas como adequadamente acompanhadas, durante a gestação, com pelo menos seis consultas de pré-natal, mais de 55% amamentando por mais de seis meses.

Aos dois meses, quatorze das quinze adolescentes alimentavam o bebê com seu leite. Apenas uma, Beatriz, já havia abandonado definitivamente a amamentação, quinze dias antes, embora, na maternidade, houvesse afirmado:

[penso em dar o peito para meu filho] até quando ela quiser (Beatriz, entrevista na maternidade).

Das quatorze adolescentes que amamentavam aos dois meses, oito ofereciam, como única fonte láctea, o leite materno. Entretanto, não consideravam como problema oferecer

líquidos adicionais à criança, padrão que ocorre com frequência em nosso contexto e que caracteriza o aleitamento não-exclusivo e o início do desmame. Vale ressaltar que orientações no sentido de oferecer outros líquidos e outros leites foram relatadas pelas adolescentes como sendo não apenas oriundas de familiares, mas também de profissionais, revelando a existência de conhecimentos desatualizados na rede de assistência à Saúde.

Entre as quatorze adolescentes que amamentavam aos dois meses, portanto, encontraram-se diversos padrões de aleitamento: cinco amamentavam exclusivamente; três ofereciam leite materno e chá, e seis ofereciam outro leite além do materno. Embora estudos sobre prevalência do aleitamento tenham encontrado menores índices entre adolescentes (FROTA; MARCOPITO, 2004), no grupo estudado encontrou-se alta prevalência de amamentação aos dois meses, embora não exclusiva, em mais da metade das nutrizes.

Com relação à intenção de amamentar manifestada na maternidade, observou-se que quatro adolescentes mencionaram a predisposição de amamentar até seis meses. Três delas foram categóricas, justificando a necessidade de interromper o aleitamento para estudar. As intenções das adolescentes revelam desconhecimento da importância de amamentar além de seis meses e da possibilidade de manter a produção do leite por meio da sua retirada (ordenha), prolongando o aleitamento mesmo se afastadas de seus filhos. Parecem evidentes a desinformação e a falta de apoio, que eventualmente poderiam ser interpretados como falta de interesse em amamentar. A falta de informações é preocupante por revelar que, no hospital onde nasceram seus filhos, as nutrizes podem não estar sendo adequadamente orientadas sobre como amamentar caso necessitem afastar-se de seus filhos. Este hospital é detentor do título “Hospital Amigo da Criança”, há vários anos.

No grupo de adolescentes estudado, com relação à existência de companheiro, observou-se que as adolescentes em sua maioria tinha companheiro, embora em diversos arranjos familiares. Encontrou-se desde a adolescente sem companheiro e sem renda, com

dois filhos, aos 16 anos, vivendo com sua família (Bruna), até a primípara de 19 anos vivendo com seu companheiro, com renda própria, em sua própria casa (Andréia).

Ainda quanto ao aspecto aleitamento e relacionamento marital, observou-se relação entre a harmonia ou presença de conflitos com a intensidade da amamentação. Nicole, uma adolescente que se separara do companheiro no início da gestação, comentou:

(...) disse que vai na psicóloga desde o começo da gravidez, porque se separou e vivia muito triste, não comia direito...no começo, não gostava da psicóloga e da terapia, mas agora gosta porque se sente bem melhor (Nicole, observação no domicílio).

Nicole revelou mágoa em relação ao seu companheiro, de quem se separara no início da gestação, o que motivou que fosse encaminhada a tratamento psicoterápico. Essa adolescente, aos 15 dias, já oferecia outro leite para seu bebê além do seu próprio. Essa necessidade pode ter sido decorrente de seu abatimento e tristeza, que interferem na produção do leite humano.

Observou-se uma aparente relação entre o estado emocional e o aleitamento. A tranquilidade e segurança manifestadas pelas adolescentes que amamentavam exclusivamente, ou quase exclusivamente (oferecendo leite materno e chá ou água), contrastava com a percepção da pesquisadora em relação à tristeza de Nicole, à impotência de Julia, à agitação de Vitória e de Paula, ao isolamento de Manuela, todas em aleitamento misto, e à ansiedade de Beatriz, que por ocasião da segunda visita domiciliar já havia abandonado totalmente o aleitamento materno.

Observou-se que, frente a situações desafiadoras e recebendo informações e apoio, algumas adolescentes – como Vitória – sentiram-se encorajadas a retomar o aleitamento materno exclusivo:

A doutora do Hospital [da Pediatria, onde a filha internou por meningite] disse para mim continuar a dar o Nan em casa, que ela [a filha] tomava muito bem lá. Ela falou para ferver as mamadeiras e bicos uma vez por dia. [Porém] as enfermeiras falaram para não dar outro leite, não dar chá, não

dar bico. Aí eu dei o Nan pra ela até a semana retrasada, agora ela está só mamando no peito (Vitória, entrevista no domicílio).

Algumas das adolescentes mais jovens tendiam a desafiar as recomendações recebidas. Apesar do receio da cólica, algumas ingeriram alimentos tidos como proibidos, e se sentiram aliviadas por não ter havido nenhuma consequência:

Eu comi couve ontem, mas não deu cólica (Beatriz, entrevista no domicílio).

Uma das primeiras recomendações recebidas pelas adolescentes e relatadas por elas refere-se ao uso de chupetas. Gabriela, a esse respeito, relatou que:

Umhas pessoas disseram que era bom, outras que não fazia bem, que ele ia achar que era peito e não ia querer mais. Não fiquei com medo que isso acontecesse (Gabriela, entrevista no domicílio).

O comentário ouvido por Gabriela também faz pensar sobre as diferentes influências que a nutriz recebe, por vezes contraditórias. Provavelmente, ao optar por usar a chupeta, ela seguiu o caminho mais conhecido em seu meio, aquele que sua família usa. Para que um profissional possa ajudar uma nutriz nessa situação, é preciso conversar com ela de modo empático, a fim de saber o que ela pensa. Limitar-se a afirmar que a atitude da adolescente está errada pode levá-la a perder a confiança em si mesma. Por outro lado, receber informação adequada ao momento permite que a nutriz tome decisões por conta própria, com consciência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

A justificativa das adolescentes mais freqüente para o uso da chupeta foi a confiança da nutriz em que ajudasse a acalmar a criança:

Dou bico porque ela chora muito, prá acalmar um pouco (Natália, entrevista no domicílio).

Eu acho que o bico acalma bastante eles (Vitória, entrevista no domicílio).

Entretanto, o acalmar o bebê parece estar relacionada com o controle do choro:

Está chupando bico de vez em quando, porque chora muito (Natália, entrevista no domicílio)

Bico, só quando chora (Marta, entrevista no domicílio)

A nutriz mais jovem do grupo mostrou-se segura a ponto de dispensar a chupeta para manejar o choro de sua filha:

Bico ela não pegou (Janice, entrevista no domicílio).

A nutriz informou que ofereceu chupeta a sua filha, porém não insistiu. Isso parece significar que, para ela, a chupeta não seria indispensável, tendo encontrado outras formas de confortar sua filha quando chorava. Observou-se que recomendar às nutrizes que não usassem chupetas não seria suficiente, pois neste estudo constatou-se que as chupetas, compradas com antecedência, foram usadas na maioria dos casos assim que o bebê chegou em casa.

Dois primíparas afirmaram:

Quem comprou o bico pra ela fui eu mesma, antes de ela nascer (Natália, entrevista no domicílio).

Eu já tinha bico (chupeta) antes dele nascer (Gabriela, entrevista no domicílio).

Tal nível de convicção leva a refletir sobre a importância de conversar sobre chupetas durante o pré-natal, bem como discutir com as gestantes maneiras alternativas de consolar a criança, destacando a importância do contato pele-a-pele entre mãe e filho.

Em alguns momentos percebeu-se que adolescentes, mesmo as de mais idade, pareciam infantilizar-se ao lidar com questões do bebê. Como a forma carinhosa com que a mamadeira foi chamada por uma das nutrizes:

Dou o chá na “didita” (Manuela, entrevista no domicílio).

Essa maneira de referir-se à mamadeira sugere uma relação amistosa, de confiança, que provavelmente não se romperia ante a afirmação de um profissional de Saúde de que não deveria ser utilizada.

Na primeira visita da pesquisadora, observou-se que o bebê da adolescente mais jovem do grupo, Jaqueline, apresentava peso abaixo do verificado no nascimento, e que o fato não era motivo de preocupação para ela. Era uma criança considerada, pela adolescente, como

boazinha, pois dormia por longos períodos. Lowdermilk (2002) destaca, a esse respeito, o risco de abuso e/ou negligência que correm filhos de adolescentes, devido ao desconhecimento sobre o crescimento, desenvolvimento e cuidados com a criança. Na segunda visita, entretanto, a adolescente demonstrou estar atenta ao desenvolvimento de seu filho:

no peito eu do pra ela agora, ela pega, boto na cama e se acorda ligeirinho (Janice, entrevista no domicílio).

Nas primeiras entrevistas realizadas no domicílio, cerca de quinze dias após o parto, algumas nutrizes comentaram encontrar dificuldade em alimentar-se devido a ocuparem a maior parte do seu tempo com os cuidados ao bebê. É uma ocasião onde o apoio à nutriz assume fundamental importância; receber alimentos por meio de outra pessoa pode trazer energia e conforto, fazendo-a sentir-se valorizada:

Às vezes não consigo almoçar por causa do nenê (Gabriela, entrevista no domicílio).

Algumas das adolescentes mencionaram sentir mais sede agora que estão amamentando, o que tem modificado seus hábitos de hidratação:

Eu sinto sede. Tomo muita água. E quando tenho tomo suco. Parece que não vai passar a minha sede! (Lia, entrevista no domicílio).

Apesar da informação disponível a respeito da amamentação, em alguns locais ainda é recomendado às nutrizes um incremento da ingestão de líquidos com a intenção de aumentar o leite. Akre (1994) menciona que essa recomendação, embora encontrada, por vezes, na literatura contemporânea, não encontra respaldo em evidências científicas. Entretanto, se a ingestão hídrica for pequena, observa-se que a urina da nutriz apresenta-se concentrada e ela relata sede. Recomenda o autor que as nutrizes bebam líquidos em quantidade suficiente para satisfazer a sede e manter a urina diluída. Nutrizes que não costumam se hidratar com frequência deveriam ser estimuladas a manter a seu alcance, durante a mamada, um copo de líquido de sua preferência (ARAÚJO, 2002).

Mesmo as mais jovens como Jaqueline demonstraram ser capazes de atender às necessidades de seus bebês. Em seus comentários, revelaram a prioridade dada a essas necessidades, e também uma certa satisfação com o reconhecimento de seus esforços:

Não durmo bem porque acordo toda hora pra ver se está tudo direitinho, e quando o nenê chora (Vitória, entrevista no domicílio).

Estou me sentindo um pouco cansada. É um desgaste, ficar a noite toda com ela, que as vezes custa a dormir. Às vezes eu durmo um pouquinho mais depois do meio-dia, no meio da tarde eu continuo com sono. Minha mãe me deixa dormir porque é desgastante cuidar de criança. (Natália, entrevista no domicílio).

De acordo com Worthington-Roberts e Rees (1985), uma das características presentes em adolescentes com melhor prognóstico da gravidez é de conseguir, em função de um nível emocional de maturidade, retardar sua própria gratificação, em detrimento da gratificação de seu filho.

A maioria das nutrizes estavam disponíveis o tempo todo para seus bebês, e não percebiam problemas com a amamentação sem horários fixos, com a livre demanda:

Ela chora um pouquinho e Vitória já oferece o peito (Vitória, observação no domicílio).

Esta adolescente demonstra orgulho por ser a única responsável pelo bem-estar do bebê:

Levei no médico e ele disse que o nenê tá bem. Engordou bastante, tá bem gordinho, bem bochechudo (Natália, entrevista no domicílio).

Algumas adolescentes são capazes de renunciar a pequenos prazeres, por acreditarem que, com isso, podem evitar desconforto a seus bebês:

Deixei de tomar chimarrão porque dá cólica nele...daí não tomei mais (Beatriz, entrevista no domicílio).

Estou evitando salgadinhos, Nescau, chimarrão, por orientação de uma tia que é enfermeira. Ela disse que podia dar dor de barriga no nenê (Cristina, entrevista no domicílio).

As dificuldades e ansiedades vividas pela nutriz adolescente quanto ao aleitamento são semelhantes às encontradas na literatura, em estudos envolvendo mulheres adultas.

As adolescentes em situação econômica desfavorecida mostraram-se preocupadas por entenderem indispensáveis à sua dieta líquidos e alimentos consagrados pelo conhecimento popular. A crença de que a ingestão de leite bovino possa melhorar a qualidade do leite humano, no caso da aquisição do produto ser dificultada pela situação financeira da família, pode induzir a adolescente a preocupar-se ante a possibilidade de prejuízo da qualidade/quantidade do leite materno. Esta preocupação foi evidenciada nessa fala:

Não tenho dinheiro para comprar leite para beber à vontade, porque minha mãe saiu do emprego (Fabiana, entrevista no domicílio).

Por outro lado, as limitações econômicas poderiam estimular as adolescentes a amamentar:

Não tenho condições de comprar leite [para o filho] [por isso vou dar somente meu leite] (Bruna, entrevista no domicílio).

Entretanto, um comentário posterior revelou outra face da questão:

Se ganhasse o leite, aí sim, é coisa diferente (Bruna, entrevista no domicílio).

Portanto, se ela não precisasse comprar, ou seja, caso ganhasse leite, consideraria a possibilidade do aleitamento artificial de seu filho, revelando o modo como está presente a crença de que o aleitamento por fórmula é aceitável.

Uma das nutrizas optou por retomar sua carreira profissional de cantora em grupo musical popular, voltando ao trabalho cerca de um mês depois do parto, atendendo a uma oportunidade que a seu ver merecia ser aceita. Optou por apostar em outra carreira, além da doméstica, e estava pagando o preço dessa opção, pois precisava afastar-se do bebê várias horas a cada vez, três a quatro vezes por semana. Isso a fez sofrer, principalmente nas primeiras vezes em que se afastou do bebê; porém estava consciente de que fazia isso para abrir perspectivas profissionais para sua vida:

Quando foi cantar pela primeira vez, sem poder levar o nenê, foi chorando e voltou chorando (Paula, observação no domicílio).

Outro aspecto a destacar são mudanças com relação a padrão de sono/repouso. Em função dos cuidados ao bebê serem diurnos, as adolescentes precisam adaptar-se ao ciclo sono/repouso do bebê e enfrentar o desconforto que isso pode trazer (LUZ, 1999).

Todas as adolescentes do estudo assumiram os cuidados a seus bebês integralmente, dia e noite. Em nenhuma delas foi observado que contasse com a ajuda de sua mãe ou outras pessoas para prestar esses cuidados. Matos e Madeira (2000) destacam uma certa incoerência entre o discurso dos profissionais de Saúde e da mídia sobre os inconvenientes de ser mãe na adolescência e a prática real de cuidar do filho pelas adolescentes. Matos e Madeira (2000) em seu estudo encontraram evidências de que a maneira como a adolescente cuida do filho não difere da mãe adulta.

Poucas adolescentes do estudo afirmaram que seus bebês choravam, a seu ver, de modo excessivo. Ainda assim os comentários sobre choro foram perceptivelmente mais freqüentes na primeira entrevista domiciliar. Uma das nutrizes, cujo bebê estava recebendo leite em mamadeira com mais freqüência do que o seio, disse que

(...) ele chorava e não conseguia pegar o peito (Nicole, entrevista no domicílio).

Para Nicole, este fato foi considerado um indício de que o seu leite não estava sendo suficientemente bom para a criança. Vale observar que todos os outros bebês também choravam, porém as nutrizes que não identificavam nesse choro sinais reveladores de problemas no seu leite continuavam amamentando na segunda visita, aos dois meses, e pareciam tranqüilas quanto a esse aspecto.

Por ocasião da primeira visita domiciliar, cerca de quinze dias após o parto, a maioria dos bebês estava recebendo somente leite materno, apesar de alguns também receberem líquidos em freqüência variável, através de mamadeira. Seis delas afirmaram nunca ter

oferecido nada além do leite materno, por motivos diversos. Duas delas expressaram receio de que o oferecimento de líquidos levasse o bebê a recusar o peito:

Não dou chá, é muito cedo, tenho medo que ele largue do peito (Bruna, entrevista no domicílio).

Não dou água ou chá, tenho medo que ela não aceite mais o seio (Cristina, entrevista no domicílio).

Quanto à aparência do leite, uma nutriz expressou sua preocupação da seguinte forma:

O leite do peito, lá no Hospital, vinha amarelado, e agora vem uma água transparente e depois uma água esbranquiçada (Manuela, entrevista no domicílio).

Uma das nutrizes que oferecera leite de vaca a seu bebê parecia estar esperando para ver se esse leite faria mal. Como não identificasse nenhum sinal revelador de mal-estar e nem de prejuízo ao aleitamento, deduziu que o leite não estava causando problemas, e assim manteve a alimentação artificial:

O leite que eu dei não fez mal assim pra ela. Ela mama bastante no peito (Julia, entrevista no domicílio).

A palavra água lembra um líquido ralo, e esta nutriz fez diversas referências a seu leite ser fraco. Na segunda visita domiciliar, o bebê recebia predominantemente leite artificial, indicando que as dúvidas parecem afetar a continuidade da amamentação.

Em outro momento, duas nutrizes afirmaram que a reação de seu bebê as fez pensar que o leite materno poderia não estar sendo suficiente para atender a suas necessidades, e isso justificaria o fato de estarem oferecendo outro leite além do seu:

O meu leite começou a diminuir muito, quase nem...[vinha] a nenê chupava, chupava, ficava nervosa, ficava braba até, e não descia o leite. Vinha um pouquinho e parava (Manuela, entrevista no domicílio).

Por sua conta deu algumas mamadeiras de leite de caixinha porque o bebê chorava de fome (Nicole, observação no domicílio).

Percebe-se que quando a nutriz desconhece aspectos básicos da fisiologia da lactação, e por outro lado conhece as explicações populares comuns, ela necessita ser ouvida e receber a informação essencial, que seja suficiente para restabelecer sua confiança.

O desconhecimento das características da evacuação normal de bebês amamentados mostrou-se fonte de preocupação a ponto da mãe sentir-se aliviada quando, ao trocar o leite materno por outro leite, as fezes, a seu ver, tornaram-se normais:

Faz cocô melhor agora, com o peito era de três em três dias (Nicole, entrevista no domicílio).

O resfriamento da criança tem sido associado com cólicas, em mulheres de todas as idades. Fernanda, aos quinze anos, revelou esse conhecimento popular em sua preocupação com o bebê:

Eu estou sempre cuidando pra não deixar dar cólica. Cuido (...) pra ele não ficar com muito frio, não deixar muito à vontade, os pezinhos frios, não pegar vento, as roupinhas dele estou sempre cuidando pra não pegar sereno” (Fernanda, entrevista no domicílio).

3.4 A Superação das Dificuldades da Amamentação

A maioria das adolescentes relatou ter encontrado algum tipo de dificuldade. A seguir, serão relatadas as que mais chamaram a atenção, e como foram manejadas.

As adolescentes tendiam a referir-se às dificuldades iniciais da amamentação como algo de pouca importância, provavelmente porque era dessa forma que eram encaradas pelas pessoas ao seu redor, inclusive pelos profissionais de Saúde. Entretanto, isso pode indicar pouca valorização dos cuidados que as nutrizes necessitam receber. O fato de não os receberem, e de não serem adequadamente orientadas para sentirem-se realmente confortáveis com a amamentação pode tornar-se causa de desmame.

Algumas nutrizes relataram traumas mamilares provocados pelas primeiras mamadas, que parecem ser encarados com naturalidade:

Relata que teve figo num peito, usou pomadinha que ganhou no hospital por mais ou menos 4 dias (Fabiana, observação no domicílio).

No hospital, eu tive uma bolha de sangue e sentia um pouco de dor, ficou umas casquinhas (Cristina, entrevista no domicílio).

No começo eu tive umas feridinhas no bico do peito, e daí eu comecei a dar prá ele e saiu. Agora não tem problema nenhum (Gabriela, entrevista no domicílio).

Nos primeiros dias quando eu vim para casa deu uma rachadinha, mas agora está tudo normal (Fernanda, entrevista no domicílio).

Nos primeiros dias do puerpério, enquanto a amamentação não está plenamente estabelecida, surgem muitas dúvidas (MALDONADO, 1997). Nesses momentos, a nutriz está fragilizada e necessita muito de apoio. Entretanto, na maioria das vezes, a ajuda que recebe interfere na amamentação. Essa interferência parece ser importante no caso das adolescentes, duplamente fragilizadas, por encontrarem-se simultaneamente em duas fases de transição.

Uma das nutrices, primípara aos quinze anos, foi capaz de superar sozinha momentos de dúvida, quando necessitava de apoio e recebeu, ao invés disso, indicação para usar outro leite, ainda no hospital. Relatou ter participado de uma aula sobre amamentação durante o pré natal, o que, somado ao enfático apoio de sua família, parece ter contribuído para a convicção demonstrada de que não era necessário dar ao bebê fórmula infantil:

Na maternidade tinha pouco leite e a nenê chorava muito de fome. Queriam dar Nan e o pediatra recomendou; não dei porque não quis dar outro leite para minha filha. (Cristina, entrevista no domicílio).

Outra nutriz percebeu que, apesar de sua vontade de amamentar, existiam outros fatores envolvidos no seu sucesso:

(...) por causa da incomodação, o leite secou (Beatriz, entrevista no domicílio).

Ela percebeu que, apesar de ser ela quem produzia o leite, não era a única responsável pela amamentação, e que a continuidade da produção do leite dependia também do esforço de seus familiares em proporcionar um ambiente de relativa harmonia.

As adolescentes estudadas mostraram-se interessadas no bem-estar de seus bebês, por vezes em detrimento de seu próprio conforto. Os conselhos recebidos por elas, com frequência, pareciam dirigidos ao bem-estar de seu filho, e não ao seu próprio bem-estar. Percebeu-se uma preocupação em ingerir certos líquidos e alimentos, provavelmente porque em seu meio acreditava-se que suas propriedades poderiam ser transferidas ao bebê, através do leite materno:

Estou procurando ingerir mais leite, mais líquido, mais fruta, tudo que seja saudável para ele (Fernanda, entrevista no domicílio).

Outra nutriz, secundária, amamentara seu primeiro filho por volta de um mês e revelara, na maternidade, ter a intenção de amamentar o segundo filho. Entretanto, logo nos primeiros dias, em casa, não se sentiu segura em continuar oferecendo apenas leite materno e procurou a ajuda de um profissional. Em consequência da falta de apoio, nesse momento, repetiu sua experiência com o primeiro filho e passou alimentar a criança da maneira conhecida, em que aprendeu a confiar:

Levei ao médico do posto, só que ele não fala nada, só examina e não fala. A mamadeira eu passei a dar depois da consulta, porque eu achava que o leite estava mesmo...[fraco]. Parece que ela estava pesando três quilos e cem. O médico não falou nada também, por isso eu mudei de médico. (Julia, entrevista no domicílio).

Para outra adolescente o fato de constatar que o bebê estava crescendo no ritmo esperado gerou entusiasmo e favoreceu a continuidade do aleitamento exclusivo:

Relatou que dá só o peito, e nunca pensou em dar outro leite, e que a filha está engordando bastante. (Natália, observação no domicílio).

A preocupação de Julia e Natália com relação aos dados de crescimento leva a refletir sobre a importância, para a adolescente, de conhecer parâmetros para avaliar a sua evolução. Critérios subjetivos, como intensidade do choro, podem levar mães inexperientes ou mal orientadas a duvidar da qualidade de seu leite, ainda que estejam presentes indicadores seguros de crescimento adequado.

Fernanda, por outro lado, sintetizou, em poucas palavras, a eficiente ajuda recebida:

Eu acho que o mais importante foi a minha cunhada que me deu, ela disse para mim não dar nada para ele agora, nada de comida, nem agora no calor se eu ficar preocupada em dar uma água (...). Que eu não preciso ficar preocupada,(...) que ele tá com fome, nada. Só o meu leite. (Fernanda, entrevista no domicílio).

Beatriz, que morava com sua sogra por ocasião da primeira visita pós-parto, relatou momentos em que necessitou de apoio. Na primeira entrevista no domicílio sua sogra parecia favorável ao aleitamento, e havia alertado para o risco de alimentar a criança com mamadeira e isso prejudicar a amamentação:

Minha sogra falou que dar leite na mamadeira, ela pode querer largar (...) o peito prá pegar na mamadeira (Beatriz, entrevista no domicílio).

Entretanto, na segunda visita, revelou:

Foi minha sogra que pegou e me falou, dá leite Ninho pra ela que vai sustentar mais, que o meu não estava sustentando né, aí eu dei com arrozina e ela melhorou. (Beatriz, entrevista no domicílio).

Já o bebê de Fabiana esteve internado na Neonatologia, nos primeiros dez dias de vida, segundo a mãe, por infecção no sangue, aparentemente sem contra indicações para ser amamentado. Entretanto, quando a adolescente chegava na Unidade ele já estava alimentado:

Quando chegava na Neo o bebê já havia recebido Nan. Ia lá mas não conseguia amamentar (Fabiana, entrevista no domicílio).

Deve ter sido difícil para a mãe, adolescente primípara, aceitar imediatamente esse filho que nasceu com limitações, necessitando de tratamento, e além disso precisar organizar-se para estar disponível na hora em que seu filho necessitasse mamar. Entretanto, ela parece não ter sido valorizada para amamentar, pelo contrário, demonstrou ter percebido que sua participação não era importante. Parece que há substituto do leite materno em que os profissionais que cuidavam de seu filho confiavam mais do que no seu próprio leite.

A idade da adolescente pode fazer com que os profissionais que a atendem não percebam que ela já tem experiência com filhos anteriores. No grupo de adolescentes

estudadas, três eram secundíparas, e a primeira experiência de amamentação foi frustrante para as três.

Para uma das adolescentes, mãe pela segunda vez e que amamentou o primeiro filho por pouco tempo, dar apenas leite materno se tornou uma meta a ser recuperada:

Ela teve consulta aos dois meses, aí eu comecei a dar mamadeira, porque a doutora do posto liberou. Porque eu disse que minha filha chorava o tempo todo e ela disse que era fome (Vitória, entrevista no domicílio).

Entretanto, a criança precisou ser hospitalizada e a mãe relatou que, durante a hospitalização, recebeu dois tipos de recomendações: alguns profissionais recomendaram que fervesse bicos e mamadeiras, evidenciando uma aceitação da alimentação artificial, enquanto outros recomendaram que voltasse a oferecer apenas leite materno:

Depois do dia 24 [da alta hospitalar] eu dei uma duas vezes a mamadeira pra ela. Mas agora, desde a semana retrasada, ela tá tomando só peito (Vitória, entrevista no domicílio).

A justificativa para suspender a fórmula infantil foram os problemas intestinais:

Parei de dar o outro leite porque ela tava com muita dificuldade pra evacuar, comecei a dar só o peito e agora ela tá fazendo normal, sem botar supositório (Vitória, entrevista no domicílio).

A adolescente Vitória mostrou o quanto estava confusa, em meio a orientações contraditórias de profissionais e de sua própria mãe, que não a amamentou por problemas de saúde.

As três adolescentes secundíparas mostraram-se convictas de benefícios de certas práticas – o uso de chupetas, por exemplo – devido a experiência obtida com o primeiro filho:

Dei o bico desde o primeiro filho. Porque o primeiro até hoje usa [hoje está com três anos]. (Vitória, entrevista no domicílio).

Eu mesma dei pra ela, porque eu dei para ele [o filho mais velho] (Julia, entrevista no domicílio).

Ele usa, pega. Eu me recomendei (Bruna, entrevista no domicílio).

Interessante notar que as três amamentaram pouco tempo seu primeiro filho. Os três, segundo relatos, tiveram dificuldade para mamar; receberam leite de peito e outro leite em

mamadeira e pararam totalmente de mamar no peito com cerca de 45 dias de vida, porque choravam muito. Duas delas tiveram, com o segundo filho, as dificuldades enfrentadas com o primeiro.

3.5 A Participação da Mãe da Adolescente na Amamentação

Para o presente trabalho, optou-se por estudar a participação da mãe no aleitamento, sob a ótica das adolescentes. Este enfoque permitiu conhecer um pouco do que elas aprenderam sobre aleitamento materno na convivência com suas mães, desde a infância.

3.5.1 A Percepção da Participação da Mãe

No primeiro momento, ao serem questionadas sobre a participação de suas mães, as adolescentes negaram esse fato. Porém, durante a coleta de dados observou-se que para as adolescentes estudadas a participação da mãe se deu predominantemente por meio da fala, dos conselhos.

Percebeu-se um certo nível de rejeição da participação da mãe para algumas adolescentes. Nicole, por exemplo, descreveu algumas orientações recebidas de sua mãe e posteriormente, na mesma entrevista, ao ser questionada se a mãe já havia dado algum conselho, disse que não se lembrava. Isso talvez ocorresse porque a adolescente estivesse

querendo negar as orientações da mãe. Em alguns momentos, a participação da mãe foi percebida como pegar no pé, expressão empregada por Vitória para expressar a sensação de interferência da mãe sobre sua autonomia. Não reconhecer a importância da mãe, seu papel influente em suas decisões, poderia ser uma forma de auto-afirmação da adolescente.

Assim, algumas das entrevistadas, embora afirmassem que a mãe não conversou, nem falou nada sobre amamentação, em outros momentos relataram conhecimentos adquiridos com ela, revelando conhecer cuidados que sua mãe teria tido quando a própria nutriz nasceu, ou ao cuidar de seus irmãos. Essa aparente contradição poderia significar que a transmissão desses conhecimentos se deu durante a rotina doméstica diária, e assim a adolescente não reconheceria a transmissão de conhecimento como um aprendizado formal. O conhecimento, transmitido de mãe para filha no dia-a-dia, parecia não ser reconhecido como aprendizado.

O diálogo a seguir, em dois momentos da mesma entrevista, ilustra essa percepção:

A tua mãe já conversou contigo sobre amamentação do teu filho? O que ela te disse? Não, ela não fala nada, não conversou (Fernanda, entrevista na maternidade - primeiro momento).

Ela disse que é bom eu dar o peito, pra ele é muito bom o peito, assim da mãe, que é pra mim enquanto eu tiver leite eu continuar dando (Fernanda, entrevista na maternidade – segundo momento).

Outra adolescente, a mais jovem do grupo, comportou-se de modo semelhante, apresentando, durante a mesma entrevista, afirmações contraditórias:

Não, ela não conversou ainda (Janice, entrevista na maternidade – primeiro momento).

(...) Aprendi um monte de coisas, ela falou hoje aqui, ensinou um monte de coisas, ela me ajudou...(...) (Janice, entrevista na maternidade – segundo momento).

3.5. 2 A Participação da Mãe

Com relação à participação da mãe da adolescente, algumas registraram a vivência de suas mães com relação ao aleitamento, destacando como esta experiência ocorreu, descrevendo aspectos relativos ao tempo de duração ou de intercorrências que suas mães apresentaram durante o aleitamento materno de seus irmãos ou do seu próprio. O fato de uma mulher ter uma experiência de pouco tempo, avaliada pela adolescente como não bem sucedida, poderia invalidar a mãe como modelo para a adolescente, parecendo que a mãe realmente não houvesse ensinado nada:

Com a minha mãe não aprendi nada [...], que ela amamentou pouco, que ela teve pouco leite (Nicole, entrevista na maternidade).

Além disso, o fato de a adolescente ter relatado ainda no hospital essa vivência da sua mãe revela que o aprendizado aconteceu antes do nascimento da criança, durante a gestação ou mesmo antes. Isso demonstra a relevância de uma base sólida de conhecimento, envolvendo as pessoas importantes para a adolescente. Mesmo que a mãe não tenha sido bem sucedida em suas tentativas de amamentar, se tiver oportunidade de compreender os motivos pelos quais sua experiência não foi bem sucedida, poderá superar as dificuldades vividas anteriormente e oferecer o apoio de que sua filha necessita (SCIACCA, 1995).

[...] a minha avó [...] ela mandou minha mãe tomar um chá, daí veio muito leite, foi por isso que ela parou de amamentar - porque tinha muito leite, daí endureceu, isso, daí ela não conseguiu amamentar, aí secou depois (Nicole, entrevista na maternidade).

Nicole estava com 16 anos quando teve seu filho, em 2004. Nicole nasceu no final da década de 80. O estudo de Cavalcanti (1982) sobre os conhecimentos de profissionais de Saúde sobre aleitamento materno demonstrou que, naquela época, havia um desconhecimento quase completo de manejo do aleitamento. As mães nos anos de 80/90 foram ajudadas, por ocasião de seus partos, pelas suas mães, que por sua vez tiveram filhos entre as décadas de 50/60, um período em que o modelo predominante era a alimentação artificial de bebês.

Quando a adolescente sabe que a mãe não tem vivência de amamentação, parece sensato e adequado que ela afirme não ter a mãe ensinado algo que não viveu. Entretanto, mesmo a mãe que não tenha vivência pode ter um papel importante, na medida em que exista um relacionamento afetivo entre elas e que a mãe se mostre interessada no bem-estar da filha:

[a mãe não me ensinou a amamentar] *Só me ajuda mais é posicionar, assim, na teta* (Vitória, entrevista na maternidade).

O fato de a mãe não ter experiência de amamentação parece não impedir que incentive e apóie sua filha a amamentar. A falta de vivência materna poderia enfraquecer esse apoio; porém, se a mãe valoriza o aleitamento, ainda assim sua ajuda pode ser muito importante para sua filha:

Ela sempre diz que ela não pôde dar o peito pra mim. Daí, como sou a única filha, ela me incentiva bastante. Porque ela não pôde, daí ...(...) Ela pegou infecção hospitalar (Vitória, entrevista na maternidade).

Para outras adolescentes, o aprendizado recebido da mãe foi construído por meio da experiência, e a adolescente relata uma intenção positiva da mãe ao repassar-lhe esse conhecimento:

Eu tenho cinco irmãos e...ela me ensinou porque fez bem pros filhos dela e...acho que ela queria passar o mesmo pra mim (Gabriela, entrevista na maternidade).

Eu acho que ela aprendeu sozinha, com a própria experiência dela de quatro filhos (Cristina, entrevista na maternidade).

Há adolescente que recorda a sua própria experiência de ser amamentada prolongadamente:

Eu mamei até os três anos (Andréia, entrevista na maternidade).

A lembrança de ter sido amamentada pode permanecer marcante:

[minha mãe nos] amamentou.(...) Eu me lembro, eu era grande, tinha onze anos e mamava no peito (...) (Bruna, entrevista na maternidade).

[minha mãe] *me falou que quanto mais eu der o peito pra ele, melhor, porque eu mamei até sete anos* (Paula, entrevista na maternidade).

Algumas adolescentes relataram a valorização familiar do aleitamento pela mãe:

[aprendi com minha mãe que dar o peito] *é uma coisa muito importante, é um vínculo de afeto, de afeto mesmo e amor com o bebê* (Andréia, entrevista na maternidade).

(...) *desde pequena [minha mãe] me fala que é bom dar o leite pra ele, porque tem vitamina, essas coisas.* (Fabiana, entrevista na maternidade).

(...) [a mãe disse] *que é importante pra saúde do nenê, pra ele crescer, que é melhor, evita despesa também.* (Vitória, entrevista na maternidade).

(...) *e a importância, né, de amamentar...* (Cristina, entrevista na maternidade).

Entre a maioria das adolescentes que iniciaram a amamentação e mantinham a alimentação de seus bebês apenas com leite materno por ocasião da segunda visita domiciliar, aos dois meses de vida da criança, percebeu-se a atuação prévia de sua mãe, num padrão coerente de apoio e incentivo à amamentação.

[minha mãe disse que] *todos nós mamamos até os três anos de idade [e que] até os seis meses só o peito* (Natália, entrevista no domicílio).

[minha mãe falou que] *tem que mamar no peito* (Bruna, entrevista no domicílio).

[pretendo amamentar] *até os três anos porque a minha mãe diz que é bom. (...) ela me falou que se eu der mamã no peito pra ela até os três anos ela se cria uma criança sadia, é por isso que eu vou dar...* (Lia, entrevista na maternidade).

Ao mesmo tempo em que a mãe parecia incentivar a filha a amamentar, percebia-se também uma certa desvalorização das preocupações e desconfortos que poderiam ser vividos pela adolescente, no momento em que o importante parecia ser cuidar da criança:

Ela disse que é bom pra mim não ficar preocupada com dorzinha, isso e aquilo, causa que não tem nada a ver, sabe, o que importa é alimentar a criança. (Julia, entrevista na maternidade).

Entretanto, há a considerar o aleitamento como compromisso da mãe com seu filho, em certa medida um dever da mulher:

Ela me orientou que eu tenho que dar, que faz bem, que é importante.. (Gabriela, entrevista no domicílio).

As orientações fornecidas pelas mães ocorreram também em relação à prevenção de possíveis problemas com a amamentação:

[minha mãe] *me explicou foi o jeito de dar o bico [do peito], cuidar prá não dar o figo...essas coisas básicas. (...) Procurar não dar só a pontinha do bico, dar todo o mamilo...(...) também cuidar a posição, do jeito que ela ta. Sempre deixar ela mais perto possível. (...) quando ela começar a choramingar, tem que dar o peito.* (Manuela, entrevista na maternidade).

(...) *ela conversou sobre as coisas de rachar o peito, maneiras de pegar (mostra os dedos em tesoura)* (Cristina, entrevista na maternidade).

Me alimentar direito, não dar num peito só, o jeito de segurar ele, o jeito que ele fica mais confortável pra mamar...(Gabriela, entrevista na maternidade).

Percebe-se, entretanto, que algumas das orientações recebidas da mãe, como por exemplo a orientação de dar todo o mamilo, eram incorretas. Parece que a mãe não teve acesso a informações atualizadas, ou que o conhecimento adquirido foi incompleto.

É importante que a mãe participe e incentive a amamentação desde a gravidez. Esse incentivo, porém, pode trazer conhecimentos que entrem em conflito com as orientações fornecidas pelos profissionais. A mãe provavelmente ensinará o que aprendeu quando teve seus próprios filhos:

[A mãe recomendou e orientou a massagem para preparar os mamilos] *antes de eu ganhar né. (...) Três vezes por dia seria bom, porque assim o couro do seio, mesmo, o bico, já ia se acostumando...* (Lia, entrevista na maternidade).

As crenças presentes entre as adolescentes em relação à alimentação são semelhantes a de mulheres adultas que amamentam seus filhos. Estas crenças não diferem daquelas relatadas por Gonçalves (2001), em nosso contexto, para nutrizes adultas.

Ela falou que é pra mim comer legume, essas coisas, pra deixar mais forte o leite (Lia, entrevista na maternidade).

[minha mãe] *falou que tem que tomar bastante líquido, pra ter leite. Comer pouca coisa, assim, gordurosa, assim, essas coisas [...]* (Fabiana, entrevista na maternidade).

Ela até me aconselhou a tomar chimarrão, porque é líquido [...] ela falou que o líquido, né, ajuda a eu ter leite, que sem o líquido eu começo a ficar seca [...]. Muito suco natural, e muito legumes, assim, sabe, folha verde, essas coisas [...] leite com marmelada. (Lia, entrevista na maternidade).

Há entre as adolescentes relatos do uso de chá para tratar cólicas do bebê:

também me ensinou a dar um chazinho assim de vez em quando, ainda pra trocar o gosto do leite assim, pra ela ver a diferença... (Lia, entrevista na maternidade).

[a mãe ensinou sobre os chás que] tem uns que é bom pra cólica, outros né...que toda criança tem, dor de barriga, vento, aquela coisa, prisão de ventre. (Lia, entrevista na maternidade).

Embora a coleta de dados tivesse ocorrido em um período frio do ano, observou-se uma recomendação de chá para acalmar a sede da criança. A recomendação sobre a utilização de água foi justificada pelo sabor do leite materno, que seria levemente salgado:

[dei água] porque minha sogra e minha mãe falaram que ela sente sede, e ela sente cólica, então é bom dar um chazinho pra ela, e a água é bom por causa que o leite é meio salobro. (Beatriz, entrevista na maternidade).

Percebem-se também critérios subjetivos para avaliar a necessidade de líquidos pela criança:

[minha mãe] disse que [minha filha] tava com sede, tava calor né, ela disse que ela sente sede, aí eu peguei o bico dela, molhei na água...e ela só faltou se lambe todinha...(Beatriz, entrevista na maternidade).

4 SÍNTESE E REFLEXÕES

Em sua vivência profissional, atuando em Postos de Saúde como Conselheira em Amamentação, a autora acompanhou adolescentes que amamentavam seus bebês. Observar que muitas pareciam sentir-se à vontade em seu papel de mães despertou o interesse de investigar até que ponto, na intimidade de seu lar, exerciam esse papel e amamentavam seu bebê com autonomia. Através de seus relatos, durante as Consultas de Enfermagem, algumas deixavam a impressão de que sua mãe, com ou sem anuência da adolescente, assumiam os cuidados do seu filho, bem como a tomada de decisão sobre como alimentar essa criança.

Ao iniciar este estudo, a pesquisadora pretendia investigar o envolvimento da mãe da adolescente nutriz na amamentação de seu neto. Esperava encontrar muitas situações em que a mãe da adolescente, no papel de avó, assumiria os cuidados do bebê. Pretendia também conhecer como essa influência se daria. O objetivo inicial do presente estudo tornou-se, portanto, auxiliar profissionais de Enfermagem a prestarem um cuidado mais adequado às necessidades das nutrizes nessa faixa etária. Acreditava que as observações e reflexões feitas sobre a adolescente no ciclo grávido-puerperal e nos primeiros tempos de amamentação de seu filho poderiam contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado oferecido pela Enfermeira e demais profissionais, principalmente em Saúde Pública.

Inicialmente, foi analisada, através da bibliografia, a gestação e a maternidade na adolescência. O embasamento teórico permitiu concluir que a gestação da adolescente, com exceção da extremamente precoce, não apresenta riscos biológicos para a gestante nem para o conceito. Entretanto, uma gestação que transcorre normalmente do ponto de vista biológico, na ausência de cuidado pré-natal e em presença de situação sócio-econômica desfavorável,

pode tornar-se gestação de risco. No decorrer do estudo, foi-se evidenciando a importância do contexto social onde se insere a gestante e posteriormente a nutriz adolescente. Segundo a literatura, uma das condições que tende a levar a adolescente a iniciar tardiamente o cuidado pré-natal, ou mesmo não recebê-lo, é o receio das conseqüências de assumir publicamente a gravidez. Algumas das causas de morte materna prevalentes em nosso meio, freqüentes em primíparas, são observadas em adolescentes. O controle dos fatores desencadeantes das situações de risco de vida para a mãe e seu concepto são detectáveis precocemente, porém necessitam de um adequado controle clínico e laboratorial, sendo então possível o controle de desfechos desfavoráveis para a gestação e o parto. Portanto, é compreensível que vários estudos tenham encontrado associações entre a gestação adolescente e risco biológico. Por outro lado, as adolescentes que recebem atenção pré-natal de boa qualidade, de modo a detectar precocemente sinais de risco, têm as mesmas possibilidades que as mulheres adultas de levar a gestação a bom termo.

A fecundidade da adolescente é uma questão que preocupa os profissionais de saúde e a opinião pública. Entretanto, estudos populacionais têm revelado que o aumento da visibilidade das gestações adolescentes, apesar da pouca elevação da fecundidade nessa faixa etária, deve-se a uma queda acentuada na fecundidade das mulheres adultas. Com base nessa preocupação, fala-se que deveriam ser ensinados métodos anticoncepcionais às adolescentes. Entretanto, a mera descrição dos métodos não parece ser útil. As adolescentes que engravidam em geral revelam deles ter conhecimento, embora na maioria das vezes esse conhecimento seja superficial. Estudos antropológicos, psicológicos e sociais têm demonstrado que as adolescentes, principalmente aquelas sob limitações sócio-econômicas, podem ter motivações próprias para ter um bebê. Desde pequenas, muitas exercem o papel de mãe, ao cuidar dos irmãos menores quando suas mães necessitam trabalhar fora de casa e não dispõem de creche. Cuidar de bebês, portanto, se constitui uma tarefa para a qual estão

preparadas – ao contrário das meninas de classes mais favorecidas, que, oriundas de famílias pequenas, como costumam ser as famílias das classes médias, podem chegar a idade adulta sem ter cuidado de um bebê. Mais do que assumir os cuidados e as preocupações decorrentes da maternidade, elas desejam ser respeitadas pela sociedade como mulheres adultas. Portanto, para alcançar êxito na redução do número de adolescentes que engravidam, urge uma mudança de abordagem da temática, de modo mais amplo, e não apenas limitar-se a divulgação dos métodos anticoncepcionais.

Ao invés de alarmar-se com o propalado aumento do número de adolescentes grávidas, a Saúde Pública deveria voltar-se a melhorar a assistência prestada às adolescentes, oferecendo aconselhamento em anticoncepção específico para essa faixa etária bem como um pré-natal também específico. Principalmente aquelas desfavorecidas economicamente encontram-se desassistidas, correndo riscos desnecessários, pela dificuldade de acesso a esses Serviços. Para que se reduzam as mortes maternas, motivo de um recente Pacto Nacional, é preciso ao mesmo tempo melhorar o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal. Fala-se em reduzir a mortalidade infantil; entretanto, na atualidade cerca de 20% dos bebês nascem de mães adolescentes, e sabe-se que os serviços de saúde em geral não trabalham com o conceito de risco, não oferecendo atendimento diferenciado para populações vulneráveis como adolescentes, múltiparas, gestantes com histórico de abortamento, prematuridade ou baixo peso ao nascer. Em nosso meio, onde até mesmo mulheres adultas, instruídas, experientes, enfrentam dificuldades para realizar um mínimo de consultas de pré-natal, não é de admirar que adolescentes não recebam atendimento diferenciado. Um estudo sobre o acesso aos serviços de pré-natal da Rede Básica por adolescentes que vivenciaram gestações de risco permitiria visualizar as falhas que levam a complicações no pré-natal.

A maioria das adolescentes visitadas no presente estudo mostraram-se à vontade ao desempenhar o papel de mãe, confirmando estudos que identificaram um viés social nesse

achado: meninas sem maiores perspectivas de realização pessoal através de ascensão social, com dificuldades para levar adiante os estudos, encontram na maternidade uma possibilidade de serem valorizadas socialmente.

Quanto ao cansaço físico da adolescente devido ao envolvimento com os cuidados devidos ao bebê, observei pouca valorização pelos familiares. A adolescente que, além de cuidar de seu filho, não se dedicasse também a manter as tarefas domésticas em dia, era chamada de preguiçosa.

Um aspecto interessante observado a partir das primeiras visitas domiciliares, foi a qualidade do cuidado prestado aos bebês pelas adolescentes. A pesquisadora receava que os bebês fossem, na verdade, cuidados pela mãe da adolescente. Entretanto, foi observado que as adolescentes cuidaram de seus bebês tão bem quanto mulheres adultas, e quanto mais esse cuidado era valorizado pela família, maior o empenho da adolescente. Não foram encontrados bebês com higiene deficiente, ou com sinais visíveis de desnutrição, embora algumas adolescentes vivessem em condições precárias.

Programas de distribuição gratuita de leite podem trazer prejuízo à amamentação pela adolescente. Mesmo estando consciente das limitações econômicas em que vive, não é possível garantir que a adolescente mantenha o aleitamento exclusivo caso receba leite gratuitamente. É importante que os diversos Programas vigentes, bem como os grupos voluntários que oferecem assistência social, estejam convictos das vantagens de amamentar, e sejam criteriosos ao oferecer a possibilidade de fornecer leite ou fórmula infantil para adolescentes que tragam alguma queixa de dificuldade na amamentação. Uma das adolescentes estudadas, secundípara, que amamentou seu primeiro filho por cerca de um mês, embora afirmasse diversas vezes sua intenção de amamentar prolongadamente o segundo filho devido a viver em situação de penúria, revelou as conseqüências da distribuição de leite dissociada de programas de apoio a amamentação. Embora manifestasse a intenção de

amamentar, afirmou que, se não precisasse comprar o leite – ou seja, se recebesse gratuitamente – iria oferecê-lo a seu bebê, mesmo sabendo que seu leite estava sendo suficiente.

Outro aspecto observado foi a não valorização dos desconfortos e eventuais problemas desencadeados pela amamentação: fissuras, ingurgitamento, pareciam fazer parte do papel de mãe, e a adolescente precisava mostrar seu valor tudo suportando sem queixas.

Entre as adolescentes estudadas, apenas uma relatou cuidado pré-natal digno de destaque quanto a preparo para amamentar. Foi possível observar, entretanto, que mesmo entre adolescentes bastante jovens, a orientação do serviço de saúde somada a vivência familiar positiva de amamentação mostrou resultado favorável. Adolescentes, embora verbalizando não ter recebido orientações de sua mãe, mostraram-se seguras ao colocar em prática, no puerpério, as orientações recebidas no pré-natal.

A idade não pareceu afetar o desempenho na amamentação das adolescentes estudadas. Foram encontradas nutrizes muito jovens em aleitamento exclusivo nos moldes preconizados pela OMS: apenas leite materno, sem líquidos adicionais. O apoio familiar mostrou-se mais importante do que a idade. Adolescentes mais jovens que amamentavam exclusivamente relataram conhecer a vivência de amamentação de suas mães, e receber seu apoio constante para manter o aleitamento exclusivo. Foram encontradas adolescentes que resistiram a pressões familiares para oferecer líquidos ao bebê. Por outro lado, a adolescente com mais idade que revelou conhecer vivência de insucesso na amamentação por parte de sua mãe mostrou-se mais fragilizada e submeteu-se a sugestões de introdução de outros líquidos e outro leite.

As adolescentes do presente estudo demandaram poucos cuidados. Mostraram-se responsáveis pelo bem estar do bebê, e várias das orientações que receberam – os cuidados com a sua própria alimentação, por exemplo – visavam melhorar a qualidade do leite, em

função da criança, e não o bem-estar da nutriz. Houve relatos de recomendações para ingestão de determinados alimentos, como leite com marmelada, considerados de paladar desagradável, porém consumidos sob supervisão da mãe da adolescente, na convicção de estar beneficiando seu filho.

As adolescentes, no processo de gerar, parir e nutrir seu próprio filho, principalmente as mais jovens, apresentam-se duplamente fragilizadas – pelo processo da maternidade e por estarem num momento especial de suas vidas, numa etapa de transição, onde por momentos assumiam as responsabilidades de adulta e em outros, atitudes que lembravam o caráter infantil. Esse aspecto as torna suscetíveis a influências, principalmente de mulheres mais experientes. Torna necessário receber informações antes do nascimento que possam proporcionar à jovem mãe confiança em si mesma, protegendo-a de opiniões freqüentemente contraditórias trazidas por sua mãe, outros familiares e mesmo pessoas amigas por quem sinta confiança. Cada mulher que amamentou terá uma experiência diferente, e só poderá ensinar o que aprendeu e vivenciou.

Entretanto, em que pese vivências anteriores de cuidado de irmãos menores, não sendo em sua maioria inexperientes no cuidado de bebês, muitas adolescentes do estudo repetiam o cuidado aprendido com suas mães. Várias adolescentes deste estudo relataram interpretar o choro da criança como uma situação popularmente chamada de balda ou manha, não como necessidade de ser confortado. Essa crença, comum em nosso meio entre pessoas que cuidam de bebês, levou a adolescente a ter receio de segurar a criança no colo e assim estar incentivando o hábito de chorar sem motivo.

Outro aspecto importante observado nas adolescentes, em decorrência da gestação e do nascimento da criança, foi a mobilidade dos arranjos familiares e das residências, principalmente entre aquelas oriundas de família de poucos recursos financeiros. Durante os dois meses da coleta dos dados, entre a entrevista na maternidade e a segunda entrevista no

domicílio, muitas delas haviam mudado de residência, algumas mais de uma vez. Isso representou uma mudança também na rede de apoio. Propiciou que a adolescente convivesse com maior intensidade com outros familiares, de sua própria família ou da família do pai da criança. Além da sua mãe, a sogra foi um familiar mencionado por diversas adolescentes como fonte de orientações. Observou-se que mudar da residência da mãe que apoiava a amamentação com informações e práticas adequadas para a casa da sogra que não amamentou e, apesar de querer ajudar, oferecia conselhos equivocados, teve como consequência o final do aleitamento exclusivo e a introdução de outro leite.

Foram observadas diferenças entre as atitudes de adolescentes que moravam em sua própria casa e que moravam, ou “passavam uns tempos” como elas diziam, em casa de parentes. Nessas condições, tendiam a submeter-se aos conselhos e recomendações de sua mãe, o que por vezes dificultou que tomasse iniciativas para manter o aleitamento exclusivo. A maioria das adolescentes que não amamentavam exclusivamente aos dois meses relataram esse tipo de vivência. Entretanto, mesmo residindo em sua própria casa, houveram adolescentes que procuravam constantemente a opinião de suas mães. A mãe que passou por uma experiência mal sucedida de amamentação repassava, com a intenção de ajudar, a sua própria vivência. Na maioria dos casos em que isso ocorreu, iniciou o desmame precoce. Por outro lado, algumas mães tentavam incentivar a filha a amamentar, mas ao enfrentar algum tipo de dificuldade não sabiam como contorná-la, por falta de experiência.

Acompanhar nutrizes adolescentes em seus cuidados com seus filhos, revelou que as suas mães as influenciaram, bem como outras mulheres mais velhas. Entretanto, o receio inicial de que as mães das adolescentes fossem as verdadeiras cuidadoras dos seus netos não se confirmou. Pelo contrário, as adolescentes deste estudo revelaram-se mães competentes e nutrizes orgulhosas de seu desempenho.

A experiência adquirida pela adolescente em decorrência da convivência com a mãe não é reconhecida por ela como um aprendizado. Foi observado neste estudo que a adolescente é, em geral, vulnerável às opiniões e orientações de pessoas próximas, principalmente mulheres mais experientes. Ao surgirem situações que exigiam decisões sobre a amamentação do bebê, observei que as adolescentes mais tranquilas e confiantes não acatavam sugestões indiscriminadamente, chegando a rejeitá-las com argumentação consistente. Sua tranquilidade e confiança pareciam estar fundadas no conhecimento de vivências gratificantes da amamentação por sua mãe e em informações recebidas no pré-natal.

As adolescentes percebiam nas suas mães e nas mulheres mais velhas desejo de ajudar. Ao receber ajuda, fosse sob a forma de cuidados físicos, ajuda nas tarefas domésticas, no cuidado com o bebê, ou mesmo alguma atenção a própria nutriz, como recomendações alimentares, as adolescentes percebiam que estavam sendo cuidadas, confortadas e protegidas, e que estavam recebendo atenção. Essa percepção poderia justificar a frequência com que seguiam os conselhos recebidos, pois a boa intenção percebida pela adolescente parecia tornar válida a orientação. Entretanto, essas informações em diversos casos levaram a adolescente a introduzir chupetas, chás e mamadeiras, como no caso de mães que vivenciaram insucesso na amamentação ou até mesmo não amamentaram por problema grave de saúde após o parto, mas estavam conscientes da sua importância. Essas mulheres demonstraram ter assimilado informações favoráveis ao aleitamento; entretanto, sua ajuda foi limitada pela falta de vivência pessoal do manejo da amamentação.

Presenciar as dificuldades da adolescente ao lidar com a alimentação e os cuidados do bebê pode trazer ansiedade aos seus familiares. As adolescentes, com frequência, receberam diversas informações contraditórias, oferecidas com a intenção de ajudar. Entre as adolescentes que tiveram a oportunidade de observar em suas mães atitudes favoráveis à

amamentação, e receberam informações durante a convivência com ela, desde a infância, bem como informações coerentes durante o pré-natal, foi percebida maior facilidade em lidar com a ansiedade dos familiares. Por outro lado, as adolescentes que não tiveram a oportunidade de observar suas mães prestando cuidados aos seus irmãos ou que vivenciaram experiências maternas conflituosas mostraram-se mais suscetíveis a seguir recomendações de outras pessoas, tornando-se, por sua vez, ansiosas. Conclui-se que, frente a uma mulher que enfrentou dificuldades ao amamentar e não recebeu ajuda de outras mulheres com vivências bem sucedidas de amamentação, e que portanto, desenvolveu confiança na alimentação artificial de bebês e uma atitude desfavorável quanto ao manejo do aleitamento materno, a adolescente que não estiver suficientemente fortalecida pode sentir-se insegura e introduzir outro leite na alimentação de seu bebê.

Apenas uma das adolescentes deste estudo, no terceiro contato (aos dois meses após o parto) não estava amamentando seu bebê. As demais, em sua maioria, embora amamentando, relataram situações desfavoráveis para a continuidade dessa prática. As informações recebidas de familiares, e por vezes de profissionais de saúde, com frequência eram contraditórias e insuficientes, consistindo principalmente em recomendações para uso de chupeta e chás para lidar com o choro do bebê e cuidados com a alimentação da nutriz em função de estar amamentando. Quanto à duração da amamentação, foi relatado por algumas delas que seria importante amamentar até seis meses, denotando uma compreensão limitada das orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. Essa informação ressalta a importância de esclarecer, em Campanhas de Saúde Pública, o período preconizado para a amamentação, que atualmente é de dois anos de idade ou mais, sendo que durante os seis primeiros meses da vida da criança a amamentação deve ser exclusiva – ou seja, sem a adição de nenhum tipo de líquido, outro leite ou alimento.

Foram observadas diferenças no modo de interpretar os sinais de inquietação do bebê. As adolescentes que mantiveram o aleitamento exclusivo até o final da coleta de dados interpretavam esses sinais como necessidade de ser amamentado. Para as que não estavam em aleitamento exclusivo, a inquietação era percebida como sinal de fome e sede, ou seja, significava necessidade de oferecer chupeta, outro líquido (em geral, chá) ou outro leite. Essa interpretação, na maioria das vezes, segundo relatos das adolescentes, seguia a ótica de suas mães.

As adolescentes foram questionadas nas duas visitas domiciliares sobre o que teriam aprendido com suas mães. A vivência da maternidade em família, o fato de ter acompanhado sua mãe nos cuidados prestados a irmãos menores ou outras crianças, ou até mesmo ter ouvido sua mãe ou outras mulheres, como a sogra e outras mulheres próximas, demonstrado ao revelar detalhes dessas vivências, mostrou ter influenciado a vivência da adolescente. A maioria delas afirmava, num primeiro momento, que a mãe nada teria ensinado, embora pouco depois relatassem ter aprendido determinado cuidado com a mãe. Destacou-se a importância do aprendizado em família, na observação do dia-a-dia, que vai sendo assimilado inconscientemente. O fato de a adolescente negar o aprendizado doméstico sobre amamentação, portanto, não significou que não o tivesse recebido.

Observar a importância do aprendizado em família levou a autora a concluir a importância de envolver a mãe da adolescente nos cuidados prestados pela Enfermeira. Este estudo comprovou que o primeiro aprendizado é junto à família, e quando esse aprendizado é qualificado pelo Serviço de Saúde, a nutriz adolescente e seu bebê são beneficiados. Em caso contrário, as informações prestadas pelo profissional poderão vir a ser fonte de discórdia, contribuindo assim para o desmame precoce.

Cabe ressaltar ter sido observado mãe de adolescente que, embora sem vivência pessoal de amamentação, mostrava-se consciente dos seus benefícios. Embora possuindo a

vivência pessoal, transmitiu para sua filha todo o conhecimento adquirido. Entretanto, embora oferecidos com boa vontade, em várias ocasiões essa mãe ofereceu conselhos conflitantes com as recomendações atuais sobre manejo da amamentação. Em geral, as mães cujas orientações foram relatadas no estudo recomendavam à adolescente que amamentasse, mas percebia-se que, em sua maioria, desconheciam o manejo da amamentação, como a importância do aleitamento exclusivo, revelados nas frequentes recomendações para uso de chá, chupeta e fórmulas infantis. Também não viam maior problema em oferecer outro leite em mamadeira, mostrando com isso o desconhecimento de aspectos da fisiologia da amamentação, como o impacto que receber outro leite poderia vir a ter sobre a saúde da criança e a produção de leite pela adolescente.

Com base nas informações coletadas, foi possível perceber a importância das mães das adolescentes terem oportunidade de trocar idéias com os profissionais de saúde. Poderiam se constituir em forte apoio a suas filhas, atuando em sintonia com esses profissionais, ajudando as filhas adolescentes a recordar orientações recebidas. Por meio de esclarecimento de suas dúvidas e de mal-entendidos quanto ao manejo da amamentação, o profissional poderia ajudar a mãe da adolescente a desfazer o mal-estar provocado por informações conflitantes, em geral surgidas nos momentos em que a adolescente mais necessita de apoio. A autora considera fundamental essa troca de idéias da mãe da adolescente com o profissional de saúde, nas diversas etapas do ciclo grávido-puerperal: no atendimento pré-natal, no parto, pós-parto, puerpério, puericultura e pediatria. Esse cuidado poderá ajudar a mulher mais experiente a rever suas condutas, quando não tiver alcançado sucesso na amamentação. Caso contrário, o profissional de saúde estará perdendo uma potencial aliada. Quanto aos profissionais de saúde, cujas condutas foram reveladas pelas adolescentes, observaram-se divergências de condutas e orientações. A ausência de linguagem única revelada em várias ocasiões, do ambiente hospitalar a equipe de saúde da família, revelou um aspecto

preocupante das condutas a respeito da amamentação. mesmo entre aquelas preconizadas na maternidade e na pediatria do hospital onde foi realizada a captação das adolescentes para o presente estudo, que tem o título de amigo da criança, foi possível observar que ainda não há uniformidade. não havendo consenso sobre a relevância de determinadas condutas sobre a amamentação, as nutrízes sentem-se confusas. uma adolescente do estudo, secundípara, recebeu orientação adequada sobre amamentação na maternidade, e cerca de um mês depois, internou o bebê na pediatria do mesmo hospital. em casa, o bebê já estava recebendo leite fluido (fórmula caseira) além do leite materno algumas vezes por dia. o profissional que a atendeu na internação prescreveu fórmula infantil e recomendou à adolescente que fervesse mamadeiras e não oferecesse novamente leite integral. outro profissional, revelando melhor formação para orientar a amamentação, conversou com a mãe e recomendou que voltasse a amamentar e não oferecesse nada além do seu próprio leite. para causar efetivamente impacto e mudar a maneira de lidar com a amamentação, é preciso que os serviços de saúde e os profissionais unifiquem as orientações, guiando-se pelas mesmas diretrizes.

Outra situação que exemplifica a falta de uniformidade de condutas foi a declaração de uma adolescente, das mais jovens, primípara, que recusou durante a noite, na maternidade, a fórmula infantil sugerida para sua filha. Justificou essa atitude apoiada nas informações recebidas no mesmo Hospital, durante o pré-natal, e na vivência de sua mãe, que amamentou prolongadamente a ela e seus três irmãos.

Os Serviços de Saúde, em geral, precisam estar capacitados para acolher a adolescente. Palavras de julgamento ou críticas, mesmo veladas, representam um mau acolhimento. Sentir receio de ir ao serviço de saúde dificulta o acesso ao atendimento. Por outro lado, ser reconhecida como uma gestante em nada diferente da mulher adulta, ainda que em um dia especial dedicado ao atendimento de gestantes adolescentes, possibilitará que ela se vincule e estabeleça uma relação de confiança. Confiar no Serviço de Saúde favorecerá a

procura de cuidados quando necessário, ajudando a superar riscos da gestação, bem como eventuais dificuldades no cuidado com o bebê e na amamentação. Os profissionais de saúde devem abster-se de criticar as condutas e os conhecimentos da adolescente e de sua mãe. Para conquistar e manter a confiança da adolescente é preciso ouvi-la, reconhecendo e elogiando seus esforços. Ao identificar uma conduta que pareça incorreta, à luz dos atuais conhecimentos, seria desejável que o profissional procurasse investigar a fundo a situação, através de perguntas abertas, antes de prescrever outras condutas. Através dos relatos de adolescentes deste estudo, foi constatado com frequência que profissionais de saúde orientam alimentação artificial antes de esgotarem todas as possibilidades de manter a criança em aleitamento materno exclusivo.

Foi observado que as adolescentes agiam de acordo com informações que negavam ter recebido de sua mãe. Tendiam a repetir práticas observadas em sua mãe, evidenciando a importância de que as intervenções visando a promoção do aleitamento materno envolvam a mãe da adolescente, o que evitaria o surgimento de conflitos entre a informação prestada pelo profissional de saúde e pelos familiares. Considero importante que os profissionais respeitem o saber popular, ainda que em momento posterior seja necessário esclarecer determinados procedimentos. O vínculo da mãe da adolescente com o Serviço de Saúde deveria, preferencialmente, iniciar no pré-natal, de maneira que se sinta participante e colaboradora, bem como valorizada por sua experiência e vivência. Aproveitar as oportunidades surgidas nos diversos momentos de contato com o Serviço de Saúde para acolher a mãe da adolescente, discutindo nesses momentos questões ligadas aos cuidados com o bebê pode ajudar a estabelecer uma uniformidade dos conhecimentos entre as pessoas que cercam a adolescente, de modo a proporcionar um ambiente onde a jovem mãe se sinta segura e confiante em sua capacidade de amamentar.

Pouca e elementar informação, recebida de diversos profissionais em momentos adequados, oportunos – ou seja, quando surgir uma dúvida, através de discussões em grupo, ou mesmo quando o assunto for suscitado pelos profissionais, desde a gestação, e, principalmente, coerentes entre si pode ser mais útil do que um discurso prolongado e erudito que parta de um único profissional, em um único momento. Admitindo-se o papel das mulheres mais experientes na construção do conhecimento sobre cuidados com o bebê pela adolescente, torna-se importante que o profissional da enfermagem conheça o contexto familiar e a bagagem cultural dessa jovem mulher, quais são as condutas da sua família, antes de assumir um comportamento prescritivo. Antes de oferecer informações, o profissional deveria procurar conhecer o que a adolescente já aprendeu em sua vivência familiar a respeito da amamentação. Valorizar o conhecimento da família pode tornar o profissional mais próximo, favorecer o estabelecimento de relações de confiança, proporcionando maior segurança à adolescente. Estar capacitado em Aconselhamento, para ouvir com respeito as informações dos familiares, evitando contrariar, negar, diminuir seu valor seria importante para o profissional da Enfermagem que desenvolve atividades de promoção do Aleitamento Materno junto a adolescentes. Deveria também ser capaz de ajudar a adolescente a perceber o quanto demonstra, em suas atitudes, estar repetindo a maneira de sua família de lidar com as necessidades dos bebês.. Conversar com ela e esclarecer pontos de divergência, bem como justificar as orientações com explicações simples de anatomia e fisiologia, por exemplo, pode ser útil para evitar conflitos entre as informações do profissional e o conhecimento familiar.

Profissionais de saúde convictos de que ser nutriz adolescentes não traz nenhum impedimento para a amamentação e que é possível amamentar exclusivamente, que demonstrem em suas orientações não ter dúvida de que a qualidade do leite não é prejudicada devido à juventude da mãe poderão fazer grande diferença nas taxas de amamentação pelas adolescentes. Quando devidamente apoiadas, elas podem ter sucesso no aleitamento nos

moldes preconizados pela OMS – aleitamento exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos de idade ou mais.

Os serviços de saúde, ao acolher a mãe da adolescente e envolvê-la nos cuidados prestados durante a gestação e após o nascimento do bebê, devem estar atentos para não colocar a adolescente numa situação de fragilidade e dependência dos familiares, mas respeitar sua autonomia. É importante evitar que, ao envolver a família, a adolescente tenha a impressão de que isso tenha por objetivo suprir a sua deficiência, ou seja, uma evidência de sua incapacidade de exercer a maternidade. É importante que a adolescente sinta-se valorizada e respeitada como mulher e mãe pelo profissional de saúde, e que sua mãe perceba a importância de estar ao lado da filha, apoiando-a, porém não tomando decisões por ela.

Com base nas observações realizadas durante o presente estudo, sugiro aos Serviços de Saúde que:

- revejam a maneira como está sendo efetivado o repasse de informações à adolescente sobre métodos anticoncepcionais;
- levem em consideração a mobilidade de domicílio e da conseqüente mudança da rede de apoio, o que aumenta a necessidade da adolescente sentir-se segura em seus conhecimentos para fazer frente a opiniões contraditórias;
- incluam a mãe da adolescente no processo de aprendizado dos cuidados com o bebê e amamentação;
- valorizem o saber das mães das adolescentes, o contexto social e bagagem cultural ao prestar orientações.

Sugiro aos gestores de saúde pública:

- que se trate do tema sexualidade o mais precocemente possível, a nível escolar, fomentando as discussões sem receio de estar incentivando um início precoce da atividade sexual;
- que a gestante adolescente conte com um programa de acolhimento em sua escola, que permita a amamentação e a continuidade dos estudos após o parto;
- que a adolescente receba atendimento preferencial no serviço de saúde, para que a gestação seja detectada precocemente e iniciado o pré-natal, favorecendo que sua gestação transcorra em segurança;
- que se inclua a mãe da adolescente no pré-natal, acolhendo-a como uma mulher que pode ajudar a outra mulher, evitando atitudes que façam a adolescente sentir-se diminuída. O tratamento oferecido a ela deve valorizar seu papel como mãe;
- que o Serviço de Saúde forneça orientações e acompanhamento em amamentação e anticoncepção à adolescente a partir de uma precoce consulta de puerpério, de preferência na primeira semana pós-parto.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. 10.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

AKRÉ, James. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil, 1994.

ALMEIDA, Ana Maria de; *et al.* Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF; v.56, n.5, p. 519-522, set/out 2003.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; *et al.* Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p. 566-575, (mês) 2003.

AMAZARRAY, Mayte Raya; *et al.* A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 431-440, 1998.

ANDRADE, Íon Garcia Mascarenhas de; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 20, p. 8-18, fev 2002.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Etnografia da prática escolar**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998.

ARAÚJO, Lylian Dalete Soares de. **Querer/poder amamentar**. Uma questão de representação? Londrina: UEL, 1997.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. *In*: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1-10.

BARDIN, Laurence, **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOEHS, Astrid E.; MONTICELLI, Marisa; ELSÉN, Ingrid. Mulheres falando sobre suas crenças e práticas no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 44, n. 1, p. 36-42, Jan/Maio 1991.

BOHLAND, Anna Klara; JORGE, Maria Helena P. de Mello. Mortalidade infantil de menores de um ano de idade na região do Sudoeste do Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 366-373, 1999.

BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi. **Criança miúda**: o cotidiano do cuidar no contexto familiar. 1997. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos (resolução 196/196). Diário Oficial da União 16/10/96:21082-21085.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Revisão e Avaliação das ações Nacionais para a Implementação dos Princípios e Objetivos do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno**. Brasília, DF: 1991.

BRUNO, Zenilda V.; *et al.* Impacto da gravidez na adolescência: avaliação um ano após o parto ou aborto. **Revista Médica da Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, v. 40, n.1-2, p. 31-40, 2000.

CABRALES ESCOBAR, José Andrés; *et al.* Factores de riesgo de bajo peso al nacer em um hospital cubano, 1997-2000. **Revista PanAmericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v.12, n.3, p.180-184, 2002.

CAMPESTRINI, Selma. **Aleitamento materno e alojamento conjunto**: como fazer? Curitiba: Champagnat, 1992.

CAMPESTRINI, Selma. Amamentação: aspectos antropológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 45, n. 4, p. 285-289, out/dez. 1992.

CAMPOS, Nina Horwitz. La socialización del adolescente y el joven: el papel de la familia. In: MADDALENO, Matilde. **La salud del joven**. Washington, DC: OPS/OMS, 1995. p.112-117.

CIVILETTI, Maria Vittoria Pardal; MENDES, Marisa Ferreira. Gravidez adolescente: problema ou solução? **Revista Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.24-52, junho 1997.

CLOS, Andréia Sampert. **Motivos do desmame de bebês de mães adolescentes**. 2002. 36 f. Monografia (graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

COSTA, Maria C.O; PINHO, José F. C.; MARTINS, Sandro J. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n.3, p. 151-157, 1995.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonne. **Handbook of qualitative Research**. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DONOSO, Enrique; VALDIVIESO, Jorge; VILLAROEL, Luis. Natalidad e riesgo reproductivo em adolescentes de Chile, 1990-1999. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v.14, n.1, p.3-8, 2003.

FONSECA, Ana Lúcia B.; BASTOS, Ana Cecília de S. Maternidade adolescente em contexto cultural: um estudo com mães adolescentes de duas comunidades (uma urbana e uma semi-rural) na Bahia. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.11, n.1, p. 86-98, 2001.

FROTA, Denise Ataíde Linhares; MARCOPITO, Luiz Francisco. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, p.85-92, 2004.

GARCIA, Telma Ribeiro; PELÁ, Nilza Teresa Rotter; CARVALHO, Emília Campos de. **Gravidez pré-conjugal em mulheres adolescentes**. João Pessoa: Idéia, 2000.

GIUGLIANI, Elsa R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. 238-252, dez. 2000.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Da Casa, 2000.

GOMES, Cirlei Célia. Porque as mulheres amamentam prolongadamente. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo**, São Paulo, n. 27, p. 9, agosto 2002.

GOMES, Romeu; FONSECA, Eliane M. G. O; VEIGA, Álvaro J. M. O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 408-414, maio-junho 2002.

GONÇALVES, Annelise C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001.143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza; *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p.13-45, 2002.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENDERSON, L; KITZINGER, J. GREEN, J. Representing infant feeding: content analysis of British media portrayal of bottle feeding. **British Medical Journal**, v. 321, p. 1196-1198, nov. 2000.

KING, Felicity Savage. **Como ajudar as mães a amamentar**. 5. ed. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 1991.

LAWRENCE, Ruth A. **La lactancia materna: una guía para la profesión médica**. 4. ed. Madrid: Mosby, 1996.

LEAL, Ondina Fachel; FACHEL, Jandyra M.G. Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. *In*: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 96-116.

LOWDERMILK, Deltra Leonard. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Anna Maria Hecker. **Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Julio; NAHOUM, Jean Claude. **Nós estamos grávidos**. 10. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1997.

MARIOTONI, Gladys Gripp Bicalho; BARROS FILHO, Antonio de Azevedo. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 107-113, 1998.

MATOS, Regina; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Mãe adolescente cuidando do filho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 4, p. 332-338, dez. 2000.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde, **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília,DF, 1999. p.230-248.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. Genebra, 1997. Distribuição restrita ao Curso de aconselhamento.

_____. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis: declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño**. Ginebra, 2003.

_____. **La salud de los jóvenes**: un reto y una esperanza. Ginebra, 1995.

OSIS, Maria José Duarte *et al.* Aleitamento exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, 172-179. 2004.

OSÒRIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

OSORNO, Jairo. **Hacia una feliz lactancia materna**: texto práctico para profesionales de la salud. Bogotá: UNICEF, 1992.

PARSE, Rosemarie Rizzo; COYNE, A. Barbara; Smith, Mary Jane. **Nursing Research: qualitative methods**. Baltimore: Brandy Communications, 1985.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Nursing Research: principles and methods**. 4.ed. New York: J. B. Lippincott, 1991.

REIS, Alberto Olavo Advincula; ZIONI, Fabiola. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.6, p. 472-477, 1993.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SANTOS JUNIOR, José Domingues dos. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde, **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF, 1999. p. 223-229.

SCIACCA, John P; *et al.* A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding. **Journal of Community Health**, v. 20, n.6. p. 473-490. 1995.

SILBER, Tomás J.; GIURGIOVICH, Alejandra; MUNIST, Mabel M. El embarazo en la adolescencia. *In*: MADALENO, Matilde. **La salud del joven**. Washington, DC: OPS/OMS, 1995. p.252-261.

SILVA, Isília Aparecida. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe, 1997.

SIMÕES, Vanda Maria Ferreira; *et al.* Características de gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo; v.37, n.5, p. 559-65, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A.; LABBOK, M. **Manejo Clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactante**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VARELA, Carlos Becar. **A arte de amamentar seu filho**. Petrópolis: Vozes, 1981.

VIÇOSA, Geraldina. Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.15, n.1, p.65-69, jan/abr. 1993.

VIÇOSA, Geraldina *et al.* Gestação na adolescência. In: SUKIENNIK, Paulo Berél (Org). **O aluno problema: transtornos emocionais de crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Mercado Aberto, 1996. p. 439-451.

VICTORA, Ceres Gomes. **Mulher, sexualidade e reprodução:** representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre. 1991. 201 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WEISSHEIMER, Regina. **Caracterização sócio-cultural de parturientes adolescentes.** 2003. 58f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

WILMOTH, Teresa A.; ELDER, John P. An Assessment of Research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. **Social Science Medicine**, v.41, n.4, p.579-594, 1995.

WORTHINGTON-ROBERTS, Bonnie; REES, Jane Mitchell. Necessidades Nutricionais da Adolescente Grávida. In: WORTHINGTON-ROBERTS, Bonnie; VERMEERSCH, J.; RODWELL WILLIAMS, S. **Nutrição na gravidez e na lactação.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

APÊNDICE A - Roteiro para Caracterização da Adolescente

Nome da adolescente:

Leito:

Idade da adolescente:

Nome do bebê/sexo:

Registro:

Data de nascimento do bebê:

Tipo de parto:

Peso de nascimento do bebê:

Endereço: Rua, nº, aptº, bairro:

Perto de: (ponto de referência)

Pretende mudar de endereço? Quando? Para.....

Telefone:

Melhor horário para visita domiciliar (para encontrar a adolescente em casa):

Dia da semana/ horário:

Estuda? Estudou até que série?

Trabalha fora de casa?

Quem é o responsável por tuas despesas do dia-a-dia?

Qual o valor aproximado da renda familiar atual? Quantos dependem dessa renda?

Qual a intensidade da convivência com sua mãe atualmente?

Tipo de contato/convivência: (mesma residência, mesmo pátio, vizinhança, telefone...)

Data da entrevista:

**APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista com a Adolescente na
Maternidade (1ºContato)**

1. Por quanto tempo pensas dar leite materno para teu filho? Por quê?
2. Tua mãe já conversou contigo sobre a alimentação de teu filho? O que ela disse?
3. No teu entendimento, porque tua mãe disse isso? Em que ela se baseou?
4. O que aprendeste com tua mãe sobre aleitamento?

APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista com a Adolescente no Domicílio**(2º e 3º Contatos)**

1. Tens recebido algum conselho sobre alimentação e amamentação do bebê?
2. Quais são as pessoas que te dão esses conselhos?
3. Que conselhos elas te deram?
4. Tua mãe tem participado da amamentação de teu filho? De que maneira?
5. Tua mãe já te deu conselhos sobre amamentação? Quais?
6. De onde pensas que ela trouxe esse conhecimento (experiência, vivência)? Com quem ela aprendeu?

APÊNDICE D - Roteiro Para Observação

1. Descrição do ambiente da casa (higiene, esgoto, água encanada...)
2. Descrição do cuidado da adolescente consigo mesma (higiene, vestuário, sono/repouso, alimentação/tabus alimentares, hidratação)
3. Descrição do cuidado da adolescente com o bebê: higiene, vestuário, sono/repouso, alimentação (amamentação/hidratação/hábitos orais)
4. Descrição da interação da adolescente com o bebê: tempo de permanência com o bebê, com quem fica o bebê quando a mãe sai; olhar, toque, fala, demonstração de afeto (faz carinho?)
5. Observações quanto à interação da adolescente com sua mãe.

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: O ALEITAMENTO MATERNO PELA ADOLESCENTE: crenças e participação da sua mãe

Orientadora: Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Autora: Celina Valderez Feijó Köhler

Ao assinar este documento, estou concordando em participar da pesquisa acima mencionada, de autoria da enfermeira Celina Valderez Feijó Kohler, mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e orientada pela professora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha.

A pesquisa tem por objetivo conhecer as crenças e a participação da mãe da adolescente no aleitamento materno.

As pesquisadoras esclareceram o caráter voluntário de minha participação no estudo, bem como a possibilidade de minha desistência em qualquer etapa do mesmo. Também ficou esclarecido que as entrevistas serão gravadas para posterior transcrição, e seu registro por escrito será guardado por cinco anos; que durante o mesmo serão tomadas notas de observações realizadas, mantendo-se anonimato e confidencialidade sobre as mesmas. Todas as informações obtidas serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa, e não serão identificadas pelos nomes reais, ou seja, quando da realização do relatório final da pesquisa, a identificação será feita através do uso de nomes fictícios.

Nome do responsável _____

Assinatura do responsável _____

Nome da adolescente _____

Assinatura da adolescente _____

Mestranda: _____

Orientadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

Telefones para contato: (51) 3316-5428 Escola de Enfermagem – UFRGS
(51) 9185-1377

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
29/7/03
WR 03251

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-251**Versão do Projeto:** 16/06/2003**Versão do TCLE:** 29/07/2003**Pesquisadores:**

ANA LUCIA DE LORENZI BONILHA

CELINA VALDEREZ FEIJÓ KÖHLER

Título: O ALEITAMENTO MATERNO: PARTICIPAÇÃO E CRENÇAS DA MÃE DA NUTRIZ ADOLESCENTE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 29 de julho de 2003.


Profa. Themis Réverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PROPESQ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

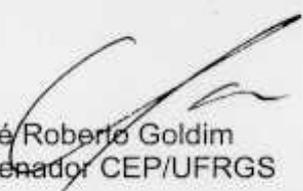
Número:2003124

Título do projeto: O Aleitamento Materno pela Adolescente

Investigador(es) principal(ais): Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha(Orient)/Celina Valderez Feijó Kohler(mestr.)

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião 21, ata 42, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 06 de agosto de 2003.



José Roberto Goldim
Coordenador CEP/UFRGS

