



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

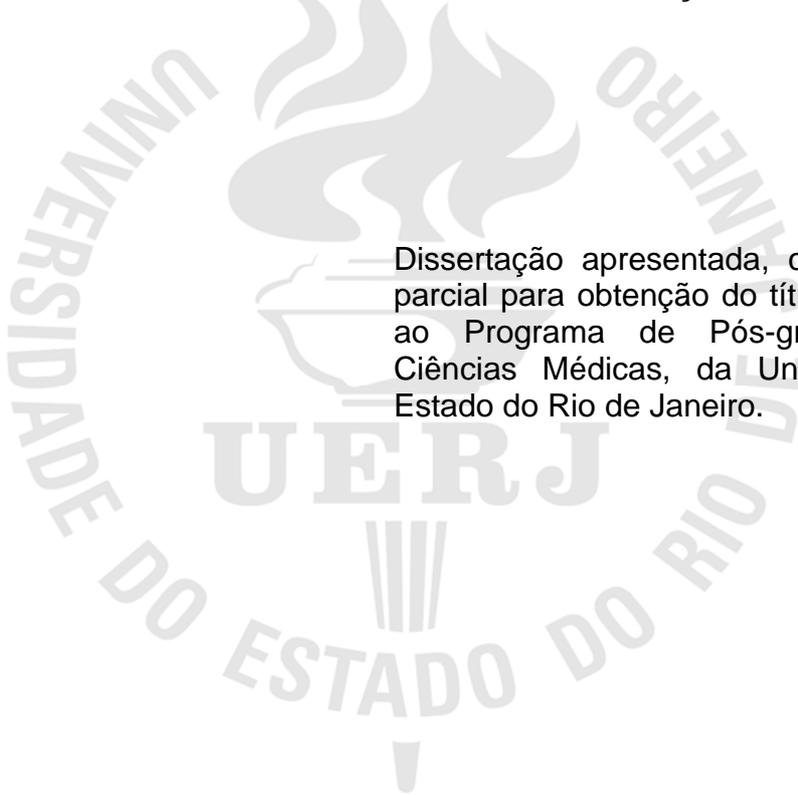
Silvina Beatriz Durhand

**Mães Adolescentes: estudo das vivências de amamentação dos
seus filhos**

Rio de Janeiro
2007

Silvina Beatriz Durhand

Mães Adolescentes: estudo das vivências de amamentação dos seus filhos



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dra.. Evelyn Eisenstein

Coorientador: Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

D961 Durhand, Silvina Beatriz.
Mães adolescentes: estudo das vivências de amamentação
dos seus filhos. / Silvina Beatriz Durhand.
147 f. : il.

Orientadora: Evelyn Eisenstein.
Coorientador: João Aprígio Guerra de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em
Ciências Médicas.

1. Aleitamento materno - Psicologia. 2. Adolescência - Teses. 3.
Mães adolescentes. 4 - Lactentes – Nutrição - Teses. I. Eisenstein,
Evelyn. II. Almeida, João Aprígio Guerra. III. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV.
Título.

CDU 613.953.11-056.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Silvina Beatriz Durhand

Mães Adolescentes: estudo das vivências de amamentação dos seus filhos

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em 16 de agosto de 2007.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Evelyn Eisenstein (Orientadora)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof^a. Dra. Ana Tereza Cavalcanti de Miranda
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^a. Dra. Kátia Sydrônio de Souza
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof. Dr. Franz Reis Novak
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Pedro, por iluminar o meu espaço com a pureza do seu amor, e ao Mateo, simplesmente por existir.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a minha orientadora Evelyn Eisenstein, pelos inestimáveis conhecimentos oferecidos sobre a saúde do adolescente, pelas orientações práticas, mas principalmente pela enorme paciência que tem tido ao longo deste trabalho.

A meu co-orientador João Aprígio Guerra de Almeida, “Mestre-guia”, por ter aberto o espaço no Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira (BLH/IFF) para que esta pesquisa pudesse ser desenvolvida e ter iluminado com sua sabedoria as situações mais difíceis do meu caminhar.

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM), em especial, ao Prof. Geraldo Moura Batista Pereira pelo apoio oferecido nas questões administrativas desde meu ingresso na PGCM.

Ao pessoal do BLH/IFF, Beth, Lúcia, Elaine, Juliana, por ter me permitido integrar suas consultas de Puericultura para poder estabelecer contato com as mães adolescentes e realizar as entrevistas.

A Regina Katz, pela inspiração, a leitura atenta e as valiosas sugestões aportadas a este trabalho, mas acima de tudo, pela sua visão humana e compreensiva sobre a gravidez e maternidade na adolescência, digna de minha admiração e respeito. A minha amiga Regina, pela companhia e as palavras de conforto nos momentos mais solitário deste percurso.

As pessoas mais importantes da minha vida:

A Betty, minha mãe, por ser meu espelho e modelo de mãe, por seu dom de gente, por ter sido o meu relevo nos cuidados do meu filho.

A Carlos, meu pai, por me ensinar a ser uma pessoa de bem, por compreender meu afastamento apesar do sofrimento, por continuar na luta cada dia e todos os dias.

A Gisela, minha irmã, por ter assumido o cuidado de mamãe e papai na minha ausência, por entender que morrer de saudades só nos faz crescer e ficar fortes para a vida.

A Carlos Pablo, meu irmão, pela generosidade com que encara todos os atos da sua vida, por ficar feliz com meu sucesso.

A meus grandes amores:

A Pedro, meu marido, por ter sido meu melhor crítico, meu incentivo, meu suporte e meu remanso ao longo deste trabalho.

A Mateo, meu filho, por ter trazido a minha vida as vivências mais felizes através da maternidade e da amamentação, por seu sorriso encantador, capaz de me fazer esquecer o cansaço e as preocupações.

A todas as pessoas da minha família e amigos que ficaram torcendo na Argentina para que meus empreendimentos dessem certo.

A minhas amigas adquiridas no Brasil: Sara (in memoriam), Aline, Catarina, Claudia e Hazel, minha irmã do coração, pelas palavras de incentivo e o apoio incondicional.

As mães adolescentes, que generosamente aceitaram participar desta pesquisa.

Finalmente, gostaria de agradecer às agências Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que através do Programa de Estudantes Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) financiaram esta pesquisa e fornecem apoio a tantos estudantes estrangeiros.

RESUMO

DURHAND, Silvina Beatriz, *Mães Adolescentes: Estudo das vivências de amamentação dos seus filhos*, 2007, 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

No presente trabalho analisamos a amamentação desde a óptica de um grupo de mães-nutrizes adolescentes de baixa renda, residentes no Estado do Rio de Janeiro. Objetivamos compreender como as mulheres estudadas vivenciavam o processo de amamentação de seus filhos e identificar os fatores que contribuíam para a construção de tais vivências. Partimos do pressuposto de que as mães adolescentes vivenciavam o ser nutriz como uma ação cotidiana que se consolidava ou se desfazia em função de fatores da ordem da natureza e/ou da cultura que permeavam essa prática. Constitui-se de uma pesquisa qualitativa. Participaram 12 mães adolescentes, entre 15 e 19 anos de idade, que estavam amamentando seus filhos durante o primeiro trimestre pós-parto. Os depoimentos das entrevistadas foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática e interpretados à luz do referencial teórico da Pesquisa Qualitativa em Saúde. Para estas mulheres, a essência da prática do aleitamento materno se constrói ao redor de sua preocupação em relação ao sucesso/insucesso da amamentação e do exercício de deveres inerentes ao ser mãe adolescente. Expressam sua preocupação em produzir leite em quantidade e qualidade suficiente, ter mamas aptas para amamentar e conseguir que o bebê mamasse efetivamente. Assim mesmo, manifestam sentir o dever de ser responsáveis e amamentar, vencer o cansaço e a dor, pensar no bem-estar do filho e aceitar as mudanças que a maternidade e a amamentação imprimiram nos seus corpos. Reafirmam o conceito de amamentação como prática histórico-social aprendida. Grande ênfase é dada ao papel do profissional de saúde e do meio social como mediadores da aprendizagem e rede de suporte à amamentação. A partir dos resultados deste estudo sugerimos a necessidade de refletir sobre nossa função assistencial na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno neste grupo etário.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Adolescência. Mães adolescentes.

ABSTRACT

Along the present study we analyze breastfeeding from the point of view of a group of low income teenage breastfeeding mothers, living in Rio de Janeiro State, Brazil. Our aim was to understand how these women experienced breastfeeding and to identify factors that contributed in the construction of such experiences. We assumed that teenage mothers felt their role as breast-feeders as an everyday activity, where persistence or preclusion depend on factors established both by culture and Nature. This qualitative research was carried out on a group of 12 teenage mothers, between 15 and 19 years old, that were breastfeeding during the first three months after delivered. The interviews were analyzed based on content analysis technique, thematic nodes and interpreted following Qualitative Health Research Theory. For these women, the essence of breastfeeding practice is built around their concerns regarding successful/failure breastfeeding and their tasks perceived as teenage mothers. They express their worries in terms of being able to produce both qualitative and quantitatively enough milk, having breasts able of breastfeed and being capable to establish an effective latch-on. In addition, they show concerns of being responsible and breastfeed even when tired or harmed, always thinking about their sons' well-being and accepting the changes on their bodies perceived due to motherhood and breastfeeding. Teenage women reassure breastfeeding as a socio-historical practice. The health care provider and the teenager's significant others were emphasized as breastfeeding counsellors and main breastfeeding support network. The outcome of this study raises some question regarding our role as breastfeeding promoters for teenage mothers.

Keywords: Breastfeeding. Teenage. Teenage mothers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Vivências de mães adolescentes no processo de amamentação dos seus filhos.....	112
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BLH/IFF	Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DASIS	Departamento de Análise da Situação de Saúde
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MLD	Maternidade Leila Diniz
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. - INTRODUÇÃO	11
1.1. Apresentação do tema e delimitação do objeto de estudo	11
1.2 Referencial teórico	15
1.2.1 Amamentação: considerações para além do instintivo.....	15
1.2.2. Maternidade na adolescência: diferentes visões de um mesmo fenômeno social	23
1.2.3. Mães adolescentes e amamentação: dados e fatos.	30
1.2.3.1.- Amamentação em mães adolescentes: dados estatísticos	31
1.2.3.2 Aspectos fisiológicos da amamentação na adolescência	32
1.2.3.3 Visão das adolescentes não gestantes em relação à amamentação	33
1.2.3.4 Fatores que influenciam a decisão de amamentar entre as adolescentes	35
1.2.3.5 Experiências das mães adolescentes em relação à amamentação	38
2. DESENVOLVIMENTO	40
2.1 Objetivos	40
2.2. Método	41
2.2.1 O processo da pesquisa	41
2.2.2 O local do estudo	43
2.2.3 O grupo estudado	44
2.2.4 A coleta de dados	45
2.2.5 A análise dos dados.....	47
2.3 RESULTADOS	49
2.3.1.- Caracterização dos sujeitos do estudo	49
2.3.2 Vivências de mães adolescentes na prática da amamentação	50
2.3.2.1 Preocupação materna em relação ao sucesso/insucesso da amamentação	50
2.3.2.2 Exercício de deveres inerentes ao ser mãe adolescente.....	70
3 CONCLUSAO.....	91
4. ANEXOS	95
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

1. - INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação do tema e delimitação do objeto de estudo

No ano de 2000, recém chegada ao Brasil para cursar a Especialização em Fonoaudiologia Hospitalar, tive a oportunidade de realizar um estágio profissionalizante na Maternidade Leila Diniz (MLD), outrora centro de referência da Área Programática 4 do Rio de Janeiro, que compreende os bairros de Jacarepaguá, Cidade de Deus e Barra da Tijuca.

A MLD foi concebida como um projeto piloto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na humanização do parto e nascimento e incentivo ao aleitamento materno. O projeto teria como objetivo principal implantar um novo modelo de atenção que reconhecesse a gravidez e o parto como processos fisiológicos e como eventos de fundamental importância para a mulher e sua família, valorizando seus aspectos sociais, emocionais e afetivos (Domingues, 2002). A Instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 1997 e iniciou a Metodologia Canguru em 1998.

Permaneci na MLD durante quase dois anos, trabalhando na promoção do aleitamento materno com mães, pais e famílias no período de pré-parto; no parto, por ocasião da primeira mamada do bebê e junto ao binômio mãe-filho durante as primeiras experiências de amamentação no Alojamento Conjunto, na Unidade Neonatal e na Sala de Amamentação que funcionava como ambulatório. Participei também como membro da equipe multidisciplinar no atendimento das mães adolescentes¹ que, na época, representavam uma grande parcela da clientela da Maternidade. Dentre um total de 4162 nascidos vivos na MLD, 24,7% eram filhos de mães entre 10 e 19 anos de idade, em 2001 (SINASC – SES/RJ, <http://www.saude.rio.rj.gov>).

Comecei assim a me deparar com um universo que pouco conhecia. Em muitas oportunidades, o atendimento às mães adolescentes demandou

¹ Neste estudo o termo adolescente segue os critérios cronológicos determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que se refere ao jovem entre 10 e 19 anos de idade. (OMS, 1993)

ultrapassar meu papel profissional de Fonoaudióloga, voltado especificamente a atender as intercorrências no início da amamentação decorrentes de dificuldades no sistema sensório-motor-oral do bebê. Muitas vezes percebia que o apoio que as mães necessitavam ia além das orientações técnicas e dos conhecimentos biológicos da amamentação. Como ajudá-las? Como me aproximar delas? Foi preciso, então, me apropriar das bases do Aconselhamento Rogeriano² para tentar responder às queixas das adolescentes neste período tão peculiar da vida da mulher.

Segundo Katz (1999), a adolescência – um conceito, uma construção cultural historicamente determinada – não poderia ser traduzida unicamente pela sua expressão biológica ou social. A passagem do “mundo de criança” para o “mundo de adulto” trará para o jovem o impacto das transformações pubertárias e os desafios impostos pelas exigências sociais que a eles se apresentam.

O adolescente, segundo Aberastury (1990), vivencia três perdas importantes durante a fase da adolescência denominadas de “lutos”, a saber: o luto pelo corpo infantil perdido – representado pelas mudanças físicas; o luto pelo papel e identidade infantis – referente à renúncia à dependência; e o luto pelos pais da infância – que o adolescente tenta persistentemente reter em sua personalidade, buscando o refúgio e proteção que eles representam.

A perda do corpo infantil somado às mudanças características da adolescência junto às da gravidez concomitantes, representam uma grande transformação para a mãe adolescente que, além de estar em busca da sua própria identidade, também busca uma identidade materna. Por tanto, a gravidez na adolescência evoca um período complexo de transformações, onde uma crise ocorre dentro do período de outra crise (Maldonado, 2005). Maldonado entende a crise como as reações do sujeito frente às etapas do desenvolvimento psicológico normal, mas também como suas reações diante de situações traumáticas e imprevisíveis (Maldonado, *op. cit*)

A idéia de adolescência como um período de transição, formação e transformação entre a infância e a adultice traz a dimensão biológica como um possível obstáculo, o corpo não totalmente formado, incompleto, inacabado.

² Este tipo de aconselhamento está baseado não em dizer-nos o que fazer, mas em ajudar-nos a descobrir por nós mesmos o que queremos e a melhor forma de alcançar nosso objetivo (Nota da autora).

Pressupõe-se por tanto, que a mãe adolescente irá requerer um esforço maior de adaptação tanto a sua situação de mãe como à prática de amamentar.

No contato com as jovens mães, no meu cotidiano na MLD, notava que a amamentação se impunha a elas como uma das primeiras tarefas decorrentes da maternidade e elas, vulneráveis e duvidosas, divididas em relação ao quê fazer ou desfazer, geralmente perguntavam à acompanhante – em muitos casos, à própria mãe – ou às outras mães mais experientes. Via-as tentando cumprir as orientações dos profissionais: amamentar, embora percebesse um descompasso entre o dever, o querer, o saber fazer e o poder amamentar, sendo capturadas na rede híbrida tecida pelo aleitamento materno.³ Sentia também, que as adolescentes precisavam de escuta, de compreensão e de respostas aqui e agora, respostas essas que eu não tinha.

Durante minha formação, tanto no Curso de Graduação quanto no de Especialização, os conhecimentos teóricos oferecidos sobre o trabalho com os adolescentes de um modo geral foram limitados, senão inexistentes. Senti, portanto, a necessidade de procurar novas ferramentas para melhor atender às demandas emergidas da minha atuação junto às mães adolescentes.

Sendo assim, busquei o curso de Mestrado na área de Atenção Integrada e Multidisciplinar durante a Adolescência, procurando subsídios ao meu aperfeiçoamento profissional.

A presente pesquisa surgiu na busca de uma maior resolubilidade das ações assistenciais, tendo como questão central a necessidade de compreender as demandas subjetivas da mãe adolescente que amamenta, o singular que há em cada uma, os desejos, conflitos e sucessos que permeiam as suas vivências de amamentação.

Para Minayo (2004), nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. O interesse em investigar produz-se desde uma inquietação, ou uma curiosidade, a partir de uma interrogação ou de um olhar que busca aprimorar o foco. A interrogação e o foco acabam por se transformar em “problema de pesquisa”.

³ Almeida, no seu livro “Amamentação: um híbrido natureza-cultura” conceitua o aleitamento materno como uma categoria híbrida, construída por atributos definidos tanto pela cultura quanto pela natureza, ou seja, tanto pelas questões biológicas quanto pelas socioculturais (Almeida, 1999).

Objetivamos, portanto, compreender como as mães adolescentes estudadas vivenciam o processo de amamentação de seus filhos e identificar os fatores que contribuem para a construção de tais vivências.

Tendo como pressuposto que as mães adolescentes vivenciam a amamentação dos seus filhos como uma ação cotidiana que se consolida ou se desfaz em função de fatores da ordem da natureza e/ou da cultura que permeiam essa prática, realizamos as entrevistas às mães adolescentes.

Infelizmente, antes de começar o trabalho de campo, a MLD foi fechada devido à inundação em época de chuvas, péssima conservação predial, infecção hospitalar e uma avaliação da Secretaria Municipal de Saúde que seria melhor construir uma nova maternidade do que consertá-la. Os profissionais que ali trabalhavam, foram remanejados para outras instituições (SMS, Rio de Janeiro, 2005, www.saude.rio.rj.gov.br) e assim, o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira – BLH/IFF constituiu-se no novo local onde para o desenvolvimento da pesquisa.

O BLH/IFF funciona como Centro de Referência da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano e da Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano e desenvolve, em seu ambulatório, atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, atendendo às demandas de um grande número de mulheres em processo de amamentação provenientes do próprio IFF e da comunidade externa.

O IFF é uma Instituição credenciada como Hospital Amigo da Criança, e seguindo esta proposta, a primeira consulta de Puericultura é marcada no ambulatório do BLH/IFF durante o transcurso do primeiro mês de vida da criança, momento no qual foram realizadas as entrevistas. A coleta de dados foi desenvolvida durante o segundo semestre de 2004 e primeiro semestre de 2005.

Nesse biênio ocorreram na Instituição 258 partos de pacientes com idade entre 10 e 19 anos, sendo que os filhos de mulheres na faixa de 15 a 19 anos representaram 91% do total (SINASC – SES/RJ, <http://www.saude.rj.gov.br>).

No decorrer da pesquisa fizemos uma revisão de literatura, abordando questões relacionadas com a amamentação, a maternidade na adolescência e a prática da amamentação na adolescência.

Posteriormente apresentamos os objetivos do estudo e as considerações metodológicas do trabalho.

Na apresentação dos resultados, descrevemos as características da população estudada e os nossos achados em relação a construção das vivências da prática da amamentação na adolescência.

Por fim, nas considerações finais, revemos qual foi a trajetória deste trabalho e o significado imprimido pelas adolescentes às suas vivências de amamentação como elementos marcantes nas suas vidas.

Durante o percurso desta pesquisa, a vivência da minha própria maternidade e a oportunidade de amamentar meu filho contribuíram para que a diferença entre experiência e vivência adquirisse clareza. Antes de me tornar mãe, eu tinha já bastante experiência como Conselheira em Amamentação, mas nenhuma vivência. Longe de ser mãe adolescente, acolheram-me as mesmas incertezas e os mesmos medos do que as minhas entrevistadas. Pude perceber um crescimento tanto pessoal quanto profissional. Agora tenho uma visão mais abrangente do que é amamentar e uma melhor compreensão do que passa no imaginário da mulher que amamenta.

Foi um grande desafio para mim, sendo estrangeira, mergulhar na cultura brasileira e tentar entender o universo subjetivo das mães adolescentes no processo de amamentação de seus filhos. Mas, afinal, o que fica de nós, humanos, sem os nossos desafios?

Abre-se aqui o caminho do estudo.

1.2 Referencial teórico

1.2.1 Amamentação: considerações para além do instintivo

O aleitamento materno tem sido objeto de pesquisa de forma crescente nas últimas décadas, a partir de abordagens das mais diversas disciplinas. A heterogeneidade dos estudos sobre o assunto compreende desde as particularidades microbiológicas do leite humano até os fatores alegados como

causas do desmame precoce, centralizando o foco da evidência principalmente nas vantagens que a amamentação representa para a criança, a mulher, a família e o Estado.

No amplo universo do conhecimento científico produzido sobre a temática do aleitamento materno pode-se perceber a primazia de um discurso reducionista que tradicionalmente considerou ora os aspectos biológicos, ora as questões sociais que permeiam a prática da amamentação. Segundo Almeida, isto tende sempre a levar a um distanciamento entre natureza e cultura, ampliando a dicotomia entre o “ser biológico” e o “ser social”, como se fossem seres distintos (Almeida & Gomes, 1998).

Para superar o cisma, o autor propõe um novo modelo baseado na passagem do realismo puro para o realismo histórico, apontando que “(...) *não há mais como considerar a existência de objetos puros e cientistas neutros*” e que “(...) *não faz mais sentido lidar com a amamentação natural pela lógica da crítica, da purificação, cujo cerne visa à separação entre ciência e sociedade*” (Almeida & Gomes, 1998). Assim, utilizando os pressupostos teóricos de Latour (1994), delimita a amamentação como uma categoria híbrida, construída a partir de atributos definidos tanto pela natureza quanto pela cultura, ou seja, o processo de amamentar é uma prática biologicamente determinada, porém socialmente condicionada (Almeida, 1999).

A amamentação, considerada por definição como prática própria dos mamíferos, tem se manifestado nos animais como mais ou menos instintiva e natural dependendo da espécie, chegando ao ponto de ser uma conduta fundada na aprendizagem no mais desenvolvido dos mamíferos: o ser humano. A manifestação mais óbvia da divergência dos comportamentos no mamífero-animal e no mamífero-homem cristaliza-se no desmame precoce e na alimentação das crias humanas com sucedâneos do leite materno e mamadeira⁴.

Analisando o comportamento alimentar dos mamíferos em termos de instinto, Wells (2006) contextualiza o aleitamento dentro de um modelo contínuo. Num extremo estariam os mamíferos mais indefesos, a exemplo dos marsupiais, nascidos precocemente, que passam dias e até semanas mamando do peito da

⁴ Considera-se desmame precoce a introdução de qualquer alimento na dieta da criança, além do leite materno, antes do sexto mês de idade. Thomson (2000).

mãe e, no outro, os mamíferos mais desenvolvidos, como os cetáceos, que nascem com reservas suficientes para sobreviverem por si mesmos logo após o nascimento. Os primatas poderiam se considerar semi-indefensos, precisando da ajuda da mãe para serem conduzidos até o peito. O autor evidencia que chimpanzés e gorilas que nasceram em cativeiro, não amamentam suas crias, possivelmente, por não terem visto outras fêmeas realizar esta prática.

Plotkin (2002) *apud* Wells (2006) aponta que a nutrição dos chimpanzés, incluído o aleitamento, envolve “cultura”, no sentido de comportamento aprendido através da observação de outros da mesma espécie, e sugere que o papel desta “cultura” é relevante na compreensão teórica do comportamento instintivo no animal e no nosso entendimento do que é natural no comportamento humano.

Seguindo esta lógica, Rea (1989) enfatiza que para os humanos, aprender a amamentar é uma tarefa bastante complicada, uma vez que esta é uma prática historicamente determinada.

O paradigma híbrido da amamentação tem adquirido diferentes modalidades ao longo da história da civilização humana, reflexo do modelo ideológico vigente, dos diversos papéis da mulher dentro das esferas pública e privada e, em especial, do conhecimento gerado em volta do objeto em questão.

A amamentação pode se considerar como um atributo social decorrente da maternidade. Em nossa sociedade, a maternidade é socialmente valorizada e instituída como responsabilidade/dever da mulher pelo cuidado do filho. Estas apreciações fundamentam-se em parte na condição biológica que a mulher tem de engravidar, parir e amamentar, e em construções sociais de serem as mulheres mais ternas, carinhosas e habilidosas para cuidar da prole (Nakano, 2003).

Javorski (2001) assinala que a maternidade se articula à ideologia de um determinado período histórico, fazendo com que as mulheres exerçam a maternidade possível em cada contexto. Vinha e Scochi (1989) reforçam esta argumentação quando, citando Grant (1984), referem que desde o início da raça humana a mulher tem procurado um substituto satisfatório para a amamentação, porque *“quase todas as culturas vivenciaram situações de mães que não podiam ou não queriam amamentar os filhos”*.

Rea (1990) faz uma análise crítica sobre o passado e presente da alimentação infantil com sucedâneos do leite materno e menciona que o auge das

fórmulas infantis data do início do século passado, constatando que “(...) *nos séculos e séculos de história da humanidade, não existira até então o problema de escolher um alimento industrializado disponível para bebês. A amamentação fora a regra, e quando não feita pela própria mãe o era pelas amas-de-leite ou em raras ocasiões diretamente de outros animais: a vaca, a cabra e a ovelha eram os animais mais usados, por sua docilidade*”.

O papel das amas-de-leite data de séculos antes de Cristo. O Código de Hamurabi (1800 a.C.) continha regulamentos desta prática que consiste em amamentar o filho de outra mulher mediante um contrato de trabalho (Lawrence, 1980). Nas civilizações egípcia, grega e romana, quando as mulheres se sentiam aborrecidas com o fato de terem que amamentar, utilizavam de amas-de-leite para livrarem-se desta tarefa e ficar liberadas para a vida social (Grant, 1984).

A prática das amas-de-leite era muito freqüente na Europa no século XVIII, constituindo-se em regra nas classes sociais mais elevadas. Evidências da generalização deste fato são referenciadas por Badinter (1985), quando neste mesmo século houve escassez de amas-de-leite. Cabia as camponesas o aleitamento de lactentes filhos das classes sociais dominantes. As mulheres da aristocracia e da burguesia renegavam do aleitamento materno com o fim de preservar o corpo e ter maior participação na vida social, considerando a amamentação como ridícula e repugnante. A tarefa não era considerada nobre, não ficava bem tirar o seio para alimentar o bebê, “*além de dar uma imagem animalizada da mulher vaca leiteira*” (Badinter, 1985).

Segundo Badinter (1985), até o século XVIII havia o predomínio da indiferença materna. Ela descreve o comportamento da sociedade francesa em relação ao amor materno como um fenômeno frio e de tendência ao abandono do filho, sendo a recusa em dar-lhe o seio o primeiro sinal de rejeição do filho, significando num declínio na sobrevivência dessa criança.

No Brasil, até a chegada dos colonizadores europeus na segunda metade do século XVI, a prática do aleitamento pelas índias era natural e prolongada. Segundo Raminelli (1997) as mulheres não largavam seus filhos: os carregavam ou encaixavam-os nos quadris, amamentando-os durante um ano e meio.

Da mesma forma que na Europa, no Brasil colonial, não havia sentimento de infância e a mortalidade infantil era alta. Segundo Freire (1978) “(...) *de Portugal transmitia-se ao Brasil o costume das mães ricas não amamentarem*

seus filhos, confiando-os ao peito das escravas". Estas, na grande maioria das vezes, abdicavam de seus filhos em prol dos filhos dos patrões.

A maternidade e a amamentação passam a ser valorizadas na França dos séculos XVII e XVIII, quando devido às altas taxas de mortalidade infantil e à ameaça de despovoamento, a criança assume um valor mercantil como riqueza econômica em potencial e garantia de poderio militar, e o Estado começa a se preocupar com sua sobrevivência. Acontece então, uma redefinição do papel da mulher enquanto mãe, que é chamada a intervir com seus esforços para conservar a vida das crianças (Badinter, 1985). Surge um novo discurso filosófico baseado na exaltação do amor materno como um valor natural e social.

O discurso médico da época evoca o retorno à Natureza. As fêmeas dos animais irracionais eram os melhores modelos. A mulher ideal seria a que mais se aproximasse das ditas fêmeas. O abandono do aleitamento materno era considerado injustiça para com o filho, assim como um pecado contra Deus, sendo a mulher, condenada por seu egoísmo (Silva, 1990).

A Puericultura, surgida na Europa no final do século XIX, incentivou o aleitamento materno desde uma visão reduzida do ser mulher, considerando que a amamentação constituía a condição básica para uma boa maternidade, dado que *"a mulher é mãe, pois a realização da mulher se dá pela vivência da maternidade, onde o aleitamento é condição "sine qua non" para uma boa maternidade. O desejo de não amamentar é fruto da razão, é censurado"* (Silva, 1990). Neste discurso, a mãe mais do que responsabilizada, passava a ser culpada por tudo que viesse acontecer com os filhos: *"...a falta de amamentação produz gerações fracas, doentes e deformadas"...*, *"a missão da mulher é conferir estabilidade à família, a recusa em amamentar é a primeira desaprovação moral aonde nascem todos os vícios que conduzem à desaprovação da família"* (Silva, 1990).

Concordando com Silva (1999), os profissionais de saúde tem continuado a utilizar o discurso da naturalização e do dever materno no convencimento da mulher em amamentar.

A prática de uso de amas-de-leite em substituição da própria mãe foi vigorosamente criticada pelo Movimento Higienista, braço da Puericultura no Brasil do século XIX, na tentativa de impor a amamentação como norma. O aleitamento materno passou a ser como um sacerdócio e complemento da

maternidade, caracterizando-se as mães que não o praticavam como desnaturadas e surdas à voz da Natureza (Costa, 1989).

Caso a mulher se recusasse a amamentar, o discurso médico imprimia-lhe riscos, especialmente para o seu físico. Surge a Teoria das Metástases segundo a qual quando o leite produzido pela glândula mamária não é drenado, este sobrecarrega o organismo, produzindo a metrite, a peritonite, a flebite, o ingurgitamento, o cancro do útero, entre outras conseqüências (Bretas, 1838 *apud* Nakano, 1996).

Badinter (1985), assinala que a partir do momento em que as mulheres foram incentivadas a permanecerem no lar, mesmo influenciadas por discursos “(...) *foi o interesse da mulher o que ditou o comportamento da mãe... a esperança de desempenhar um papel mais gratificante no seio do universo familiar ou da sociedade*”, pois dela passa a depender o bem-estar da família. Inicia-se a “era das provas de amor”, dentre essas, o aleitamento materno. A amamentação era vista como sinônimo de modernidade. No entanto, nem todas as mulheres acompanharam essas mudanças. Cada mulher reagia de forma diferente, acatando ou não a norma proposta pelo discurso médico, dependendo da classe social e de sua história de vida.

O saber médico impregnou a intimidade da mulher na prática do aleitamento através de um enfoque biológico prescritivo, regulamentando os horários para as mamadas, estabelecendo a ordem em que deveriam ser oferecidos os seios, orientando o decúbito da mãe para não sufocar a criança, pesando a criança antes e depois da mamada para avaliar a quantidade de leite ingerida, entre outras práticas. Em última instância, foram determinadas um conjunto de normas às quais a mulher devia se submeter em nome da saúde do seu filho (Costa, 1989).

Entretanto, após a 2ª Guerra Mundial, houve grandes transformações na sociedade, alterando-se valores, idéias e comportamentos. No Brasil, surge o Estado Novo sob a presidência de Getúlio Vargas. Devido à passagem da economia agrária para a urbano-industrial, as mulheres passam a integrar uma pequena parcela da força de trabalho, sentindo-se culpadas diante do abandono do lar, dos filhos e do marido (Rago, 1985).

Paralelamente, os avanços científicos e tecnológicos possibilitam uma adequada conservação do leite de vaca, iniciando-se a era do aleitamento

artificial, através do uso do leite em pó e da mamadeira. A mulher, sobrecarregada pelas responsabilidades de suas múltiplas funções, passa a ter uma opção alternativa para alimentar seu filho. Segundo Silva (1990), “(...) *as mulheres passaram a fazer uso cada vez mais freqüente deste produto, que lhes abreviou tempo e trabalho na criação dos filhos... A corporação médica passou da condenação à aceitação e mesmo ao estímulo da alimentação artificial*”. Neste momento acontece o declínio do uso das amas-de-leite.

Para Goldenberg (1988), o aleitamento que, tradicionalmente era considerado como um fenômeno de natureza biológica passa a ser redigido pelas leis de mercado. Inicia-se, então na década de 40, um declínio da amamentação, que chega ao auge na década de 70 (Sena, 1997).

A utilização da alimentação artificial estava tão generalizada que havia o consenso de que o abandono do aleitamento natural era atributo da vida moderna com tendência irreversível. Sendo assim, ocorreu um franco aumento das taxas de mortalidade neonatal associadas ao desmame precoce, principalmente nas classes sociais mais pobres.

No final da década de 60 surge o movimento feminista, que começa a questionar também os valores tradicionalmente tidos como padrão em relação ao aleitamento materno. Sob a influência do movimento naturalista e da psicanálise, surge um novo modelo ideológico no qual os cuidados maternos e a amamentação adquirem fundamental importância. Há uma volta às idéias do século XVIII, considerando-se boa mãe aquela que amamentava e se adaptava às necessidades do filho (Badinter, 1985).

Entretanto, na década de 70, os médicos e a mídia começam a perceber os estragos causados pelo declínio da amamentação. A desnutrição infantil decorrente do desmame precoce é considerada um problema de Saúde Pública. A retomada da prática do aleitamento materno configura-se na estratégia para combater a desnutrição. Assim, inicia-se a nível mundial um movimento caracterizado por discussões, pesquisas e programas de saúde que culminam em poucos anos, em medidas de incentivo a amamentação.

As décadas de 80 e 90 caracterizaram-se por uma série de iniciativas nacionais, internacionais e de organizações não-governamentais tendentes a diminuir a mortalidade infantil e atingir a “saúde para todos”. Dentre elas, a IHAC,

esforço conjunto da OMS e da UNICEF, pode ser mencionada como a mais abrangente (OMS, 1989).

No entanto, o conhecimento científico aliado às políticas de saúde, parece não ser suficiente para reverter a tendência ao desmame. Observa Rea (1989) que *“Importante é frisarmos que a sociedade não tem se aparelhado para favorecer à mulher o exercício da amamentação. Pelo contrário, ao mesmo tempo que a culpabiliza por não amamentar, interfere bruscamente sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentosos; cria estruturas hospitalares antiaproximação mãe-bebê; não cria ou não respeita leis trabalhistas para o amparo à maternidade; libera as companhias produtoras de substitutos do leite materno de qualquer compromisso ético quanto à propaganda de seus produtos; e, a nível de ambulatório de saúde, não capacita seus profissionais para darem e o apoio e terem conhecimentos necessários para aconselhar a mãe que amamenta”*.

Segundo Almeida & Gomes (1998), apesar de ser aceita a importância da mulher para se promover o aleitamento, o campo das políticas de amamentação nem sempre reflete a ótica desse ator social.

Apenas no final do século XX, começa a se perceber uma preocupação com a mulher como elemento integrante e decisivo no delineamento de ações de incentivo à amamentação. Assim, autores como Nakano (1996) e Silva (1999) chamam a atenção para a necessidade de refletir sobre as questões do aleitamento materno através do pensar e o saber da mulher nutriz.

O século XXI inaugura a era do leite materno como “alimento inteligente”, incluído nas agendas das Políticas de Segurança Alimentar, como mais uma possibilidade estratégica. Contudo, pode se observar que ainda hoje se incentiva a amamentação sob o ponto de vista biológico.

Segundo Sydrônio (2006), os programas prol-aleitamento materno, por mais que tenham avançado nas discussões sobre o protagonismo feminino, se mantêm reducionistas defendendo as vantagens do leite materno para a criança como recurso capaz de diminuir ou resolver a morbi-mortalidade infantil.

Concordando com Silva (1999), *“a história da amamentação não está determinada por uma equação natural, mas construída no cotidiano das famílias, em seus ambientes sociais e culturais. Faz-se necessário a compreensão da vivência do amamentar como um processo que não está limitado ao tempo*

biológico... mas que as decisões sobre o curso da amamentação são feitas a partir do ato real”.

Pode-se perceber que ao longo da História, o papel da mulher em relação à prática da amamentação, tem adquirido diversas características, em função de variáveis históricas, sociais e culturais. No entanto, em todas as épocas, e ainda nos dias de hoje, pode-se evidenciar uma exaltação dos aspectos biológicos do aleitamento materno e uma supremacia dos benefícios da amamentação para a criança, em detrimento das questões subjetivas do universo da mulher-mãe-nutriz.

1.2.2. Maternidade na adolescência: diferentes visões de um mesmo fenômeno social

A maternidade na adolescência não é um fenômeno novo, nem sequer recente. Sem dúvida, muitas de nossas avós foram mães jovens. No entanto, a elas não eram impostas as mesmas demandas sociais que às adolescentes de hoje. Além do mais, as jovens eram amparadas pelo casamento. Sendo mães, cedo ou tarde, não fariam mais do que cumprir com seu destino de mulher, de fêmea. Assim, a maternidade em idade precoce era normalmente aceita no início do século passado.

Tais considerações podem ilustrar como as dimensões da maternidade adquirem diferentes valores segundo o momento histórico, social e cultural em que acontecem (Badinter, 1985).

Atualmente, é socialmente esperado que os adolescentes, isto é, jovens entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 1975), alcancem um bom nível de escolaridade para depois terem maiores possibilidades de se inserir no mercado de trabalho. Qualquer comportamento ou acontecimento que desvie o adolescente das metas desejadas pelo entorno social, é considerado um risco, ocasionando situações adversas para a vida e, em última instância, desvirtuando seu ingresso ao mundo dos adultos. Neste sentido, a maternidade precoce é vista como uma ameaça.

As estatísticas sugerem que o número de adolescentes grávidas tem aumentado a cada ano no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o

parto consta como a primeira causa de internação de adolescentes no Sistema Público de Saúde, sendo que 14% delas com menos de 15 anos já tinham pelo menos um filho, e de cada 10 mulheres que hoje têm filhos, duas são adolescentes (MS, <http://w3.datasus.gov.br/datasus>).

Segundo dados publicados pelo SINASC, a taxa de nascidos vivos na faixa de mulheres de 10 a 19 anos tem se mantido praticamente constante em cerca de 20% no período 1994-2004 (MS/SVS/DASIS – SINASC, <http://tabnet.datasus.gov.br>).

Assim sendo, o alto índice de gestação na adolescência tem despertado a curiosidade dos pesquisadores sobre o assunto em várias áreas do conhecimento.

Com o objetivo de apreender como a Saúde Pública veio tratando a questão nas últimas décadas, Reis (1993) em estudo de revisão bibliográfica, relata que nos anos 30 a 40, a literatura sobre gravidez na adolescência destacava-se por um fundo essencialmente gineco-obstétrico.

O autor refere que na década de 50 acontece o início da explosão demográfica, com franco aumento das taxas de fecundidade, inclusive no grupo de mulheres de 10 a 19 anos. Nesse período, com a reorganização da prática médica e da medicina preventiva nos Estados Unidos, preconiza-se o pré-natal para grupos populacionais específicos. Os textos desta época ainda eram de natureza obstétrica e pediátrica.

Nos anos 60, devido à revolução sexual e à moderna tecnologia do controle reprodutivo e das lutas feministas, promoveu-se uma maior visibilidade da gravidez na adolescência que passa a ser abordada a partir da multidisciplinariedade. Áreas do conhecimento como a Psicologia, a Educação e a Nutrição despertam seu interesse pelo estudo do tema, reduzindo o volume dos textos obstétricos e pediátricos a 20% da literatura científica produzida sobre o assunto (Reis, *op. cit.*).

Nas décadas de 60 e 70 houve uma mudança de paradigma e do foco de atenção: começa-se a considerar a “adolescente grávida” em detrimento da “gravidez na adolescência” sob o discurso da medicina preventiva e integral. Ocorre neste período a identificação da gravidez na adolescência como fenômeno coletivo e como “doença” social.

Segundo Reis (1993), dos anos 70 a 80 a gravidez na adolescência passa a ser caracterizada como “epidemia”, no sentido de tratá-la como um fenômeno que deve ser prevenido e combatido pela área da saúde.

Até o momento atual, o paradigma médico/biológico/biomédico vem orientando, de forma predominante, a produção do conhecimento e as práticas correspondentes, acrescido entre 1975 e 1985, pela relevante necessidade de organização dos serviços de saúde para acolhimento e prestação de cuidados pré o pós-natais às mães adolescentes no Brasil e internacionalmente.

Grande parte do conhecimento sobre gravidez e maternidade precoce que hoje circula na sociedade trata tal ocorrência como evento marcante que repercute, inevitável e negativamente, na continuidade da vida da jovem mãe, além de vê-la como associada a um conjunto de implicações negativas para o bebê, para a gestante/mãe ou para ambos, na esfera biomédica e psico-social. (Esteves & Menandro, 2005).

Catharino (2002) acrescenta que *“a compreensão da ocorrência da gravidez na adolescência é muitas vezes obscurecida pelo discurso médico psicológico que, em consonância com idéias higienistas, vem historicamente se limitando a identificar causas para evitar conseqüências sociais indesejáveis”*.

Seguindo esta lógica, Esteves & Menandro (2005) apontam uma vasta e diversa lista de fatores associados à gravidez na adolescência observados na literatura:

- Maior risco de morbi-mortalidade da mãe e da criança.
- Prematuridade.
- Baixo peso do bebê ao nascer.
- Retardo do crescimento intra-uterino.
- Sofrimento fetal agudo intraparto.
- Desproporção pélvico-fetal.
- Diabetes gestacional.
- Anemia.
- Pré-eclampsia.
- Fatores psico-sociais que afetam ao bebê (assistência pré-natal deficiente, maior incidência de patologias durante e após a

gestação, maior chance de adoecerem, sofrerem acidentes e apresentarem baixo rendimento escolar).

- Fatores psico-sociais que afetam à mãe adolescente (menor chance de completar a escolaridade, redução nas oportunidades de emprego, tendência maior à construção de famílias numerosas e de separações).

- Conseqüências indesejadas para a vida da adolescente como impossibilidade de completar a função da adolescência tendo que antecipar escolhas e abreviar experiências; abandono da vida escolar por vergonha, proibição ou interdição de outras naturezas; menor chance de qualificação profissional, com óbvios reflexos para as oportunidades de inserção posterior no mercado de trabalho; grande dificuldade para rearticular a vida sexual e limitar a fecundidade; impossibilidade de estabelecer uma família com plena autonomia, autogestão e projeto de futuro; dependência financeira absoluta da família ou do pai da criança; maior risco de instabilidade conjugal; abandono familiar da adolescente, levando a maior empobrecimento da mesma e da família que venha a constituir; vivência de preconceito em várias instâncias sociais; despreparo para lidar com o desenvolvimento do filho; maior risco de comprometimento da saúde física e/ou emocional do bebê e da mãe adolescente, diante das dificuldades enfrentadas no atendimento de suas próprias necessidades e carências, etc.

O mesmo discurso reducionista pareceria nortear as políticas e programas de saúde voltados ao adolescente. Katz (1999), analisando os documentos oficiais sobre saúde do adolescente, destaca que a gravidez na adolescência é considerada como um problema cujas bases conceituais devêm do fato da gravidez ser vista sempre como não planejada, indesejada, ocorrida por desconhecimento dos métodos anticoncepcionais e inadequação familiar e acarretando danos à adolescente, ao filho, à família e à sociedade. A autora assinala que os preceitos da gravidez na adolescência como problema fundamentam-se no enfoque de risco segundo o qual a adolescente é considerada despreparada tanto para a gravidez quanto para a maternidade, momento onde aflorariam todas as conseqüências deste “problema”. Ainda

denuncia que, a nível de políticas e programas de saúde, como o Programa de Saúde do Adolescente e o Estatuto da Criança e do Adolescente, pareceria haver uma ausência de diretrizes específicas, deduzindo que a partir da maternidade, a adolescente seria encarada como uma mulher adulta e para ela e seu filho seriam reservados outros programas como o Programa de Saúde da Mulher e o Programa de Saúde da Criança.

Alguns autores, entretanto, criticam esta visão reducionista e o rótulo de “problema”, considerando-os abordagens limitantes, que podem contribuir para expor essas adolescentes a riscos adicionais. (Branco,1997; Katz, 1999). Ainda Santos & Schor (2003) acrescentam que esta concepção negativa pode construir restrições e implicações conceituais no desenvolvimento de pesquisas e na atuação dos profissionais junto aos adolescentes.

Segundo Katz (1999) *“as reflexões sobre gravidez e a maternidade na adolescência devem se embasar em um processo dialético ou apresentar-se-ão fadadas a permitir concepções inquestionáveis, moralistas e desconectadas das realidades das adolescentes que as vivenciam, resultando num enfoque parcial e imobilizante do assunto em questão”*.

A partir de uma análise contextual de vários estudos sobre gestação na adolescência, Rios *et al.* (2002) propõem vários tópicos para a realização de investigações mais efetivas acerca desse tema: *“a) a necessidade de problematização do conceito de adolescência/juventude, ultrapassando as limitações impostas pela visão médico-biológica; b) o incremento na utilização de abordagens teóricas que permitam a exploração dos contextos da atividade sexual, das identidades sexuais em interface com as identidades socioculturais várias e dos significados que remetam à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, c) a necessidade de desenvolver perspectivas metodológicas que vão além da capacidade de gerar dados concernentes à frequência de comportamentos sexuais específicos para comparação relativa, considerando, sobretudo, os processos sociais e culturais que ajudam o jovem a dar sentido a seus desejos sexuais, sentimentos e interesses”*.

Neste sentido, Monteiro (1999) explicita que os aspectos normativos e prescritivos das ações de saúde são predominantes, mas que as propostas de intervenção deveriam ser desenvolvidas a partir do entendimento da lógica que

rege o comportamento dos adolescentes e dos grupos, tentando estabelecer como ela é gerada, como se constrói e como se mantém.

Santos & Schor (2003), estudaram as vivências da maternidade precoce desde uma abordagem qualitativa e concluíram que, ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da Saúde Pública em geral, que considera os adolescentes como um bloco único e em conflito, o significado da gravidez e da maternidade pode não ser único ou definitivo e que, para algumas mães, esta pode ser uma experiência gratificante.

Assim mesmo, ao analisar os significados que as mães adolescentes atribuem à gravidez e maternidade, Katz (1999) constatou que a adolescente delineada nos documentos oficiais não espelhava as adolescentes pesquisadas e suas histórias, concluindo que há tantas adolescências quanto adolescentes e tantas maternidades quanto mães. A autora ainda refere que as vivências e metamorfoses experimentadas por cada um devem ser entendidas dentro de suas próprias lógicas e não como quadros emoldurados e pré-determinados em uma cronologia.

Estas conclusões confirmam a idéia de que o processo de adolescência não é vivido da mesma forma por todos os jovens (Minayo *et al.*, 1999).

No que tange à gravidez na adolescência, Katz afirma que a busca de explicações que justifiquem as condutas das adolescentes advêm do pressuposto de que os adolescentes constituem um grupo homogêneo, passíveis de serem normatizados, onde a normatização levaria a uma normalização das condutas desviantes, e destaca que esta tarefa resulta ineficaz frente à heterogeneidade das adolescências e diante da pluralidade e diversidade de valores (Katz, 1999).

Pinheiro (2000) ao refletir sobre as diversas acepções referidas na literatura sobre maternidade na adolescência destaca que *“falamos de um evento complexo, situado na interface entre desejo e possibilidade. Portanto, seria ingênuo pensá-lo como único ou considerá-lo como depositário de todas as dificuldades e insucessos posteriores. Cabe atentar para a singularidade de cada caso, tanto quanto para as possíveis generalizações. Importante é buscar compreender, mais que fazer alarde”*.

Diante do reconhecimento da gravidez/maternidade na adolescência como um fenômeno social polissêmico, surgiu a necessidade de desenvolver pesquisas

que aproximem o pesquisador das motivações, desejos, intencionalidades, realidades e singularidades dos sujeitos estudados.

Em termos gerais, as pesquisas apontam para uma desconstrução, ou pelo menos um redirecionamento, do paradigma tradicional médico/biológico/biomédico, no sentido de reorientar as ações e programas de atenção à saúde da adolescente grávida/mãe para um discurso que considere o assunto no seu contexto histórico, social e cultural, priorizando as singularidades dos sujeitos envolvidos (Katz, 1999; Stern, 1999; Dadoorian, 2000; Pacheco, 2004).

Neste sentido, Moresco & van der Sand (2005) assinalam que *“os profissionais da área da saúde, juntamente com outros de outras áreas que trabalham com o adolescente, precisam envidar esforços no sentido que se delineie uma transformação cultural, na qual se passe a perceber o adolescente como sujeito que é, e não que está por vir a ser. Pois, enquanto o adolescente for considerado, cultural e socialmente, como um indivíduo que “apenas” procura por uma identidade e nada é, ele poderá utilizar-se de subterfúgios, tais como a gravidez, para alcançar visibilidade como sujeito, o que ao invés de auxiliarem-no no alcance de tal intento, poderão contribuir para um desfecho de oportunidades cada vez mais escassas tornando-o um adulto invisível e infeliz”*.

Contudo, observamos que embora o enfoque que tradicionalmente tem assistido à gravidez/maternidade na adolescência tenha oferecido argumentos relevantes no entendimento dos fatores associados ao assunto, atualmente, diante de um cenário mais amplo, o modelo médico/biológico/biomédico é insuficiente.

Assim sendo, é importante a consideração de um novo modelo científico-assistencial que seja capaz de dar conta de um fenômeno histórico-social singular, como é o caso da gravidez e maternidade na adolescência.

1.2.3. Mães adolescentes e amamentação: dados e fatos.

Como observado no capítulo anterior, a maternidade precoce se expressa como um forte impacto bio-psico-social que se soma às profundas modificações que caracterizam o período da adolescência. Assim, a mãe adolescente estaria vivenciando duas crises ao mesmo tempo: a adolescência e a maternidade (Maldonado, 2005).

Algumas vezes, o fato de ser mãe é relatado como um facilitador da passagem do papel de menina para o de mãe-mulher, vinculando a representação social da maternidade à única perspectiva de vida para as jovens. Outrossim, a maternidade pode ser rejeitada, por vir atrapalhar os planos futuros de estudo e trabalho das adolescentes (Dadoorian, 2000). Neste contexto ambivalente é assumida a maternidade e a nova mãe se depara diante de importantes escolhas, dentre elas, a forma de alimentar o seu bebê.

Hoje é cientificamente comprovado e socialmente aceito que a amamentação é a melhor forma de alimentar os lactentes, oportunizando benefícios ímpares para o bebê, a mãe, a família, o Estado e a sociedade. Este ato, às vezes definido desde uma perspectiva simplista como natural e instintivo, está biologicamente determinado e é condicionado pela história, a cultura e a sociedade, se constituindo como um fenômeno complexo que tem se tornado assunto de interesse para os profissionais de saúde das mais diversas áreas (Almeida, 1999).

O manejo multidisciplinar/transdisciplinar da amamentação é uma prática recente, fomentada a partir da IHAC idealizada em 1990 pela OMS em parceria com UNICEF. Seu principal objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.

O Brasil conta atualmente com 337 instituições, entre maternidades e hospitais, que aderem a esta iniciativa (<http://www.unicef.org/Brasil>). O fonoaudiólogo foi incorporado a esta equipe como um profissional com habilidades específicas para contribuir neste processo.

Estudos apontam que os filhos de mães adolescentes apresentam uma morbi-mortalidade maior devido a fatores como maior incidência de patologias

durante e após a gestação, maior chance de adoecerem e terem baixo rendimento escolar (Esteves & Menandro, 2005; Maia Monteiro *et al.* 1998). Sendo assim, a prática da amamentação neste grupo teria um valor agregado de prevenção, dado seu efeito protetor sobre os fatores anteriormente mencionados.

As pesquisas sobre aleitamento materno em mães adolescentes são ainda escassas e os resultados, controversos (Wambach & Cole, 2000). Alguns autores têm comprovado que o mesmo enfoque de risco que retrata a adolescente como despreparada para exercer a maternidade faz-se extensivo à possibilidade de amamentar, considerando a prática do aleitamento nesta população como uma quimera, como um projeto irrealizável (Katz, 1999).

1.2.3.1.- Amamentação em mães adolescentes: dados estatísticos

Segundo Wambach & Cole (2000), é difícil encontrar na literatura publicações com dados representativos e descritivos das taxas de amamentação em mães adolescentes. Estudos realizados em Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, entre 1980 e 1995, reportam aleitamento materno entre o 9,5 % e o 58% das mulheres menores de 20 anos. Em comparação, o mesmo índice em mulheres maiores de 20 anos foi entre 45% e 70% no mesmo período.

Em relação à duração do aleitamento materno, nos Estados Unidos, em 2001, 57% das mulheres menores de 20 anos iniciaram o aleitamento materno e 19% continuaram amamentando até o sexto mês, enquanto nas mulheres adultas os índices foram de 69,5% e 32,5% respectivamente, no mesmo ano (Ryan *et al.*, 2002). A mesma pesquisa revelou que houve um incremento no início da amamentação entre mães adolescentes de 32% no período de 1996 a 2001 e da prevalência da amamentação ao 6º mês de 10% no mesmo grupo e no mesmo período. Padrões similares se observam na Inglaterra, onde 69% das mulheres adultas iniciaram a amamentação no ano 2000, sendo que 49% das mães adolescentes amamentaram seus filhos (<http://www.dh.gov.uk>). Embora se tenha registrado um aumento da quantidade de mulheres que inicia a amamentação, as pesquisas internacionais mostram que as mães adolescentes amamentam com menor frequência e por menos tempo do que as mães adultas.

No Brasil, em pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais, a prevalência da amamentação aos seis meses foi de 71,3% entre as mães adolescentes e 77,4% entre as mães adultas no ano 2000 (Frota & Marcopito, 2004). Os autores explicam a não significância estatística dos resultados pela atual disseminação de ações de incentivo à amamentação. Estudo anterior, desenvolvido na cidade de Pelotas, RS, sobre uma coorte de crianças nascidas em 2003, revelou que a prevalência da amamentação aos 6 meses era significativamente maior conforme aumentava a idade materna (Gigante *et al.*, 2000). Estes resultados concordam com a pesquisa desenvolvida recentemente em Minas Gerais por Chaves *et al.* (2007) que mostram uma associação entre a idade materna < 20 anos e o menor tempo de aleitamento materno exclusivo.

Pode-se evidenciar que os resultados das pesquisas nacionais são contraditórios enquanto à duração do aleitamento materno entre mães adolescentes.

1.2.3.2 Aspectos fisiológicos da amamentação na adolescência

A idade da nutriz é um fator que pode afetar o volume e a composição do leite produzido, embora não sejam bem conhecidas as bases fisiológicas de tais modificações (Calil *et al.*, 1992).

Embora tenha-se questionado se as adolescentes estão fisiologicamente preparadas para amamentar e se o aleitamento poderia acarretar efeitos deletérios para o crescimento e desenvolvimento da própria adolescente, várias pesquisas indicam que o leite produzido pelas mães adolescentes tem composição similar ao produzido pelas mães adultas (Brasil *et al.* 1991a; Lipsman *et al.*, 1985; Vitolo *et al.*, 1993)

As diferenças encontradas na composição do leite, como níveis mais baixos de lactose (Lipsman *et al.*, 1985) e maiores níveis de proteína (Vitolo *et al.*, 1993), não resultam estatisticamente significativos. Somente o estudo conduzido por Motil *et al.* (1997) revelou um maior nível de sódio no leite produzido pelas mães adolescentes, quando comparado com o produzido por mães adultas.

O colostro produzido pelas mães adolescentes só difere do das mães adultas nos níveis de Imunoglobulinas_a e Imunoglobulinas_m, diferença esta, explicada pelos altos níveis de prolactina, estrogênio e progesterona normais, que ocorrem na adolescência (Coelho, 1988; Motil *et al.*, 1997).

Em relação ao volume de leite, os achados são contraditórios, havendo estudos que revelam que as mães adolescentes produzem um volume de leite adequado às necessidades do recém-nato em função do ganho de peso (Lipsman *et al.*, 1985), enquanto outros mostram que estas mães produzem um volume de leite entre 37 a 54% menor do que o produzido pelas mães adultas (Motil *et al.*, 1997). Estes autores questionam a capacidade fisiológica das mães adolescentes de produzir leite em quantidade suficiente, em função de fatores biológicos como desenvolvimento, maturação e crescimento ainda incompletos, associados à gravidez precoce.

A relação direta entre a idade materna e a quantidade do leite produzido sugere que o processo de maturação da adolescente poderia ter um impacto significativo em sua habilidade para amamentar adequadamente (Motil *et al.*, 1997). Este fato, somado às variáveis de natureza socioculturais, tem sido vinculado ao maior índice de desmame e introdução precoce de substitutos do leite materno em mães adolescentes, quando comparadas com mães adultas.

No entanto, todos os estudos sobre lactação em adolescentes são unânimes em afirmar que as diferenças observadas não se constituem em fatores limitantes ao aleitamento natural, mesmo na faixa etária mais jovem (Calil *et al.*, 1992).

1.2.3.3 Visão das adolescentes não gestantes em relação à amamentação

Wambach & Cole (2000), em estudo de revisão, descrevem as atitudes e conhecimento das adolescentes sobre amamentação, assim como também as futuras intenções de amamentar ou não aos seus filhos quando engravidarem (Wambach & Cole, 2000).

Alguns pesquisadores apontam que o declínio do aleitamento materno, observado nas últimas décadas, resultou em que muitas adolescentes cresceram

sem ter recebido qualquer informação ou a oportunidade de educação em saúde sobre as vantagens da amamentação (Brasil *et al.*, 1991b).

Considerando o aleitamento materno como um comportamento socialmente aprendido, as pesquisas revelam que o fato de ter sido amamentada e/ou ter tido contato com alguém que tenha amamentado, gera atitudes positivas em relação ao aleitamento materno e influencia na decisão de amamentar futuramente (Cusson, 1995; Gregg, 1989).

O aleitamento materno é descrito pelas adolescentes como uma prática íntima, que não deve ser feita em público nem na presença de homens, e que ocasiona ainda incômodo, desconforto e vergonha de expor o corpo. Estas “atitudes negativas” têm sido associadas à escolha de alimentação mista e ao uso da mamadeira como a melhor opção para alimentar o bebê (Ellis 1983; Wolinski 1989; Forrester *et al.*, 1997; Ineichen *et al.*, 1997).

Outras pesquisas revelam que as adolescentes consideram o aleitamento materno como uma prática natural e instintiva que favorece o vínculo mãe-filho, provê satisfação emocional para a mãe e para o filho e é mais prático, rápido e barato do que a alimentação com substitutos do leite materno. Estas “atitudes positivas” têm sido associadas à escolha do aleitamento materno exclusivo como a melhor opção para alimentar o bebê (Wolinski 1989; Purtell, 1994).

Alguns estudos apontam que as adolescentes possuem escassos conhecimentos em relação ao aleitamento materno e têm conceitos errôneos a respeito dessa prática tais como: “o tamanho dos seios estão relacionados à habilidade de amamentar” (Ellis, 1983), “o aleitamento materno é um comportamento instintivo e não aprendido” (Ellis, 1983; Wolinski 1989).

No Brasil, outros pesquisadores têm estudado as percepções e conhecimentos sobre aleitamento materno em meninas escolares de classe social alta e baixa, concluindo que as meninas de ambos os estratos sociais sabem que o aleitamento materno é o melhor alimento para um recém-nascido, porém desconhecem vantagens específicas e revela que o aleitamento materno exclusivo não está incorporado no conhecimento dessas meninas dado que consideram o oferecimento de água, chá, sucos e chupeta como práticas adequadas (Viana *et al.*, 1987; Nakamura *et al.* 2003).

Embora a maioria das adolescentes considere amamentar exclusiva ou parcialmente (40-79%) (Ellis, 1983; Gregg, 1989; Wolinski, 1989; Purtell, 1994),

um grande número ainda está indeciso à respeito do melhor opção para alimentar o bebê (19-42%) (Wolinski 1989; Purtell, 1994). O aleitamento materno deveria ser incluído como matéria escolar para ambos os sexos, desde os primeiros graus, em programas de promoção e educação em saúde nas escolas, preparando aos alunos tanto para a maternidade e paternidade quanto para a vida familiar e profissional (Gregg, 1989; Nakamura *et al.*, 2003).

1.2.3.4 Fatores que influenciam a decisão de amamentar entre as adolescentes

Muitos dos fatores que influenciam na decisão de amamentar das mulheres adultas, também afetam as mães adolescentes (Katz, 1999). No entanto, segundo Wambach & Cole (2000), o conhecimento dos fatores que influem somente neste último grupo ajudará entender melhor o por quê das adolescentes escolherem amamentar com menor frequência do que as mães adultas (Wambach & Cole, 2000).

Para entender como as adolescentes constroem a decisão de amamentar, devemos primeiro compreendê-las como adolescentes e, posteriormente, como mães (Wambach & Cole, 2000).

Nesta tomada de decisão, podem-se destacar os seguintes fatores:

- Fatores socio-demográficos e culturais.

a) Idade materna: adolescentes mais velhas (maiores de 16 anos) escolhem amamentar os seus filhos com maior frequência do que as mais novas (menores de 16 anos) (Yoos, 1985; Neifert *et al.*, 1988a; Robinson *et al.*, 1993; Ineichen *et al.*, 1997). Os processos de desenvolvimento e amadurecimento poderiam ser “chaves” na decisão de amamentar entre as adolescentes (Wambach & Cole, 2000).

b) Exposição prévia a modelos de aleitamento materno: tanto nas mães adultas quanto nas adolescentes não gestantes, a exposição prévia a “modelos” de amamentação e ao fato de terem sido amamentadas, influenciam favoravelmente na decisão de amamentar (Joffe & Radius, 1987; Lizarraga *et al.*, 1992; Wiemann *et al.*, 1998a; Wiemann *et al.*, 1998b). Neste sentido, Horta *et al.*

(2007), estudaram a duração da amamentação em duas gerações. Os resultados da sua pesquisa revelam que as mães adolescentes que foram amamentadas por menos de 1 mês apresentaram um risco 27% maior de desmamarem seus filhos precocemente, evidenciando que a decisão de amamentar é influenciada pela própria experiência da mãe com a amamentação e que quanto mais tempo a mãe foi amamentada, maior será a duração da amamentação do seu filho.

c) Etnia: pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos comprovou que adolescentes de etnia branca escolhem amamentar com maior frequência (67%) do que adolescentes de grupos étnicos minoritários (31%) (Wieman *et al.*, 1998a).

d) Rede social de apoio: a mãe da própria adolescente e o parceiro, o pai da criança, foram apontados como as figuras que mais influenciam a decisão de amamentar e, atitudes de aprovação e apoio por parte deles foram associadas com o início da amamentação em mães adolescentes (Robinson *et al.*, 1993; Ineichen *et al.*, 1997; Wiemann, *et al.*, 1998a).

O profissional de saúde foi apontado como fonte de encorajamento em menor proporção do que a mãe da adolescente e o seu parceiro (Ineichen; *et al.*, 1997; Ray & Estok, 1984), mas também como figura desmotivadora do aleitamento materno, induzindo a introdução precoce de métodos alternativos de alimentação como a mamadeira (Wiemann, *et al.*, 1998a).

Segundo Katz (1999), o desconhecimento do profissional de saúde do manejo adequado da amamentação, reforça as dificuldades iniciais que possam se estabelecer em tal processo. A amamentação durante muito tempo foi delineada com uma prática que deveria seguir normas rígidas. Esta concepção, ainda hoje é reproduzida nas orientações às mães fornecidas por muitos profissionais de saúde, discurso este, pautado no desconhecimento da fisiologia da amamentação e da singularidade do leite humano. No entanto, Lavender *et al.* (2005), sugerem que as mães adolescentes reconhecem como fundamental para o início e continuidade da amamentação, a função de uma enfermeira especificamente dedicada ao apoio do aleitamento no grupo. No Brasil, pesquisa desenvolvida por Lamounier *et al.* (2003), revelou que o pré-natal foi considerado como o meio de informação sobre aleitamento materno mais abrangente.

e) Grau de escolaridade da mãe: quando entrevistadas e consultadas sobre o tópico “amamentação”, as mães adolescentes com maior grau de escolaridade tiveram porcentagem em média maior de respostas consideradas

adequadas nas questões sobre benefícios do aleitamento materno para o bebê, benefícios do aleitamento materno para a mãe e mitos e preconceitos com relação ao aleitamento materno (Wambach & Cole, 2000).

Lamounier *et al.* (2003), apontaram uma proporção de 3,5 vezes maior aleitamento entre mães alfabetizadas do que em analfabetas.

Outros fatores que foram associados significativamente à prática da amamentação em mães adolescentes incluem: gravidez desejada; uso de drogas ilícitas durante a gestação; satisfação materna com o sexo do bebê; pensamento ou tentativa de aborto; bebê de alto risco; parto gemelar e separação mãe-filho no pós-parto imediato (Lamounier *et al.*, 2003).

▪ Fatores comportamentais e atitudes que influenciam na decisão de amamentar:

As mães adolescentes apresentam atitudes positivas e negativas em relação ao aleitamento materno. Embora as atitudes positivas sejam uma influencia substancial na decisão de amamentar, as atitudes negativas e as barreiras colocadas pelas jovens mães em relação a lactação, aparecem como os principais motivos pelos quais elas não iniciam o aleitamento.

Em estudo de revisão bibliográfica sobre amamentação e adolescência (Wambach & Cole, 2000), são citadas como atitudes positivas para iniciar a amamentação:

- benefícios do aleitamento materno para a saúde do bebê: a compreensão de que o leite materno é melhor do que a fórmula.
- favorece o vínculo mãe-filho.
- é mais conveniente: o processo é mais fácil de iniciar e menos complicado do que dar a mamadeira.
- é mais econômico.
- benefícios da amamentação para a saúde da mãe: dorme mais, faz com que a mãe se sinta importante, é mais natural.

As atitudes negativas ou razões para introduzir a mamadeira que aparecem são:

- a amamentação é inconveniente quando exclusiva forma de alimentar à criança: a mãe perde liberdade, deve fazê-lo sozinha, é embaraçoso.
- mudanças na imagem corporal: os seios se deformam, não se perde peso com facilidade.
- não gostam de amamentar.
- amamentar “não está na moda”.
- têm medo de sentir dor.
- o bebê engorda mais quando alimentado com fórmula.

Finalmente, as adolescentes colocam como obstáculos ou barreiras ao aleitamento materno:

- retorno à escola ou ao trabalho.
- restrições em algumas atividades: não se pode fumar, não se pode tomar anticoncepcional.
- falta de conhecimento em relação à amamentação: fisiologia da lactação e técnicas de aleitamento materno.

1.2.3.5 Experiências das mães adolescentes em relação à amamentação

As experiências das adolescentes em relação ao aleitamento materno apresentam algumas características em comum com as experiências de mães adultas. No entanto, esta prática adquire características únicas e especiais na população mais jovem, provavelmente devido ao nível de desenvolvimento e maturidade destas mães.

Segundo Maia Monteiro *et al.*(1998), um grande número de estudos aponta que a maioria das adolescentes deixa de amamentar nas primeiras semanas. As razões para o desmame são similares às observadas em mães adultas: confusão de bico, dificuldades na pega, pouco leite, fissuras mamárias, ingurgitamento, mastite, e bebê muito faminto.

Em estudo realizado em 1996, com 100 mães adolescentes, atendidas pelo Programa de Assistência Multidisciplinar à Mãe e a Gestante Adolescente, em

acompanhamento na Unidade Integrada de Saúde Hamilton Land da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os dados revelam que a amamentação é vista como algo de bom para a saúde do bebê, além de lhe proporcionar afeto e segurança emocional. O período de amamentação ultrapassou doze meses em 34% dos casos (Maia Monteiro *et al.*, 1998).

Numa pesquisa sobre as percepções das adolescentes em relação à gravidez e maternidade, Katz (1999), descreve que as narrativas das adolescentes sobre a amamentação reforçam o nosso entendimento de que o enfoque de risco, aquele que considera a gravidez e a maternidade como riscos advindos do comportamento adolescente, acarretando danos ao desenvolvimento integral, tanto para a mãe quanto para a criança, é uma construção baseada no olhar que estigmatiza a mãe adolescente e a destaca da sociedade. Contribui também para este estigma, a sua idade e a suposta imaturidade como as causas do desmame precoce. Neste sentido, o enfoque de risco reforça a responsabilidade e a culpabilização da adolescente diante do insucesso da amamentação, permanecendo imune às inúmeras influências que a mulher sofre no ato de amamentar.

Na literatura, as alegações maternas para o desmame precoce observadas exclusivamente em adolescentes incluem: dificuldades em manter a lactação após o retorno à escola ou ao trabalho, dificuldades para manter a produção e ordenha do leite quando separadas dos bebês, dificuldades para amamentar em público (Neifert *et al.* 1988b), interrupções do sono (Ellis, 1983), e dificuldades para continuar com a vida social (Lavender *et al.*, 2005).

A continuidade da amamentação foi influenciada por vários fatores como habilidade materna para cuidar do bebê e se adaptar as mudanças na vida social, auto-estima, certeza de estarem fazendo o melhor para a saúde do bebê, reconhecimento e apoio dos colegas e adaptações feitas pelos mesmos para não excluir a adolescente-mãe da rede social existente (Lavender *et al.*, 2005).

Às vezes o acompanhamento psicológico faz-se necessário para que seja efetuada a amamentação e o desmame, pois, para as adolescentes, tal tarefa se torna difícil. Isso, certamente, por causa de reviverem emocionalmente nesse momento, a própria amamentação e as dificuldades experimentadas com o desmame e a ansiedade de separação em seu inconsciente (Maia Monteiro *et al.*, 1998).

Ao analisar os dados e fatos presentes na literatura sobre a prática da amamentação em mães adolescentes, comprova-se que a maioria dos estudos descreve o comportamento das mães adolescentes em comparação com o das mães adultas. Observa-se também a escassez de pesquisas sobre este assunto. Neste sentido, novas pesquisas que envolvam as experiências das mães adolescentes no processo de aleitamento dos seus filhos devem ser incentivadas.

Embora os resultados observados na maioria das pesquisas sejam contraditórios enquanto ao desempenho da mãe adolescente em sua conduta para lactar, há consenso sobre a idade materna não ser um fator limitante para o exercício da amamentação.

Finalmente, as pesquisas demonstram que as estratégias de promoção e apoio ao aleitamento materno neste grupo devem começar na escola e bem antes do pré-natal, apesar da importância deste período também e envolver modelos referenciais que sejam significativos para as jovens mães, assim como profissionais de saúde devidamente capacitados para trabalhar com esta população.

Acredita-se que somente através de práticas de saúde que contemplem as necessidades, medos e dúvidas que estas mães apresentam na tentativa de amamentar, poderá se contribuir para o sucesso do aleitamento materno durante a adolescência.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Objetivos

Geral:

- Analisar como as mães adolescentes estudadas vivenciam o processo de amamentação de seus filhos.

Específico:

- Identificar os fatores que contribuem para a construção de tais vivências.

2.2. Método

2.2.1 O processo da pesquisa

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, centrada na compreensão das vivências de mães adolescentes no processo de amamentação dos seus filhos.

Entendemos a amamentação como uma prática cotidiana decorrente da maternidade, inerente à mulher, mas socialmente construída e historicamente determinada.

No Brasil, a partir da década de sessenta, têm sido desenvolvidas pesquisas que buscam uma lente de aumento para os comportamentos cotidianos, elos que interligam os processos estruturais e as práticas sociais — caminhos que permitam descobrir novos sentidos não previstos pela análise macroestrutural (Cardoso, 1988).

Para Garnica (1997), nas abordagens qualitativas, o termo *pesquisa* ganha novo significado, *“passando a ser concebido como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não se preocupando única e/ou aprioristicamente com princípios, leis e generalizações, mas voltando o olhar à qualidade, aos elementos que sejam significativos para o observador-investigador”*. Essa "compreensão", por sua vez, não está ligada estritamente ao racional, mas é tida como uma capacidade própria do homem, imerso num contexto que constrói e do qual é parte ativa. O homem compreende porque interroga as coisas com as quais convive. As coisas do mundo lhe são dadas à consciência que está, de modo atento, voltada para conhecê-las: o homem é já homem-no-mundo, ele percebe-se humano vivendo com outros humanos, numa relação da qual

naturalmente faz parte, não podendo dissociar-se dela. Assim, não existirá neutralidade do pesquisador em relação à pesquisa - forma de descortinar o mundo -, pois ele atribui significados, seleciona o que do mundo quer conhecer, interage com o conhecido e se dispõe a comunicá-lo. Também não haverá “conclusões”, mas uma “construção de resultados”, posto que compreensões, não sendo encarceráveis, nunca serão definitivas.

Segundo Minayo & Sanches (1983), a investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos indivíduos e grupos. Segundo Paulillo, o terreno da pesquisa qualitativa é aquele universo não passível de ser captado por hipóteses perceptíveis, verificáveis e de difícil quantificação. A imersão na esfera da subjetividade e do simbolismo, firmemente enraizados no contexto social do qual emergem, é condição essencial para o seu desenvolvimento. Através da pesquisa qualitativa, consegue-se penetrar nas intenções e motivos, a partir dos quais ações e relações adquirem sentido. Sua utilização é, portanto, indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo (<http://www.ssrevista.uel.br>).

Chizotti (1991), evidencia como condição da pesquisa qualitativa, a imersão do pesquisador nas circunstâncias e contexto da pesquisa, ou seja, o mergulho nos sentidos e emoções; o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo produto da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto.

Segundo Minayo & Deslandes (2002), “*no campo da saúde, devido à natureza de seu objeto, da sinergia entre processos objetivos e subjetivos, essas múltiplas possibilidades de abordagens teórico-metodológicas se integram a um cenário epistêmico complexo*”.

Neste cenário complexo, questionamos como as mães adolescentes vivenciam o processo de amamentação dos seus filhos. Numa aproximação com o real, visando atingir nosso objeto de estudo, identificamos as percepções, os

significados do amamentar para as mães em sua singularidade, e trabalhamos com o impacto no seu cotidiano vivido, articulando-o às suas determinações sociais mais amplas.

Partimos do entendimento de que a realidade é dinâmica, multifacetária e que o sistema de valores, a subjetividade, as condições de vida do pesquisador, dos atores sociais — no caso mães adolescentes — permeiam os significados e suas práticas sociais.

Tendo em vista nossa experiência no assistir às jovens mães e considerando a nossa concepção de aleitamento materno como categoria híbrida, erguemos como pressuposto que elas vivenciam a amamentação dos seus filhos como uma ação cotidiana que se consolida ou se desfaz em função da influência dos fatores da ordem da natureza e/ou da cultura que permeiam essa prática.

Assumindo a compreensão destas vivências, buscamos construir um novo conhecimento que possa nos auxiliar no melhor entendimento do universo subjetivo da adolescente-mãe que amamenta, redundando no aprimoramento da nossa função assistencial. Objetivamos, também, identificar os fatores da ordem da natureza e/ou da cultura que influenciam o cotidiano da prática do amamentar entre estas mães.

Assim, no intuito de contextualizar o estudo, definimos os limites de nosso campo de pesquisa, entendendo-o como “... *um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação [...] e... o lugar ocupado pelas pessoas e grupos convivendo numa dinâmica de interação social*” (Minayo, 2003).

2.2.2 O local do estudo

O local proposto para a pesquisa foi o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira. Esta Instituição foi credenciada como Hospital Amigo da Criança em 1999. O BLH/IFF funciona como Centro de Referência Nacional em

Bancos de Leite Humano e da Rede Latino Americana de Bancos de Leite Humano.

Dentro das ações de promoção e apoio ao aleitamento materno realizado a nível ambulatorial, destaca-se o atendimento em grupo e individual às gestantes e puérperas provenientes do próprio IFF e da comunidade externa.

No biênio 2004-2005, período em que desenvolveu-se esta pesquisa, foram atendidos na Instituição 258 partos de meninas entre 10 e 19 anos, sendo que os filhos de mulheres na faixa de 15 a 19 anos representaram o 91% do total (SINASC – SES/RJ, <http://www.saude.rj.gov.br>).

2.2.3 O grupo estudado

Foram objeto deste estudo mães adolescentes, primíparas, que buscaram ao ambulatório do BLH/IFF por ocasião da primeira consulta de puericultura, no período de pós-parto. Foram selecionadas aquelas mães que tivessem dado à luz filhos saudáveis e estivessem amamentando no período em que foi desenvolvida a pesquisa.

Na determinação do número de mães participantes, seguimos o proposto por Minayo (2004), que considera que: [...] “*a amostragem qualitativa (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observações e informações contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.* Assim sendo, utilizamos como critério o índice de saturação (Bertaux, 1980) segundo o qual passado certo número de entrevistas, o

pesquisador tem a impressão de que a apreensão do objeto está contemplado em suas semelhanças e diferenças.

Os nomes das adolescentes participantes foram trocado com o objetivo de manter o sigilo e a intimidade das entrevistadas.

2.2.4 A coleta de dados

A participação no estudo foi oficializada a partir da prévia assinatura pelo pai, mãe ou responsável da entrevistada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Informação, elaborados segundo as normas vigentes na Resolução Nº 196 de 1996, no seu parágrafo IV (ANEXO I).

Para a coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, aquela que se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas (Minayo, 2004), foi o instrumento utilizado na nossa tentativa de abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto desta pesquisa. A escolha deste tipo de instrumento baseou-se na oportunidade de propiciar o espaço para uma relação de intersubjetividades, de interação social pesquisador/pesquisado que nos permitisse a compreensão de nosso objeto de estudo através das falas dos atores sociais envolvidos - mães adolescentes – para, a posteriori, confrontar as informações obtidas com os pressupostos teóricos num processo de construção de conhecimento.

A técnica de entrevista semi-estruturada, concebida como um diálogo, onde há estímulo para a livre expressão do entrevistado, amplia o campo de discurso, que passa a incluir fatos, opiniões, impressões, sonhos, a maneira de dizer, as expressões, dúvidas, hesitações. É nas dobras do discurso que estão as ambigüidades, as contradições entre o pensar e o agir, as quais são importantes de serem captadas e desveladas (Oliveira & Oliveira, 1985).

Kahn & Cannel (1962 *apud* Minayo, 2004) definem *entrevista de pesquisa* como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Esta conversa a dois, é um momento de construção muito rico em reflexões, trocas, emoções. Há

pontos de identificação, pois temos questões em comum: somos mulheres, esposas, mães; em contrapartida, temos também pontos divergentes, pois pertencemos a grupos etários e posição profissional distintos.

O primeiro contato com as mães acontecia na consulta de puericultura. Além de nos familiarizarmos com as adolescentes, neste momento era feito o convite para participar da pesquisa. No percurso das consultas tivemos a oportunidade de complementar as informações obtidas dos prontuários e, através da observação participante, registrar outras questões envolvidas na complexa relação mãe-filho, outras dimensões que vão além do que a fala é capaz de captar. Em alguns casos, também foi possível observar o momento de uma mamada, constituindo-se este num momento muito rico do estudo.

Numa segunda fase da coleta de dados era realizada a entrevista semi-estruturada, onde seguimos um roteiro temático elaborado previamente, mediante a articulação do problema em estudo com o referencial teórico (ANEXO II). Este roteiro interiorizado, foi o auxílio na nossa “conversa” com as mães com vistas à obtenção das informações pertinente.

Na elaboração das questões contidas no roteiro seguimos a proposição de Minayo (2004), segundo o qual cada questão devia ter como pressuposto o marco teórico desenhado para a construção do objeto de estudo. A ordem dos assuntos abordados não obedeceu a uma seqüência rígida e, sim, foi determinada pelas próprias preocupações e ênfases que as entrevistadas davam aos assuntos em pauta.

A questão que norteou a entrevista foi *Como está sendo para você amamentar seu filho?* Procuramos criar um espaço para que as entrevistadas falassem livremente sobre o assunto em questão – o aleitamento materno – evitando a introdução de valores, juízos ou conteúdos pessoais do entrevistador.

Parga Nina (1983 *apud* Minayo, 2004), costuma definir a entrevista não-estruturada como “conversa com finalidade” onde o roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados. Nessa direção, foi utilizado o próprio conteúdo dos discursos das entrevistadas para ampliar e aprofundar a temática investigada. No entanto, visamos obter informações sobre os significados atribuídos ao aleitamento materno de um modo geral, a experiência pessoal de ter sido ou não amamentada, as vivências durante

a primeira mamada do bebê, o reconhecimento dos sinais de fome e as mudanças experimentadas no próprio corpo.

A aproximação qualitativa permitiu atingirmos regiões inacessíveis às simples perguntas e respostas de uma entrevista realizada com instrumento de tipo questionário.

O momento da entrevista resultou para nós em um grande aprendizado embora fosse um processo trabalhoso e delicado, que exigiu muito cuidado e respeito da intimidade das entrevistadas.

No final da conversa foi aberto um espaço para que as adolescentes pudessem expressar suas dúvidas ou questionamentos. Cabe acrescentar que, em geral, as entrevistadas foram muito receptivas à proposta.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete. Logo após cada entrevista foi iniciada a transcrição das fitas para análise e confronto das falas.

2.2.5 A análise dos dados

Na análise das transcrições, utilizamos a técnica da Análise de Conteúdo, que é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplica a "discursos" extremamente diversificados. Seu objetivo consiste na manipulação de mensagens, conteúdo e expressão desse conteúdo, para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem (Bardin, 1977).

As falas das mães adolescentes foram interpretadas tendo como base a inferência, isto é, a análise do conteúdo manifesto e dos significados latentes decorrentes das falas. O caminho foi, então, a articulação entre o sentido superficial e o sentido subjacente das mensagens, no contexto de produção dos enunciados.

Dentre as técnicas propostas pela Análise de Conteúdo, optamos pela modalidade Temática, por estar focalizada no *tema* do discurso, isto é, num feixe de relações que pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo e por ser, segundo Minayo (2004), uma das formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre Saúde. Ainda Bardin, (1977), define o tema como *“a unidade de significado que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”*.

Em termos operacionais, a Análise Temática comporta 3 etapas: a pré-análise, centrada principalmente na delimitação do corpus da pesquisa a ser analisado; a exploração do material, que visa codificar o material selecionado, e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de pré-análise partimos de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado e escolhemos os documentos a serem analisados seguindo os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Na fase de exploração foi feito um recorte do material analisado através da determinação das unidades de registro e de contexto as quais foram enumeradas visando a contagem segundo a frequência das mesmas. Posteriormente, as unidades escolhidas foram classificadas em categorias, isto é, em classes que reúnam um grupo de elementos sob um título genérico (Bardin, 1977).

Finalmente, na fase de interpretação, tentamos relacionar as estruturas significantes com as estruturas de significado dos enunciados, articulando a superfície do texto descrita e analisada com os fatores que determinavam suas características. Para tal fim, nos utilizamos do referencial teórico da Pesquisa Qualitativa em Saúde.

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo CEP/IFF (protocolo 024/04, folha de rosto Nº 52410) e pelo CEP/UERJ, sendo registrado no SISNEP (CAAE-0002.0.008.000-04), segundo as normas da CONEP.

2.3 RESULTADOS

"Yo tengo la idea de que las recién paridas están como iluminadas por dentro y los niños se duermen horas y horas sobre ellas, oyendo ese arroyo de leche tibia que les va llenando los pechos pare que ellos mamen, para que ellos jueguen hasta que no quieran más, hasta que retiren la cabeza: "otro poquito más, niño..." y se les llene la cara y el pecho de gotas blancas".

(Federico García Lorca – Yerma)

2.3.1.- Caracterização dos sujeitos do estudo

Na tentativa de proporcionar uma melhor compreensão de cada sujeito estudado, foi elaborado o perfil de cada uma das mães adolescentes participantes segundo dados obtidos do prontuário e entrevista (ANEXO III e IV).

Seguindo os critérios metodológicos propostos para o estudo, entrevistamos 12 mães adolescentes, entre 15 e 19 anos de idade, que deram à luz filhos saudáveis, nascidos a termo. Em sua maioria (11) encontravam-se amamentando exclusivamente no momento da entrevista. A única mãe adolescente que estava em regime de aleitamento misto coincidentemente, a única que tinha tido parto gemelar.

No momento da entrevista, os bebês tinham entre 8 dias a 51 dias de vida.

As entrevistadas, em sua maioria, eram mulheres de baixa renda, residentes no Estado do Rio de Janeiro. Com exceção de uma (01), todas elas eram solteiras, porém duas (02) adolescentes moravam com o companheiro, cinco (05) com o companheiro e algum membro familiar, quatro (04) só com algum familiar e uma (01) com seu marido e seus pais.

Em relação à escolaridade, todas as depoentes estudavam em escolas públicas e encontravam-se de licença escolar por ocasião da gravidez e o parto. Quatro (04) das adolescentes apresentavam defasagem escolar e somente uma (01) tinha completado o segundo grau e estava inserida no mercado de trabalho.

2.3.2 Vivências de mães adolescentes na prática da amamentação

Para as mulheres estudadas, a essência da prática do aleitamento materno se constrói ao redor de dois *temas* principais: sua **preocupação** em relação ao sucesso/insucesso da amamentação e o exercício de **deveres** inerentes ao ser mãe adolescente (ANEXO V).

2.3.2.1 Preocupação materna em relação ao sucesso/insucesso da amamentação

*"Toda mulher
Tem no seu íntimo uma magia própria
De fazer acontece, de dar um jeito,
De dar o peito, dar um colo
Fazer bem feito"*

(Autor desconhecido)

A partir das falas das mulheres, percebemos que a preocupação materna com relação ao sucesso/insucesso da amamentação gira em volta de três *sub-temas* de cunho biológico: “preocupação em produzir leite em quantidade e qualidade suficiente”, “preocupação em ter mamas aptas para amamentar” e “preocupação em conseguir que o bebê mame efetivamente”.

Preocupação em produzir leite em quantidade e qualidade suficiente

A preocupação materna com sua capacidade de produzir leite suficiente para alimentar o filho se instala no imaginário feminino desde o início da gravidez.

A presença de colostro durante a gravidez se apresenta para a mãe adolescente como um augúrio de boa produção láctea, certificando a possibilidade de ser uma boa nutriz desde as primeiras experiências com a amamentação.

*“... ah, meu peito, do nada meu peito molhava, que estava muito cheio...
antes de eu ganhar ela, meu peito já vazava tudo... []... sabia que ia dar muito*

leite, que estava vazando... sem ela mamar já estava vazando!...Falei:-Pronto, então vou dar bastante leite..."

ISA – 15 anos.

"...[a primeira mamada] foi bem...foi na hora que nasceu, porque ele já veio com a boca aberta, aí sugou no peito já, direto...e já produzia leite já desde a gravidez, já saia leite do peito, bastante, já desde a gravidez..."

ADA – 15 anos.

O reconhecimento da competência para satisfazer as necessidades nutricionais do filho de forma irrestrita foi muito valorizado pelas mães adolescentes, causando alívio à mãe que ostenta esse poder.

"... [ter bastante leite representa] muita coisa, né?, que minha filha pode mamar quantas vezes ela quiser..."

ISA – 15 anos.

"... ela está mamando bem, encheu bastante leite, tem bastante leite... ela mama bastante..."

BIANCA – 16 anos.

"... meu peito enche rapidinho... eu tenho muito leite, graças a Deus... ele mama bastante..."

FLÁVIA – 15 anos.

Neste sentido, Del Priore (1993) observa que, no período colonial, a presença do leite, além de confirmar a existência de um tempo de gestação e parto, atestava a capacidade da mulher de ser mãe; donde vem a acepção “mãe-de-leite”.

No caso contrário, diante a impossibilidade de acalmar a fome do bebê por perceber que o leite é insuficiente, a felicidade se transforma em agonia e a mulher se sente incapacitada para cumprir com seu papel de mãe-nutriz e sobrevém a tristeza.

"... [amamentar é] uma coisa... uma felicidade... []...ah, porque você fica agoniada com seu filho chorando, querendo mamar e você não ter leite no peito e você não poder fazer nada..."

ADA – 15 anos.

"... a menina que ficou do meu lado, ela fez cesárea... Aí, o neném, engraçado, ela não tinha leite, mas o neném ficava puxando... Primeiro ela puxava aqui e depois tomava no copinho, que ele queria mamar no peito da mãe e ela

estava triste que não tinha leite, mas ela dava o peito assim... O peito estava todo machucado, que ela não tinha nada, mas ela dava assim mesmo... deve ser muito triste não ter leite também...”

GRAÇA – 16 anos.

Quando o leite materno é insuficiente, existe para a mulher a opção pelo aleitamento misto⁵. Então, ela avalia de forma prática a saciedade da criança segundo o tipo de leite que é oferecido. Sem necessidade de comprovações científicas, a mãe conclui que o leite materno é o alimento que melhor satisfaz a fome do bebê.

“...eu acho que o peito enche e você nota mais que o leite NAN...do meu peito eles tomam mais...solta o peito, aí dorme bem mais do que com NAN...eu acho que o peito é melhor porque eles dormem mais, ficam mais calmos...”

KÁTIA – 15 anos (mãe de gêmeos).

Segundo Nakano (1996), a questão da produção láctea tem um significado ímpar tanto para a mulher como para seu meio relacional, como determinante de sua capacidade de ser uma boa nutriz, o que a qualifica como boa mãe.

Produzir leite em excesso, para além da demanda do próprio filho, se constitui em um bem passível de ser doado. Através desse gesto solidário, a mulher possuidora desse precioso bem, tenta ajudar a redimir a tristeza da mulher que não o possui.

“... agora eu vou doar leite pro banco, para não ficar assim pingando, boto num vidrinho... porque eu só tenho sobrando, né?, não custa nada...Tem um neném precisando lá...eu vi lá, tem um montão de neném que estão lá...a mãe estava super triste que não tinha leite também...”

GRAÇA – 16 anos.

Vários fatores são referidos pelas mães adolescentes como influidores da quantidade de leite a ser produzido. Merece destaque a alimentação da mãe durante a gravidez, o tamanho dos seios e a crença de que “o leite pode secar”. Ditas alegações maternas são geralmente embasadas no saber popular e representadas sob a forma de “mitos” que se transmitem de uma geração à outra.

⁵ Aleitamento misto: Significa amamentar parcialmente no peito em algumas mamadas e dar também outro leite. Thomson (2000).

A alimentação saudável é evidenciada como condição para a ocorrência de uma gravidez sem alterações, sendo estabelecida uma relação direta entre o consumo de certos alimentos por suas propriedades lactogênicas⁶ e produção de leite em quantidade suficiente.

“... a gravidez foi bem, me alimentava direitinho, comia bastante, comia coisas de criança, Danoninho...por isso que também fiquei produzindo bastante leite, né? Por causa disso agora estou com muito leite...”

ADA – 15 ANOS.

No senso comum, o Danoninho é considerado um alimento “forte” para as crianças. Durante muitos anos a propaganda na mídia predicou “Danoninho vale por um bifinho”.

Especificamente, a respeito do consumo de produtos lácteos durante a gestação e a lactação, Almeida (1999), assinala que *“Inúmeros são os tabus alimentares, cardápios, dietas e regras que gravitam em torno da gestante e da lactante. Em meio a este conjunto de construções sociais, o estímulo ao consumo de leite de vaca e derivados merece atenção especial, praticamente por ser uma prática valorizada em estratégias comerciais, que se originam na pecuária leiteira e que ganham ênfase nas indústrias que fabricam leites modificados”*.

Não temos encontrado na literatura trabalhos que demonstrem os mecanismos pelos quais alguns alimentos poderiam aumentar a produção de leite. No entanto, há evidências que atribuem a fatores psicológicos o aumento relativo da produção de leite após a ingestão de alimentos que as mães acreditam ter esse poder (Vitolo *et al.*, 1994; Gonçalves, 2001). É provável que este tipo de crenças aumente a confiança da mãe em si mesma e como nutriz.

Outro saber, produto do imaginário social, refere que o tamanho dos seios reveste um caráter análogo à quantidade de leite que a mulher pode produzir. Assim, à mulher que tem seios grandes é atribuída a capacidade de produzir muito leite e quem tem peitos pequenos, produzirá leite em quantidade menor.

“O excesso do tamanho dos meus seios, eles já eram grandes, então produziu muito leite e ficaram maiores ainda... []... A minha sobrinha, essa que tem 7 meses, que eu tinha tanto leite que eu tirei e a mãe deu na mamadeira para ela... porque ela tem pouquinho leite... o peito dela é pequeno...”

⁶ Segundo King (1994) “lactogogos” são alimentos especiais, líquidos ou ervas, que algumas pessoas acreditam ter o poder de aumentar a produção de leite.

O conhecimento científico a respeito da anatomia e fisiologia da lactação e da sucção desdiz esta construção social. Tem sido comprovado que a quantidade de leite produzido está principalmente relacionada com a estimulação da prolactina, hormônio cuja produção pela hipófise anterior depende da estimulação das terminações nervosas da mama pelo lactente.

Deste modo, quanto maior a frequência das mamadas ou maior a intensidade do estímulo do complexo mamilo-areolar, garantindo a manutenção de níveis altos de prolactina, maior a indução da síntese do leite, que deverá ocorrer no momento da secreção láctea (Araújo & Rodrigues, 2006). Seios grandes e pequenos produzem a mesma quantidade de leite, pois o que determina o tamanho do seio é o tecido adiposo e não a glândula mamária. A quase totalidade do leite humano é produzida no momento da mamada, sempre respondendo à demanda do bebê.

A crença popular de que “o leite pode secar”, sugerindo que o leite materno possa ser insuficiente para alimentar o bebê, é tida no entorno social da adolescente, como argumento para a introdução da mamadeira e dos substitutos do leite materno em idade precoce, constituindo-se em fator de risco para o desmame.

“... minha irmã não amamentou muito tempo, não...acho que meu sobrinho, com 2 meses, ele já tava na mamadeira...acho que ela não estava com leite...acho que estava secando o leite dela, uma coisa assim...”

EVA – 18 anos.

Outro mito vinculado ao anterior refere que “se o leite cair no chão, o peito seca”.

“...às vezes vaza muito, aí quando vaza eu boto num copo, boto na geladeira...às vezes eu lavo o copo, jogo na pia, pra não jogar no chão, aí deixo a água escorrer assim...”

BIANCA – 16 anos.

Percebemos nas falas das mães adolescentes, a construção de saberes sobre o leite humano, originados no entorno familiar e social da mulher.

Gonçalves (2001) considera que a família, na grande maioria dos casos, é quem apóia a mãe que decide amamentar e traz, junto com o apoio, seus mitos, tabus e preconceitos quanto à amamentação, provenientes da história dessa família, de suas experiências anteriores com a amamentação e de seus conhecimentos culturais. Segundo a autora, essas crenças são idéias ou opiniões que a pessoa possui, e que são consideradas como verdadeiras a partir do que é afirmado ou realizado por alguma pessoa significativa para a mãe-nutriz ou pelo grupo do qual ela faz parte.

O contexto social no qual a mãe adolescente e sua família estão inseridas também exerce importantes influências que podem modificar as concepções intrafamiliares, interferindo nas decisões da mulher no que tange ao aleitamento materno e aos cuidados do filho.

De acordo com Ichisato & Schimo (2001), o fator cultural constrói o saber do homem, sendo que as crenças e os tabus fazem parte desta construção como herança sociocultural, determinando diferentes significados do aleitamento materno para a mulher.

A avaliação da capacidade de nutrir a criança alude não só à quantidade, mas também à qualidade do leite produzido.

Neste sentido, o colostro produzido no começo do aleitamento é desvalorizado frente ao leite maduro, sendo caracterizado como alimento insuficiente e insatisfatório para o bebê. Esses juízos de valor têm base principalmente nas características do colostro. Assim, o leite maduro é definido como “forte” em comparação com o colostro, de aspecto aparentemente mais “fraco”.

“...no começo o peito enchia também mas não era leite, era aquele fraquinho, e demorou uma semana para começar a ficar forte o leite, então por isso que ele não mamou muito...demorou um pouquinho para ficar leite mesmo...”

FLÁVIA – 15 anos.

“...agora o meu leite tá forte, tá satisfazendo ele...”

DIANA – 19 anos.

Almeida (1999) refere que o padrão de cor e consistência para o leite humano foi culturalmente instituído com base nos referenciais estabelecidos para a pecuária leiteira (leite forte é o leite gordo). Assim, “quanto mais encorpado for o

leite e mais intensa sua coloração, de preferência tendendo do branco opaco para o amarelo, melhor sua qualidade”.

Conforme o autor, a necessidade de constatar seu leite, vivida pela mãe no puerpério, pode e deve ser entendida como produto da ansiedade decorrente da vulnerabilidade emocional a que está exposta a mulher nesse período da vida, experimentando em um curto espaço de tempo uma série de sentimentos contraditórios (Almeida, 1999).

Percebemos nos depoimentos das mães adolescentes estudadas uma grande preocupação em produzir leite em quantidade e qualidade suficiente e entendemos a origem desta preocupação no valor sociocultural outorgado à capacidade da nutriz de “ter leite” como atributo que qualifica a “boa mãe”. Assim mesmo observamos nos discursos analisados a influência de saberes sobre o leite humano construídos no entorno familiar e social das adolescentes.

Preocupação em ter mamas aptas para amamentar

O seio materno, idealizado para amamentar, é apreciado pela mulher tanto em sua capacidade para produzir leite como em sua constituição anatômica.

Assim sendo, o mamilo pequeno é considerado inadequado para que o bebê possa realizar a pega corretamente.

“... no começo ele não queria pegar, não queria, porque meu bico é pequeno.”

HILDE – 15 anos.

Conforme Moraes & Thomson, (2006), o tamanho do mamilo em repouso não é importante, porque a criança pega o mamilo e parte da aréola. O mamilo é apenas um ponto de referência para facilitar ao bebê a pega do seio materno.

Entretanto, o mamilo protruso é hierarquizado, fazendo que a mulher submeta seu corpo a práticas físicas inapropriadas para comprovar se ela pode cumprir com este requisito biológico.

“... Durante a gravidez eu espremia para poder descer o bico do peito, para fazer o bico, mas eu já tinha bico também no peito...”

ADA – 15 anos.

Há evidências científicas, que os exercícios de Hoffmann⁷ e técnicas de protrusão mamilar no pré-natal não alteram o índice de aleitamento materno, não sendo, portanto recomendado o seu uso com este propósito (Rossi *et al.*, 2006).

Não obstante, é na prática do aleitar onde estas questões adquirem sua real dimensão, causando surpresa à mãe que se prejudicava em desvantagem biológica por “não ter bico”.

“... eu ganhei no sábado e fui embora no domingo, ganhei alta no domingo... porque tava tudo bem com ela e comigo... e as outras que já estavam há mais tempo, ficaram... que tinham problema de não conseguir e tinham bico! Não conseguiam dar de mamar! ... e elas tinham bico!...”

CLARA – 15 anos.

Estas falas trazem à tona a funcionalidade do mamilo como atributo qualificador do corpo feminino, mas também imprimem um significado moral de culpabilidade (Nakano, 2003).

Del Priore (1993), referindo-se ao discurso médico do período colonial, no Brasil, sobre a anatomia do corpo feminino, assinala que o bico do seio tinha a importante função de servir “*para que a criança tenha em que pegar e o leite possa mugir*”.

Evidenciamos que para as mães adolescentes, a amamentação bem sucedida se constrói ao redor de expectativas focalizadas sobre si mesmas, como foi descrito acima, mas também sobre o bebê.

Em ocasiões, quando há divergências entre o esperado e o vivenciado, o contexto real do exercício da amamentação vem para desmistificar as possíveis dificuldades de sucção decorrentes de problemas na constituição do mamilo.

“... falaram que quem não tem bico não pode amamentar...que ela ia parar de mamar, mas ela não está parando...ela mama muito, e continua mamando...[] ... ela pega, ela puxa de uma forma...e eu não tenho bico ...”

CLARA – 15 anos.

As mulheres estudadas procuram encontrar no próprio corpo manifestações que certifiquem a funcionalidade e aptidão de suas mamas para

⁷ Os exercícios de Hoffmann consistem em pressionar os mamilos com os dedos indicador e polegar de cada mão, sobre a margem areolar oposta e puxá-los para fora e para trás (King, 1994).

amamentar. O vazamento de leite, além de ser sinal de boa produção, é interpretado pelas adolescentes como indicador fidedigno da “hora de mamar”.

“...na hora de mamar o peito começa ficar duro e fica latejando, aí eu ponho se ela quer, se ela não quiser, aí o peito fica pingando...”

GRAÇA – 16 anos.

“...na hora de mamar às vezes meu peito fica latejando, assim...de vez em quando vaza...”

HILDE – 15 anos.

“... eu sei que ela quer mamar porque meu peito tá doendo muito, que tá muito cheio...aí ela quer mamar...aí vaza...”

ISA – 15 anos.

Como refere Nakano (2003), no cotidiano da amamentação, as mulheres se orientam pela natureza do processo reprodutivo que imprime marcas nos seus corpos como *“o peito vaza, incha, fica duro”*. Segundo a autora, a busca dessas referências corporais pode estar relacionada à adoção de uma prática da amamentação liberada de regras e normas construídas pelo processo de medicalização do corpo feminino, estabelecidas nos manuais de puericultura.

As adolescentes do estudo trazem o significado das intercorrências mamárias da lactação (ingurgitamento mamário ou “peito empedrado” e fissura mamilar ou “ferida”) como mais um fator que pode ameaçar a possibilidade de “ter mamas aptas para amamentar”.

A construção social da amamentação como uma prática que geralmente traz problemas e complicações para a mulher, faz com que o acontecimento de intercorrências mamárias seja normalmente esperado por ela, como sendo parte integrante do processo de amamentar. No caso de ser eximida de tal padecimento, a mulher se sente agraciada, não encontrando explicação a semelhante dádiva.

“...graças a Deus não tive complicação nenhuma, que geralmente o peito fica empedrado, dá ferida, esse negócio...eu não tive... graças a Deus! Isso eu gostei pra caramba...nisso começou doer o bico do peito, e aí comecei a me preocupar, mas graças a Deus não foi nada, não.”

EVA – 18 anos.

A expressão “peito empedrado” resulta da percepção tátil da formação de “pedras de leite” no interior da mama, nas situações de ingurgitamento mamário

intenso. Ao apalpar a mama, a mulher percebe a existência de pontos endurecidos que descreve como “caroço, nódulo ou pedras de leite” (Almeida, 1999).

As mães entrevistadas deram a maior atenção aos sinais de ingurgitamento mamário (peito duro, apalpar pedras de leite) manifestos nos seus corpos, por sentirem ameaçada sua capacidade para amamentar.

No entorno social das adolescentes estudadas, o “peito empedrado” é concebido como um vilão que desperta medo e do qual se deve tomar cuidado. No intuito de se defender do vilão, as mulheres utilizam-se de estratégias de prevenção, como “tirar o leite” ou “dar o peito que está mais cheio”⁸.

“...[quando meu peito fica duro] doe muito...tipo umas pedras...aí eu falo assim: “- eeeeeh, meu peito está empedrando”, que eu tenho medo de empedrar, porque falaram que doe tanto!... aí eu pego e tiro...sai com a bombinha, rapidinho, rapidinho mesmo...”

CLARA – 15 anos.

“... quando um peito está muito cheio eu dou o que está mais cheio pra não empedrar...[]... nunca aconteceu...mas tem que tomar cuidado...”

FLÁVIA – 15 anos.

Existe uma certa confusão no imaginário popular em relação aos mitos/crenças em volta do aleitamento materno. Outra crença que circula no meio das adolescentes que participaram do estudo é se a criança arrotar no peito o leite seca.

“... meu medo é dela arrotar no peito...falaram que incha o peito, sei lá, se ela arrotar no peito...[]... falei: “- eeeeeh, já sinto aquele ardor que empedra...”

CLARA – 15 anos.

A mãe adolescente recebe na Instituição hospitalar uma bagagem de orientações sobre a prática do aleitamento e sobre a prevenção e tratamento das intercorrências mamárias da lactação. Em seu discurso, ela é capaz de reproduzir esses conhecimentos mostrando ter sido uma boa aprendiz.

“...no Banco de Leite aprendi a fazer ordenha...Primeiro você tem que botar, se estiver muito duro e quente, um pouquinho de gelo uns 10 minutinhos...aí depois tem que amassagear bastante, muito mesmo, aonde a parte que estiver mais dura, amassagear e depois começar tirar leite do peito...”

⁸ Para evitar o ingurgitamento mamário recomenda-se amamentar no sistema de livre demanda e, se a criança não conseguir sugar adequadamente, retirar o leite da mama mediante expressão manual ou com bomba (King, 1994).

ADA – 15 anos.

“...eu dou o último peito, que foi o último da outra mamada, se eu dou primeiro esse, depois dou esse...aí da próxima dou primeiro esse e depois esse, que aí pega o último leite que é mais forte e ele mama em um instante...”

FLÁVIA – 15 anos.

No obstante, quando a mulher “é graduada” e abandona o ambiente hospitalar, ela percebe que nem sempre o saber adquirido condiz com o tipo de ajuda prática que ela precisa para resolver as dificuldades acontecidas no seu cotidiano como nutriz.

Então, apesar da legitimidade concedida ao saber legado pelos profissionais de saúde, a mulher se vê forçada pela obrigação sentida e assumida de amamentar o filho e, frente à necessidade de acalmar a própria dor e o sofrimento, lança-se à busca de respostas em outras esferas. Logo, experimenta até achar uma solução à medida do seu problema. Nessa aventura exploratória, um grande leque de opções se abre para ela.

Os novos saberes, de um modo geral, são construídos como réplicas de práticas populares ou de informações oferecidas por pessoas do entorno social que por algum motivo revestem um significado especial para a mulher. Assim, o meio social e relacional da adolescente constitui-se no lugar aonde ela valida os conhecimentos adquiridos na instituição hospitalar.

“... Quando eu fui para casa passou uns 3 dias até que eu não estava amamentando porque o bico do meu seio tinha rachado e sangrou até... []... Eu passei 5 dias passando o leite... só aumentava a rachadura, só piorava.. e eu estava já ficando desesperada de dor.., para tentar cicatrizar eu botei aquele...casca de mamão...só que como estava doendo muito e eu tinha que dar de mamar, eu liguei para uma colega farmacêutica...ela recomendou usar uma pomada...aí eu passei.”

FLÁVIA – 15 anos.

Antigamente acreditava-se que a utilização de produtos naturais como casca de banana, mamão, banha de porco e outros, não traziam prejuízo algum à saúde. Vaucher & Durman. (2005), assinalam que pesquisas recentes corroboram que estas substâncias podem trazer prejuízos à saúde de ambos. Segundo os autores, as cascas de banana e de mamão têm toxinas próprias da fruta, que em bebês menos resistentes podem causar problemas intestinais e reações

alérgicas. Nos mamilos, além do desconforto, podem ocorrer inflamações e possíveis infecções, contudo em alguns casos realmente contribuem para a cicatrização.

O entorno social, neste caso, a família e os amigos da adolescente-nutriz, precisam estar a par do que está sendo orientado a ela pelos profissionais de saúde, para que exista convergência entre as informações, e em conseqüência, para que elas sejam bem aceitas. Porém, o profissional precisa estar informado acerca dos conhecimentos que circulam no entorno social da mulher (Gonçalves, 2001). Desta forma, a atitude do profissional de saúde de reconhecer e compreender as diferenças culturais presentes no dia-a-dia da nutriz e manifesta no seu modo de agir, possibilitará um cuidado mais congruente com as reais necessidades da mulher e seu entorno (Marcon e Elsen, 1999; *apud* Gonçalves, 2001).

Rossi *et al.* (2006), alertam sobre a importância de referir às mulheres aos serviços de suporte à amamentação argumentando que *“a insegurança gerada após a alta e a falta de diagnóstico precoce nas complicações do aleitamento materno podem gerar danos físicos e emocionais à mãe e ao bebê e principalmente o desmame precoce. Quando a mulher é orientada sobre os locais em que poderá ser acolhida e receber ajuda, sua autoconfiança aumenta e, ao procurar precocemente estes serviços estará prevenindo as conseqüências que poderão determinar os agravos à saúde e/ou desmame”*. Esta recomendação alude ao passo 10 da IHAC para o sucesso do aleitamento materno⁹.

Diante das intercorrências mamárias, o medo de não conseguir amamentar o filho efetivamente ou de prejudicá-lo de certa forma, leva à mãe a se tornar vulnerável e insegura frente à amamentação. Ela acaba procurando subsídio nas experiências de pares que atravessaram situações similares.

“...ah, pensei que não ia conseguir mais dar de mamar para ele...aí eu achei que fazia mal dar de mamar com sangue, ...aí os médicos falaram que não... eu perguntei se não podia passar nada eles falaram: “- não, passa só o leite e espera”...só que não melhorava... minha vizinha falou para passar uma pomadinha, eu passei no dia seguinte a rachadura já tinha sumido...a partir daí eu comecei a dar de mamar normal... ele começou a pegar peso...”

JÚLIA – 16 anos.

⁹ O passo 10 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança recomenda encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (UNICEF/Brasil. <http://www.unicef.org/brazil>).

Vaucher & Durman (2005), referem que o produto mais recomendado para o tratamento das fissuras é o próprio leite, contudo alguns médicos ainda orientam o uso de pomadas. A única preocupação com a utilização deste tipo de produto e outros, senão o leite, é o desmame precoce devido ao sabor percebido pelo bebê.

Percebemos a partir da fala da mulher, que a presença de sangue no leite, devido à fissura do mamilo, tende a ser mais valorizado como indicativo de anormalidade do que de dor, na medida em que expõe a criança ao perigo por estar em contato com o sangue através do leite materno. O sangue na superfície do mamilo traz conotações de doença e impureza, contrapondo-se ao leite que é significativo de vida e pureza. Resultados similares foram obtidos por Nakano (2003).

As mães adolescentes entrevistadas deram ênfase a sua preocupação em ter mamas aptas para amamentar, avaliando o próprio corpo tanto em sua constituição anatômica quanto em sua funcionalidade. As mulheres percebem as características do mamilo e as intercorrências da mama puerperal como fatores de risco para o insucesso da amamentação. Entendemos que tais avaliações refletem o significado que o corpo feminino, em especial os seios, tem assumido em nossa sociedade e no discurso dos profissionais de saúde como requisito fundamental para o estabelecimento do aleitamento materno efetivo, reforçando o modelo de maternidade legado do século XVIII que responsabiliza e culpabiliza à mulher pelos infortúnios que possam acometer a saúde da criança.

Preocupação em conseguir que o bebê mame efetivamente

A mulher espera de si a produção de leite em quantidade suficiente e que seus seios sejam aptos para amamentar. Sentindo-se ela fisiologicamente habilitada para exercer a amamentação, presume que o bebê apreenderá seu seio adequadamente para poder receber o fruto do seu corpo. Estabelece-se assim, uma dupla demanda desenhada a partir de quesitos biológicos.

O bebê nasce dotado de reflexos orais, como o reflexo de procura e abertura de boca, que asseguram a localização da fonte de alimento e a apreensão do seio materno. Esses reflexos, próprios dos mamíferos, junto com os

de sucção e deglutição¹⁰, têm por função salvaguardar a subsistência da espécie, dado que garantem a alimentação desde o começo da vida.

Concebida pela mulher como habilidade, a capacidade do bebê para abocanhar o seio é avaliada e valorizada. A mãe sente alívio quando comprova que seu filho pode mamar “direitinho”.

“...quando ele nasceu, logo me deram e eu dei de mamar para ele...ele já pegou, maior bocado, abriu o bocado, ficou direto... [] ...direitinho, pegou em volta, todinho...ele mama direitinho, graças a Deus...”

FLÁVIA – 15 anos.

A “naturalização” da resposta da criança ante o seio materno é cientificamente construída na Psicologia, que considera a boca do bebê o centro de seu universo. Através da amamentação, o bebê experimenta o primeiro gosto importante de sua vida e a primeira posse por meio da sucção, que é um “dom biológico congênito” (Ribble, 1975).

No entanto, Sanches (2004) refere que apesar da sucção ser um ato reflexo, a ordenha, ou seja, a extração do leite do peito não o é, o que exige do bebê aprender a retirar o leite, adaptando suas condições orais anatômicas para o encaixe na mama de sua mãe.

Assim sendo, as dificuldades se fazem presentes quando a mãe percebe na criança uma inabilidade técnica em proceder com a amamentação.

“...no começo achei um pouco difícil porque ela tinha a boquinha muito pequena e não conseguia pegar direito...”

LAÍS – 18 anos.

Observamos que na prática do aleitamento materno, habilidades aparentemente inatas e instintivas, como dar de mamar ou sugar o seio materno, se transfiguram em comportamentos que podem ser aprendidos. Deste modo, o instinto cede seu espaço ao raciocínio.

O profissional de saúde e o meio relacional da adolescente foram referenciados pelas mulheres estudadas como as principais “fontes de saber”.

¹⁰ Os reflexos orais são os seguintes: busca ou procura (ativado mediante toque na bochecha e, principalmente, nos quatro pontos cardeais dos lábios), cuja função consiste em localizar o peito; sucção (desencadeado pelo toque na ponta da língua e papila palatina), sendo sua função a retirada do leite; e deglutição (obtido mediante estímulo do leite na região posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote). Sanches, MTC (2004).

“...eu boto [o peito] às vezes com ela de lado... aí a doutora me ensinou botar, deitar com ela, botar de lado, segurar, que ela não cai...”

CLARA – 15 anos.

“...eu aprendi a dar de mamar de ouvir, de ver o que tem de sobrinhos... todo mundo me explicava... eu perguntava bastante também como é que era...”

EVA – 18 anos.

A mãe adolescente valoriza o pré-natal como uma instancia que oportuniza a apropriação de conhecimentos que logo poderá utilizar para minimizar as possíveis intercorrências no decurso da amamentação do seu filho.

“... antes de eu ter o Miguel já me ensinaram, deram a orientação... falaram que não podia dá só, botar o bico do peito, mas a parte da aréola, quanto mais, melhor, pra poder não ferir o bico do peito...”

ADA – 15 anos.

“...foram muito ruins os dias lá no hospital...porque para dar de mamar, eu não sabia...como eu não tinha feito pré-natal, também eu não sabia dar de mamar então, ele rachou meu bico todo...”

JÚLIA – 16 anos.

A “função mediadora” do profissional de saúde resulta de fundamental importância para a mulher em suas primeiras experiências como nutriz, concorrendo para o êxito e o prazer da díada mãe-filho no seu primeiro encontro.

“... na primeira mamada foi tudo bem, ele pegou direitinho... o enfermeiro me explicou direitinho e aí eu consegui amamentar ele direito... foi logo assim que ele nasceu...”

EVA – 18 anos.

“as enfermeiras ajudaram botar a aréola, botaram a aréola junto com bico na boca... ele começou a mamar, mamou bastante, dormiu até no peito, não queria largar... e gostou...”

ADA – 15 anos.

A ajuda do profissional de saúde oferecida no momento oportuno contribui para que a mãe adolescente supere as dificuldades iniciais do aleitamento materno e adquira segurança.

“... ele não conseguia pegar, não conseguia... aí veio a enfermeira, veio não sei mais quem, veio nutricionista pra poder me ajudar para ele pegar o peito...aí foi quando eu consegui...aí veio a pediatra, todos me ensinando...”

HILDE – 15 anos.

“...eu aprendi a posição de dar de mamar para ele aqui no hospital mesmo, que foi uma doutora, foi até a nutricionista que viu eu dando para ele assim mesmo [o bebê separado do corpo da mãe e com a cabeça virada] e falou: “- Eva, se você virasse ele, é melhor”, encostando nele, aí põe ele assim [explica a posição adequada]...no caso, ele estava bem mais novinho, então ele chupava bastante...aí depois que eu peguei essa posição que ela explicou para mim eu consegui dar de mamar...”

EVA – 18 anos.

Entretanto, percebemos nos depoimentos das entrevistadas que o início da amamentação pode estar marcado por limites impostos pelas próprias rotinas dos serviços de saúde, por vezes, discordantes das expectativas da mãe. Neste contexto, ela como cliente, deve obedecer à norma da Instituição, sem direito a queixas, relegando seus desejos de amamentar o filho.

“...assim que ele nasceu eu já queria amamentar ele...aí falaram que não, que não podia, que era para eu esperar e eu ia para a outra sala...aí que esperaram descansar e botaram ele no meu peito...”

ADA – 15 anos.

“...[a primeira mamada] foi no mesmo dia que ela nasceu...só que dei de mamar a ela 6 horas da tarde, que ela nasceu de manhã...que eles não tinham os resultados dos meus exames...aí eles tiveram que fazer tudo de novo... exames de HIV, para ver se tinha alguma coisa...[]...pensava que eu não podia dar de mamar a ela...[]... eu fiquei assustada...que eu falei para os médicos que eu não tinha nada e eles falaram que tinha que fazer todos os exames de novo e fiquei assustada...falei: “- não vou poder dar de mamar pra minha filha”...”

ISA – 15 anos.

Depreendemos destas falas que as mães estão sendo pouco informadas a respeito do porquê de certas normas institucionais ou que as informações dadas não estão conseguindo atender os reais sentimentos e preocupações da mulher-nutriz. Este fato pode gerar ansiedade e preocupação à mãe sobre o decurso da amamentação do seu filho.

Kitzinger (1978) adverte sobre os prejuízos da separação mãe-filho durante as primeiras horas de vida, quando refere que *“Uma grande parte do que consideramos “natural” na maternidade, de modo algum é natural, mas um produto da cultura. Só quando remontamos aos momentos iniciais e às primeiras horas de vida da criança e à relação entre a mãe e o bebê, que tem início nessa altura, estamos realmente ao nível do puramente natural e instintivo. E este primeiro encontro, como veremos, é de tal forma controlado pela sociedade que, em muitas civilizações de orientação tecnológica, a base biológica para a futura relação sofre tais interferências que por vezes se torna impossível a comunhão entre mãe e recém-nascido, que são como dois estranhos um para o outro. Neste caso, os processos naturais foram bloqueados por imperativos culturais.”*

Algumas condutas e rotinas hospitalares tendentes a ajudar às mulheres a iniciar o aleitamento materno, como a amamentação na primeira meia hora de vida preconizada pela IHAC, podem ser percebidas pela mulher como inoportunas, sentindo-se ameaçada e insegura naquele momento de fragilidade e fraqueza.

“... [depois que minha filha nasceu] deu um negócio nas pernas... ficou tremendo... aí a doutora botou ela encima de mim, aí dei o peito, já assim que ela nasceu...e eu abraçando ela assim e tremendo aí eu falei: “- eu vou cair, ela vai cair...tira ela, tira ela”...a doutora: “- não, ela não vai cair, não”...aí depois que eu me acalmei, que acabou os pontos”.

CLARA – 15 anos.

Monteiro (2006), em seu estudo sobre o contato precoce e amamentação na sala de parto, refere que o modelo assistencial vigente mostra-se limitado aos aspectos práticos do cumprimento das normas e rotinas pela equipe de saúde da IHAC, sem considerar os reais sentimentos das mulheres. A autora ainda sugere que o foco da atenção deve passar da Instituição para a mulher que vivencia o primeiro contato, com a integração e valorização do binômio mãe-filho, para poder facilitar a implementação do quarto passo da IHAC¹¹, de modo que este seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito e acolhimento.

¹¹ O quarto passo da IHAC recomenda ajudar as mulheres a iniciar a amamentação durante a primeira meia hora de vida, fomentando o contato pele-a-pele precoce e prolongado no pós-parto imediato, que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar. (Monteiro, 2006).

A política atual de amamentação, através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, institui a amamentação como uma prática que tende a ser obrigatória, devendo ser adotada como norma nos hospitais. Dentre as ações recomendadas, está aquela que indica a alta hospitalar somente quando tal prática se mostrar efetiva aos olhos do profissional de saúde (Nakano, 2003).

Neste contexto, o profissional de saúde assume o papel de juiz da prática da amamentação, sendo investido com o poder de “liberar” a mulher ou “deixá-la presa” na Maternidade. Assim, a mãe adolescente é “convidada” pela norma institucional a protagonizar uma carreira de obstáculos onde serão mensuradas suas habilidades como nutriz e a do seu filho como lactente. Nessa competição contra suas próprias competências, a mulher se sente desconcertada e preocupada.

“...[]... pensei que eu ia ficar aqui para sempre...[]... eu fiquei aqui [na maternidade] uns 15 dias...aí, numa segunda-feira eu ia embora sendo que começou, meu peito começou a inchar...aí ficou duro, deu 40 graus de febre...aí eu fiquei aqui, a febre não passava, não passava... todos os dias dando febre por causa do peito...[]...eu não sei, foi de uma hora para outra...”

ADA – 15 anos.

“...[a amamentação no início] foi um pouquinho difícil porque ela tava dormindo muito, não queria acordar de jeito nenhum pra mamar e eu tava nervosa pensando que ia dar algum problema nela...aí eu fiquei pensando: “Ai, meu Deus do céu, será que eu não vou sair daqui?”...”

CLARA – 15 anos.

Em função da pressão a que a mulher é submetida para cumprir com a norma de amamentar efetivamente, a instituição hospitalar é sentida como um espaço alheio e ameaçador. A nutriz acredita que resguardada no ambiente íntimo de sua casa, ela poderá se desempenhar melhor como nutriz.

“... foram muito ruins os dias aqui no hospital []...eu chorava para dar de mamar e ele chorava querendo comida, então, horrível...aí eu tava querendo ir para minha casa também, ter minhas coisas, tudo....aí depois que eu fui para casa, melhorou...”

JÚLIA – 16 anos.

Conseqüentemente, a alta hospitalar adquire o valor de um prêmio que a mulher pode obter se atingir o objetivo de amamentar o filho com sucesso. Para ganhar o prêmio, qualquer “jeito” dado é válido. Neste caso, parafraseando Aristóteles, “o fim justifica os meios”.

“...aí a pediatra foi e falou que ele só ia levar a alta se ele conseguisse pegar o peito...aí eu fui e dei um jeito lá e ele foi e pegou...aí a gente levou a alta...”

HILDE – 15 anos.

O reconhecimento no comportamento da criança de “sinais de fome” é trazido pelas mães estudadas como uma questão central na tentativa de conseguir que o filho mame efetivamente.

Através da avaliação de certas manifestações do recém-nascido, como levar as mãos à boca, chupar os dedos ou procurar o peito, a mãe pode saber quando o filho quer mamar. Desta forma, a mulher adquire confiança e segurança para amamentar.

“...[eu sei que ele quer mamar] porque começa, ele bota a mão na boca... aí começa...aí quando boto ele perto do meu peito aí começa abrir a boca e chupar a roupa...aí começa querer mamar...aí eu falo: “- já quer mamar”...aí eu dou o peito para ele...”

ADA – 15 anos.

“...[eu sei que ela quer mamar] porque ela fica chorando...ela fica assim, comendo os dedos...qualquer coisa que você botar se ela estiver com uma coisa aqui assim [perto da boca], ela fica querendo...”

CLARA – 15 anos.

“...[eu sei que ele quer mamar] porque ele começa chorar...começa fazer aquele movimento, tipo com a boca, de chupar...começa fazer esse movimento...fica mamando...”

DIANA – 19 anos.

“...[eu sei que ela quer mamar] porque ela começa chupar a mão...tudo que ela vê ela quer abocanhar, não interessa...se põe o dedo assim, ela quer chupar o dedo, se põe o braço. Quer chupar o braço...”

GRAÇA – 16 anos.

“...[eu sei que ele quer mamar] porque ele fica assim, se lambuzando...”

HILDE – 15 anos.

Segundo Silva (1997), na fase inicial da vida da criança, a mãe se utiliza de reações como o choro, somado ao estado de sono e vigília, para interpretar o estado de fome, saúde e bem estar do filho.

O choro é uma manifestação da criança que reveste para a mãe características especiais. O reconhecimento do choro como “fome” é um processo que se dá através da interpretação que a mãe faz das necessidades da criança, requerendo um aprendizado.

“...[eu sei que ele quer mamar] pelo chorinho dele...é... não dá para explicar,né?, ... a gente conhece pelo chorinho...”

FLÁVIA – 15 anos.

Silva (1997), refere que desde o nascimento do filho a mãe passa por processo de aprendizado em relação a conhecer e a compreender a sua linguagem. Ela age e reage, na sua interação com o recém-nascido, atribuindo assim significado ao choro e demais manifestações da criança, segundo as interpretações que ela faz desses comportamentos.

Em nosso estudo, o choro é considerado pelas mães adolescentes como um sinal inconsistente de fome, podendo ter outros significados. Assim, o choro não é suficiente para identificar que a criança quer mamar, sendo necessárias outras provas para certificar a fome do bebê.

“...nem chora quando está com fome...ele tenta mostrar para mim que ele está com fome botando a mão na boca, chupando os dedinhos e quando eu boto ele perto do meu peito ele abre a boca...aí que eu não dou o peito para ele, ele começa a chorar... porque às vezes eu penso que não é o peito, que ele está chorando porque ele quer colo...acho que quando eu boto ele perto de mim ele abre a boca...aí eu já vejo que ele quer mamar...”

ADA – 15 anos.

“...[eu sei que ele quer mamar] porque ele chora e nisso que eu faço assim [toca no rosto do bebê] para testar... vira o rosto com a boca aberta...aí eu já sei logo:”- quer mamar...”

EVA – 18 anos.

“...ela chora...[]...quando ela quer mamar, quando pego ela no colo, ela fica esfregando o rosto assim no meu peito...aí, quando ela não quer mamar, ela só fica chorando, chorando, chorando até passar e ficar quieta ...”

ISA – 15 anos.

A mesma lógica de avaliação do comportamento do filho é utilizada pela mulher para estabelecer quando a criança está satisfeita. Ela interpreta o “botar para fora o leite” como sinal de saciedade.

“... ela mama bastante e quando ela não quer mais ela fica assim, botando pra fora... aí eu falo: “- ah, não, não quer mais”... aí limpo a boca dela e ponho ela pra arrotar...”

BIANCA – 16 anos.

Evidenciamos que a preocupação das mães adolescentes em conseguir que o bebê mame efetivamente, salientando a habilidade do bebê para abocanhar o seio e a técnica da mulher para se desempenhar como nutriz, confirma o conceito de ser o aleitamento materno uma prática aprendida sócio-culturalmente. Assim sendo, o papel do profissional de saúde e do entorno social das adolescentes como mediadores da aprendizagem foi destacado pelas mulheres estudadas, estabelecendo-se o confronto entre o saber científico e o saber popular. As mulheres manifestaram também que as rotinas atuais dos serviços de saúde podem ser ora favorecedoras, ora limitantes para o exercício da amamentação efetiva.

2.3.2.2 Exercício de deveres inerentes ao ser mãe adolescente

*“Ser mãe é desdobrar fibra por fibra
o coração! Ser mãe é ter no alheio
lábio que suga, o pedestal do seio,
onde a vida, onde o amor, cantando, vibra.”*

(Coelho Neto)

As adolescentes deste estudo evidenciaram em seus depoimentos que vivenciar a amamentação implica no exercício de uma série de deveres inerentes ao ser mãe. Foram destacados nas falas das mulheres quatro *sub-temas*: “dever de ser responsável e amamentar”, “dever de vencer o cansaço e a dor”, “dever de pensar no bem-estar do filho” e “dever de aceitar as mudanças no corpo”.

Dever de ser responsável e amamentar

A idéia de se tornar mãe, traz à mulher a possibilidade de amamentar. Nakano (2003) assinala que entender o significado que as mulheres atribuem ao ato de amamentar requer considerar a amamentação como experiência contida na maternidade.

Em ocasiões, amamentar pode se constituir na evidencia mais clara e real do que seja o exercício da maternidade. Assim, ocorre uma inversão de conceitos: em vez de perceber a amamentação como um atributo decorrente da maternidade, a mulher define a maternidade como um papel sentido a partir do ser nutriz.

“... [eu pensei em amamentar] quando eu fiquei grávida...Eu não acreditava que estava grávida...falei: “- só vou acreditar quando ela estiver mamando”... eu não acreditava de jeito nenhum...a barriga não enchia, o neném não mexia... eu não acreditava... Falei: “- só vou acreditar quando ela sair de dentro de mim e quando ela mamar no peito...aí eu vou acreditar que eu sou mãe”...[]... desde que ela mamou eu sabia que eu era mãe...”

ISA – 15 anos.

Costa (2004) refere que a definição do feminino, a partir da anatomia e da capacidade de gerar e nutrir, produz a idéia de que o comportamento normal e natural da mulher é ser, exclusiva ou prioritariamente, mãe.

Neste sentido, evidenciamos que a nutriz acata a amamentação como uma prática de base social, normal e natural, inerente ao ser mãe, que deveria ser fonte de prazer e realização pessoal.

“...está sendo normal dá peito para ela, que tem gente que não gosta...já eu me sinto bem dando de mamar para ela...[] ... está sendo muito bom...estou gostando....não consigo ficar um dia sem dar de mamar para ela...é, normal...”

CLARA – 15 anos.

Perante a conexão biunívoca estabelecida entre maternidade e amamentação, os limites entre o desejo, a responsabilidade e a obrigação para o desempenho dessas funções, se fundem e confundem numa trama tecida a partir

da faculdade da mulher para produzir leite. Nessa rede, a nutriz adolescente se sente protagonista, figura insubstituível e poderosa.

“... amamentar é muito bom, né?, que eu estou alimentando meu filho , né?,...ele precisa de mim para poder viver, né?...”

JÚLIA – 16 anos.

A mãe, normalmente, apresenta uma preocupação central em manter o bebê vivo. Essa preocupação faz parte de um dos temas que Stern (1997) denomina de “vida-crescimento” e que compõe o que o autor caracteriza como “constelação da maternidade”. O “tema vida”, segundo Stern, não envolve a preocupação da mulher com sua própria vida e sim com a do filho, representando um ponto fundamental dirigido para a sobrevivência da espécie. Neste sentido, a nutriz através da amamentação é detentora do poder de manter o filho com vida.

Esse poder biológico é entendido pela mulher como uma imposição de caráter divino ou veiculado de forma arbitrária através dos benefícios que a amamentação possa trazer ao filho, impedindo que ela expresse seus reais desejos. Assim, a mãe adolescente é conduzida em suas decisões pelo “dever materno de ser responsável e amamentar”

“... todas as crianças têm que ser amamentadas, têm que ser, é uma obrigação... desde o momento que dá leite no peito tem que dar para a criança... [] ..eu senti uma obrigação porque eu não vou dar a mamadeira para minha filha...Deus me deu um dom de dar de mamar à minha filha, vou rejeitar minha filha no peito?...não, dou de mamar para ela!..[]...Amamentar é uma responsabilidade também”

ISA – 15 anos.

“... quando eu soube que eu estava grávida, eu sabia que eu teria que amamentar, e eu não tive nenhum problema com isso...

[] ...é uma coisa que eu quero fazer”

FLÁVIA – 15 anos.

Nakano (2003), em seu estudo sobre as experiências de amamentação de mulheres adolescentes e adultas, evidenciou que o processo de assimilação da maternidade pelas adolescentes foi marcado pela responsabilidade e o conformismo, o que pareceria favorecer seu envolvimento com as funções maternas, em particular, com a amamentação.

Embora o apoio recebido pela equipe de profissionais do hospital e das pessoas significativas do seu meio social seja valorizado pela mãe adolescente, ela não se considera eximida dos cuidados do filho. Apoiada em sua condição de nutriz, a mãe sente que amamentar é responsabilidade dela, próprio do ser mãe.

“...veio a nutricionista...aí me ensinou a posição, que tem que pegar o bico e a aréola toda do peito...essas coisas assim básicas mas...depois que nasce é contigo mesmo...ninguém mexe...só você...põe logo do teu lado o berçinho e é contigo agora...”

GRAÇA – 16 anos.

“...nos primeiros dias foi difícil... []...minha mãe tinha que me ajudar, né?, ...mas só que ela não podia fazer nada porque quem tem peito sou eu, como é que ela vai fazer?...”

FLÁVIA – 15 anos.

No primeiro encontro com o bebê, a mulher percebe que ela e o filho precisam se conhecer, desenvolver intimidade, estabelecer vínculo afetivo e se comunicar. A mãe reconhece o filho como próprio, mas ao mesmo tempo, o percebe como um ser alheio e desconhecido.

“...[o que eu senti na primeira mamada] é difícil explicar... é um sentimento estranho, porque você ao mesmo tempo que você está segurando seu filho, você está segurando um desconhecido...porque ele acabou de sair de dentro de você, ele não te conhece nem você o conhece...ele conhece você por dentro mas você nem por dentro o conhece...é difícil explicar o que a gente sente...é uma emoção muito grande...”

FLÁVIA – 15 anos.

“...A primeira vez foi uma sensação esquisita, sei lá...[]... nunca tinha botado um neném no peito para mamar, né?, eu senti esquisito...”

KÁTIA – 15 anos (mãe de gêmeos).

As adolescentes entrevistadas priorizam em seus depoimentos a oportunidade de dar e receber carinho e de se comunicar com o filho através da amamentação.

“...[amamentar para mim] é um jeito de carinho que, assim, a gente está dando...dá uma felicidade...”

HILDE – 15 anos.

“...[amamentar] está sendo ótimo...é bom à beça... converso com ela...parece que a gente transmite um carinho e ela também passa para a gente,

né?..a mesma coisa... ela fica olhando, assim, ela presta atenção em todo o que a gente fala...”

LAÍS – 16 anos.

Segundo Arantes (1995), a amamentação insere-se na relação mãe-filho e como em toda relação entre dois seres, o contato físico pode possibilitar uma maior ligação afetiva. Em sua pesquisa sobre a visão da amamentação para um grupo de mulheres, a autora mostra que as mulheres também sentem o prazer e o carinho propiciados por esse contato. No entanto, o que se observa, na maioria das publicações sobre aleitamento, é uma maior valorização dessa aproximação como necessidade da criança.

A amamentação foi concebida pelas adolescentes entrevistadas como uma prova de amor que a mãe oferece ao filho. Assim, ela expressa a associação entre amor-amamentação e ódio-alimentação artificial.

“...a gente foi embora...meu peito sangrando...doeu pra caramba aquele, sei lá, machucado no seio...aí eu sei que ficou cheio de umas bolinhas assim, deu uma casquinha de sangue...mas aí eu não desisti, não...eu dava de mamar...eu tinha vontade de chorar, né?, mas eu dava mesmo assim...[eu dava] porque eu amo ela...tem que dar de mamar para ela...não sei...é um amor instantâneo, você já olha, você já ama, na mesma hora...é muito legal...”

GRAÇA – 16 anos.

“ muitos falam que eu só mamava mamadeira...ela [a mãe] fala que ela me deu o peito... mas algumas pessoas que viram falam que ela me dava mais a mamadeira...e eu acho que sim, por causa que todos os meus irmãos ela trata bem melhor do que eu...então eu acho assim, que eu sou...[pausa] ... uma vez até eu perguntei para ela: - parece que eu não sou sua filha... ela falou assim:“- claro que você é minha filha, só que eu gosto mais dos outros seus irmãos que de você...aí fiquei sem entender...[] ... [a minha mãe] amamentou [meus outros irmãos]...eu vi, ela amamentou eles...[] ... ela nunca falou nada [a respeito de ter-me amamentado] ...porque eu era gêmeas, eu e minha outra irmã...aí minha irmã morreu e ficou eu...”

BIANCA – 16 anos.

Para Badinter (1985), desde o século XVIII a sociedade tem colocado a criança em uma posição de atenção privilegiada, incutindo a retomada da prática da amamentação como uma possibilidade de expressar o amor materno. Nesse sentido, espera-se que a mulher adique de sua liberdade e de suas responsabilidades em prol do bebê, no qual deve investir todos os seus desejos,

tendo como objetivos sua sobrevivência, seu amor, seu bem-estar e sua educação.

Através da amamentação, a mãe se doa ao filho por inteiro, em corpo e alma.

“...amamentar para mim é doação de leite e de amor também...”

GRAÇA – 16 anos.

Percebemos que as adolescentes do estudo se espelham num modelo de maternidade forjado na sociedade em base às características próprias do gênero feminino.

Romani (1982) assinala que a identidade de gênero resulta de uma retradução cultural ao biológico, onde os conceitos situam-se, fundamentalmente, no campo simbólico, definindo-se por qualidades opostas, polarizadas como “ativas e passivas”, atribuídas ao homem e à mulher respectivamente.

Assim sendo, para se tornar uma boa mãe, além de ser responsável e amamentar, é preciso ser devota, paciente, submissa e sacrificada.

“...minha mãe fala que tem que ficar num lugar calmo pra amamentar, que tem que ter paciência, né?...que demora...tudo..que tem que conversar com ele quando está amamentando...”

JÚLIA – 16 anos.

Maldonado (2005) salienta que as emoções afetam a lactação por mecanismos psicossomáticos específicos, e a presença de calma, confiança e tranqüilidade favorecem um bom aleitamento, enquanto que medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação.

O avesso do conceito romântico do amor materno expresso através amamentação é a culpa e o desespero que sente a mulher quando se percebe incapaz para atender as necessidades do filho.

“ai, não sabia dar [de mamar]... a neném começou a chorar, eu fiquei desesperada...falei: “- ai, meu Deus, o que é que eu vou fazer?” ...falei: “- ai, não chora neném, não chora”...aí fiquei desesperada...”

BIANCA – 16 anos.

Segundo Lebovici (1987), o choro é uma das formas de comunicação do recém-nascido, é de difícil interpretação para a mãe e causa ansiedade e irritabilidade nos adultos quando não é rapidamente sanado. Assim, o choro proporciona insegurança materna, gerando dúvidas em relação a sua capacidade

de cuidar do filho. O choro é considerado uma forma primitiva de comunicação e nem sempre significará sofrimento. Como o passar do tempo, a mãe saberá distinguir os vários tipos de choro. Dentre as causas de choro estão o de fome, sede, dores, frio e calor, fraldas molhadas e/ou sujas e o medo (Crespin, 1996).

Há mais de um século, o discurso higiênico apelava ao amor materno e responsabilizava a mãe sobre o futuro dos filhos, auxiliando no processo de criação da culpa da mulher pelas intercorrências com o filho e a família. Segundo Silva (1990), *“a mãe que não vigia o filho, que não o amamenta, é considerada pelos higienistas culpada por tudo que vier acontecer”*.

Neste contexto, ter ou não ter experiência como nutriz assume um valor primário para a mulher.

A mulher primípara, adaptando-se a sua nova condição, toma posse do seu filho e deseja ser a melhor mãe possível, esperando ser capaz de identificar e satisfazer todas as necessidades do filho prontamente. Contudo, isso não acontece de imediato. A falta de experiência desperta nas adolescentes do estudo sentimentos de ansiedade e insegurança.

“...[a rachadura aconteceu] acho que ela não pegava direito, o meu peito tava sensível ainda, que eu nunca tinha dado de mamar a ninguém, é meu primeiro filho...eu acho que por causa disso...”

GRAÇA – 16 anos.

“... quando o médico falou assim: “você vai ter alta, vai para casa” fiquei desesperada... falei: “- ai, meu Deus!, como é que eu vou fazer?”... “-eu não sei dar banho, não sei dar peito, não sei cuidar de umbigo”...ai minha sogra foi e cuidou de tudo...o peito, assim, vai pegando devagar...”

BIANCA – 16 anos.

Observamos através das falas das mães adolescentes entrevistadas que elas assumem a responsabilidade de amamentar o filho sob a base de um modelo de maternidade imposto socialmente segundo o qual é esperado que a mulher naturalmente amamente, para cumprir com seu papel de boa mãe. Sentimos também que, embora não tenha sido verbalizado pelas depoentes, no caso da jovem mãe a demanda é ainda maior, por se considerar a adolescente irresponsável e despreparada para exercer papéis que são tidos pela sociedade como próprios do ser adulto.

Dever de vencer o cansaço e a dor

Um dos deveres que se impõe a mulher no exercício de seu papel de nutriz é vencer o cansaço, decorrente de ter que satisfazer constantemente as necessidades do filho, e suportar a dor, produto das intercorrências mamárias apresentadas no decurso da amamentação.

No exercício da amamentação, a mulher se depara com divergências entre o esperado e o vivenciado. Ela espera que amamentar seja um processo fácil e natural, portanto, livre de intercorrências. No entanto experimenta dor e cansaço. Mesmo assim, ela não desiste de seu “dever de mãe”.

“... eu não pensava que amamentar fosse tão difícil, não...pensava que era mais fácil..., porque doe o peito, doe as costas..[]...eu fico bem cansada....ah, mas dá para você fazer...”

DIANA – 19 anos.

Rousseau, filósofo iluminista do século XVIII, entendia a maternidade como sacerdócio, uma experiência feliz, mas que implicava necessariamente em dores e sofrimento, pensamento que remete à famosa máxima de Coelho Neto: “ser mãe é padecer no paraíso” (Agra, 2006).

As mulheres deste estudo definem a dor como um sentimento que “toda nutriz sente”, portanto, esperável de acontecer. Contudo, o aleitamento materno pode ser uma experiência prazerosa, sempre que a dor não se fizer presente.

“...[na primeira mamada] ah, senti...foi bom...não foi dolorido como todo mundo sente, né? dor...”

ISA – 15 anos.

“... Ele mamou quando ele nasceu...foi calmo, que eu não estava sentindo dor! [risos]... [] foi no alojamento...[]...foi uma experiência boa...”

DIANA – 19 anos.

As adolescentes entrevistadas expressaram a abnegação e o sacrifício como características inerentes à maternidade. Assim, experimentam a necessidade de se tornar resistentes à dor como a única alternativa para continuar com a amamentação. A mulher “se dá ao filho através do seu leite” porque “outro leite não pode dar para ele”.

“...[quando meu peito rachou] doía até lá dentro, de tanta dor que eu sentia...e ele não parava de mamar, ... []... quando cheguei em casa eu tava toda

rachada e eu agüentando, agüentado até chegar ao ponto de ficar insuportável... eu me mordida para dar de mamar para ele e ficava, chorava...[] ... Tinha que dar né?, ia fazer o quê? dar mamadeira de leite para ele? Não dá, né?, Tinha que dar...Outro leite não dá porque não pode dar para ele...”

FLÁVIA- 15 anos.

Nakano (1996), observou que as mulheres respondem altruisticamente às exigências da criança na amamentação. Conforme a autora, a fragilidade do recém-nascido evoca, como natural do ser mãe, o altruísmo, ao mesmo tempo em que manifesta nas mulheres, certo desvalor para consigo mesmas, sendo seu próprio corpo colocado como inferior ao do filho.

Neste sentido, as mulheres minimizam o próprio sofrimento em prol do bem-estar do filho, trazendo em seus discursos construções como “feridinhas” ou “a dor depois passa”.

“...meu peito rachou...eu chorava para dar peito para ele...chorava tanto, eu chorava...[mesmo assim] continuava...porque tem que dar...tem que dar...aí ficava doendo, assim e depois passava...”

HILDE – 15 anos.

“...acho que ela puxava muito e começou a doer mas também não desisti de dar, continuei dando...[] ...só deu umas feridinhas, rachou o peito e mais nada...mas eu continuei dando...aí passou...”

ISA – 15 anos.

As falas acima revelam o significado e o valor que a amamentação reveste para estas mulheres, como condição obrigatória do que seja ser uma boa mãe.

As representações de “mãe sacrificada pelo outro e todo-poderosa” respondem ao modelo de mãe ideal concebido por Rousseau no século XVIII, segundo o qual a mulher deveria ter um corpo robusto, biologicamente perfeito para procriar e nutrir, e um caráter doce, para tudo suportar e educar bem seus filhos com doçura, zelo e afeição. Como boa mãe, deveria ignorar o prazer e a agressividade, portanto, não poderia ser voluntariosa, orgulhosa, enérgica e egoísta, tampouco deveria se aborrecer ou demonstrar a mínima impaciência (Agra, 2006).

Neste sentido, Nakano (1996), observou em seu estudo que uma boa mãe ou a mãe perfeita é aquela que não se incomoda nem fica magoada ante as demandas urgentes e imediatistas características dos recém-nascidos.

A mulher fica prioritariamente à mercê das necessidades e dos horários da criança, renegando aspectos básicos dos cuidados pessoais, como o descanso e a alimentação. O filho se apropria do corpo e do tempo da mãe. Assim, no seu cotidiano de nutriz, a mulher experimenta sentimentos de ambivalência, como querer e não querer cuidar e amamentar o filho. Nas palavras de Silva (1990), a mulher oscila entre o fardo e o desejo.

“...[eu falo] para ele ficar um pouquinho mais calmo...porque eu demoro um pouco em dar o peito porque doe, e ele não tem paciência nenhuma...você tem que dar na hora que ele quer...”

DIANA – 19 anos.

“...gosto de amamentar...só quando ele amamenta muito que eu fico doida para ele parar para eu poder dormir...de noite às vezes ele fica muito tempo mamando...aí eu fico: dorme Matheus, não está com sono?...”

FLÁVIA – 15 anos.

“... ele fica quase o dia todo pendurado...ontem ele quis foi a noite toda, só que eu não estava mais agüentando... eu falei [para a sogra]:“- cuida meu filho um pouquinho, daqui a pouco eu pego ele, que eu vou tirar um cochilo...”

HILDE – 15 anos.

Segundo Arantes, vivenciar a amamentação significa, para a mulher, experimentar momentos de cansaço, pois o ato de amamentar depende diretamente do seu corpo, do seu físico, implicando gasto de energia. A autora assinala que os profissionais de saúde não têm contemplado em seus discursos de incentivo ao aleitamento materno a possibilidade da mulher sentir cansaço, de experimentar carência de sono e de a amamentação exigir mais do seu físico do que administrar uma mamadeira. Ainda acrescenta que na perspectiva dos profissionais, a prática do amamentar não envolve momentos ruins.

O dever e responsabilidade de ser mãe-nutriz despertam na mulher a necessidade de se colocar na posição de sentinela do filho. Contudo, essa função demanda de si muito esforço, levando-a a se enfrentar com suas próprias

limitações. Assim a mãe se vê diante de um dilema: querer e poder continuar exercendo a vigilância constante do filho.

Neste sentido, percebemos nas falas das adolescentes estudadas que, quando o cansaço vence a responsabilidade materna, a mulher experimenta medo, preocupação e ansiedade por poder ocasionar algum prejuízo ao filho se tiver que baixar a guarda. Assim sendo, ela procura a ajuda de “outro vigilante” para ficar no seu lugar.

“...[quando amamento eu sinto] sono!...eu posso estar sem sono....é ela ficar no meu peito que eu fico com sono...aí eu acabo adormecendo....[].....eu fico assustada...porque quando tem a minha sogra do meu lado, tipo olhando, aí eu tiro um cochilinho com ela no colo...porque qualquer coisa, né? ela está de olho...mas fora disso é ruim...porque de repente ela cai...”

CLARA – 15 anos.

“...[amamentar] cansa bastante, né? as costas, aqui, assim, doe bastante...[] ... tem gente que fala:“- Ah, se estiver muito cansada, deita na cama e bota o peito na boca dele”...ah, mas eu já tive uma colega que sufocou o neném dela, né?...eu acho que não deve deitar e botar uma criança para mamar assim desse jeito...eu prefiro dar sentada, que aí é mais seguro...assim se eu for cochilar ele está bem seguro...”

EVA – 18 anos.

O momento da amamentação reveste-se de ansiedade para a mãe, pois, paradoxalmente, as mesmas mamas que simbolizam a proteção à criança, passam a se constituir em perigo (Nakano, 2003).

Percebemos através das falas analisadas que vencer o cansaço e a dor é um objetivo que a mãe adolescente sente que deve cumprir, ainda nos limites de sua própria resistência. As mulheres do estudo reconhecem que amamentar o filho é imperativo, merecendo que suas necessidades pessoais sejam postergadas ou sacrificadas.

Dever de pensar no bem-estar do filho

O desempenho da função materna, segundo Winnicott (2002), é possível de acontecer porque a mãe encontra-se num estado psicológico especial, ao qual chama de “preocupação materna primária”. Neste período verifica-se nela um aumento de sensibilidade, o qual se estende do final da gravidez até algumas semanas depois do parto. Segundo o autor; *“neste estado, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê. Isto significa que elas desenvolvem uma*

capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada”.

A mãe adolescente registra e avalia o resultado da prática da amamentação segundo o comportamento do seu filho.

“... amamentar, eu acho que é assim, muito bom, por causa que quando eu dou o peito a ela parece que já é outra criança, sabe?...”

BIANCA – 16 anos.

Souza (2003), ao analisar a história da alimentação do lactente no Brasil, refere que no século XIX o leite humano passou a ser tratado, nos textos médicos, como uma substância *mágica*, capaz de influenciar notavelmente o caráter e a constituição física da criança. Neste sentido, autores como Araújo (1991) e Nakano (1996), entre outros, têm observado que as mulheres-nutrizas atribuem ao leite materno um valor diferencial em relação ao leite artificial, conferindo-lhe um significado mais amplo do que seja “nutrir”.

Percebemos que para a mãe, o bem-estar da criança transitivamente se constitui no seu próprio bem-estar e felicidade.

“... amamentar para mim é muito bom, que eu estou alimentando minha filha, sabe?, estou dando peso para ela também, estou cuidando da saúde dela...para mim é super-bom...”

BIANCA – 16 anos.

“... [dar o peito] é bom para ele e é bom para mim também... [] ... o contato com ele, só o fazer bem para ele já é bom para mim...”

FLÁVIA – 15 anos.

As vantagens que a amamentação traz à criança são apontadas pela mulher como justificativas para se sobrepôr à dor e continuar com o aleitamento materno ainda em presença de intercorrências mamárias.

“... a hora do peito era muito sofrida para mim...mas assim, foi só a primeira semana, depois passou...[] ...a gente fica pensando... que tem que dar, né?...mesmo que [esteja sentindo dor]...que é o que eu te falei, que é o melhor para ela até porque é tipo uma vacina que recebe o neném...”

GRAÇA – 16 anos.

Almeida (2006), fazendo referência às propriedades imunológicas do leite humano, argumenta que “... *Trata-se de um fluido biológico vivo, de grande complexidade, capaz de estimular de forma adequada o desenvolvimento do sistema de defesa do organismo do bebê, protegendo-o de infecções e alergias...* [] *...A mulher, ao longo de sua vida, entra em contato com germes patogênicos entéricos nos diferentes lugares em que viveu ou vive, contra os quais cria defesas e constrói assim uma memória imunológica. Esta competência adquirida por seu organismo, de se defender de germes nocivos à saúde, é transferida ao seu filho através do leite humano...*”

As adolescentes estudadas manifestam em seus depoimentos uma associação entre cuidado e proteção. Elas encontram na prática da amamentação um veículo para preservar a saúde do filho.

“...eu acho que é bom, né?, porque todos falam que protege de muita doença e muito bom para a criança...aí eu acho que é bom também...”

ISA – 15 anos.

“...[eu amamento porque] eu acho legal, assim...é diferente...a gente gosta, entendeu?...é bom dar de mamar para ele, saber que você não prejudica, que evita dar doenças, assim, resfriado, né?...eu acho interessante...estou gostando bastante de amamentar ele...”

EVA – 18 anos.

Podemos perceber que os argumentos pelos quais as mulheres entrevistadas escolhem amamentar têm como foco central as vantagens de tal prática para a criança. De um modo geral, eles sintetizam o conteúdo dos discursos utilizados pelos profissionais de saúde para promover a amamentação. Assim, as mães alegam que escolhem amamentar porque o aleitamento materno ajuda ao crescimento e desenvolvimento da criança e a protege contra doenças, entre outros benefícios.

“...[eu amamento porque] eu acho uma coisa importante para o neném, né? ...ajuda ao crescimento, ajuda muita coisa...”

KÁTIA – 15 anos (mãe de gêmeos).

“...[eu amamento porque] eu acho que é bom para os dentes, é bom para a criança, para a imunidade dela...ela cresce mais saudável...[] ... é o mais fácil não tem que fazer mamadeira...”

DIANA – 19 anos.

“...[eu amamento] porque eu sei que é o melhor para ela e o melhor para mim porque, até futuramente, se a criança que mama no peito não fica tão doente, até menos preocupação para mim, né?, e para ela também...”

GRAÇA – 16 anos.

Conforme Nakano (2003), as mulheres constroem o valor que a amamentação tem para si, tendo por base a experiência social, apropriando-se do discurso médico e reinterpretando as orientações e informações oficiais de incentivo ao aleitamento materno.

A mãe adolescente, conduzida pela crença popular de que alguns alimentos podem passar através do leite materno e trazer problemas intestinais à criança como cólica, reprime seu desejo em função do bem-estar do filho. Embora ela duvide sobre a veracidade destes argumentos, prefere eliminar os alimentos de sua dieta para prevenir qualquer possível efeito adverso.

“...até hoje eu gosto de Coca-Cola mas eu não tomo porque eu sei que vai prejudicar ela...porque Coca-Cola dá muita cólica...não agora mas depois...que as pessoas falam que dá, né?,.....só não sei que dá...cada criança reage de uma forma...”

CLARA – 15 anos.

Alguns autores sugerem que a resposta do lactente à alimentação da mãe é individual, devendo cada nutriz reconhecer se algum alimento produz incômodos ao seu bebê e não restringir a dieta de forma antecipada. Assim, não é possível aconselhar as mães sobre quais os alimentos a serem evitados (King, 1994; Valdés *et al.*, 1996).

As adolescentes estudadas evidenciam em seus discursos a relação entre uso de chupeta e desmame ou, o seu oposto, entre amamentação prolongada e não uso de bicos artificiais. No relato da própria experiência como filha, ter sido desmamada precocemente por causa do uso da chupeta ganha a magnitude de “problema”.

“...fui bastante amamentada também... mas o problema é que eu larguei o peito... porque larguei o peito quando estava com oito meses, tava mamando até os oito meses...aí eu tinha largado o peito porque eu comecei a chupar chupeta, que eu continuei chupando chupeta até os onze anos de idade...”

ADA – 15 anos.

“...eu mamai até os 2 anos e pouco...e nunca peguei chupeta...nem eu nem o pai dela...e o pai dela mamou 3 anos e pouco também, mamou mais tempo do que eu...”

CLARA – 15 anos.

Segundo Sertório & Silva (2005), a utilização da chupeta tem sido desmotivada pelas instituições credenciadas como Hospitais Amigos da Criança, considerando-se os efeitos deletérios para a saúde da criança, como problemas odontológicos e fonoaudiológicos, além da maior probabilidade de diminuição do tempo de amamentação. Contudo, a autora refere que resulta difícil demonstrar a relação causa-efeito que se estabelece entre o uso da chupeta e sua interferência no aleitamento materno, dado que não tem sido feito estudos científicos controlados para comprovar tal associação.

A palavra chupeta pode ser descrita em inglês com os termos “*pacifier*” ou “*conforter*” Parece decorrer daí a conotação de que a utilização da chupeta deva ser indicada com o objetivo de “pacificar” ou “confortar” a criança inquieta (Tomita *et al.*, 2000).

Assim sendo, diante da necessidade de acalmar a criança, o uso da chupeta se apresenta como uma alternativa válida para a mulher. No entanto, pensando no bem estar da criança antes do que no seu próprio sossego, ela avalia os riscos e benefícios do uso desse artefato, expressando sentimentos de ambivalência.

“...quem diz que ele vai chupar chupeta, tô com a chupeta alí, oh...já compre cinco chupetas, assim, para ver qual é a que ele pega, para ver se ele se acalma, porque ele chora muito e é toda hora: ele chora e peito, chora e peito, entendeu? não tem nada que acalme ele sem ser isso, entendeu?...”

EVA – 18 anos.

Sertório et Silva, (2005), estudando as representações sociais de um grupo de mulheres sobre o uso da chupeta, assinala que no cotidiano dos cuidados do filho, a mãe fica dependente de um fator como a consolabilidade de seu recém-nascido. As autoras referem que a capacidade da mulher de apaziguar o filho é uma experiência extremamente significativa para ela, sendo este um elemento capaz de qualificá-la na sua identidade de mãe.

As mulheres adolescentes pesquisadas constroem saberes e tomam decisões baseadas nos conselhos de pessoas mais experientes. Embora elas não

tenham verbalizado o fato da culpabilização materna, percebemos que por traz de pensar no bem estar da criança, esconde-se o medo de se sentirem culpadas por ter ocasionado algum problema ao filho

“... [as pessoas] não falam nada assim de ruim, não... []... me dão muito conselho também, para dá só o peito, para não ficar dando besteira, para não dar problema no estomagzinho dele, essa coisa toda...”

ADA – 15 anos.

“..[a minha sogra] fala que é bom só dar peito, no caso, que dando outras coisas a criança vai ficar com o intestino ruim e vai poder ficar com a barriguinha dura...ela fala que só peito é suficiente...[]... eu no outro dia, a moça falou assim: “-por quê que você não pega um chá de erva doce e dá para ela?”...falei assim: “-claro que não!” ...porque se eu der o chá a ela pode trazer algum problema... porque se ela quiser só o chá vai ter que dar só o chá, então melhor deixar ficar no peito...”

BIANCA – 16 anos.

“...às vezes as pessoas falam: “-ah, tem que dar chá, dá papinha a neném”...falei: “-não, o médico falou que só peito já é suficiente para ela, ela ainda é muito pequena”...aí falam: “-ah, frescura!”...falo: “-ah, não é frescura, não”...se ela quer o peito, eu dou o peito para ela...”

BIANCA – 16 anos.

Kitzinger (1978) refere que ser mãe é aprendido desde muito cedo pelas mulheres que interagindo e interpretando as ações de outras figuras femininas do seu meio, são influenciadas pelos preceitos éticos e morais contidos no ideal de uma boa mãe e que servem como referência para que elas construam sua própria identidade e personalidade materna. Neste sentido, Arantes (1991) observa que a decisão pela amamentação está na dependência da mulher, no entanto ela é levada a justificar suas ações conforme o significado que seus atos têm para os outros.

Em relação ao uso de chá para aliviar a cólica do bebê, observamos que as mulheres agem de acordo com os saberes e conhecimentos que circulam no seu entorno social, tidos por elas como válidos em determinado momento.

“...no outro dia ele chorava bastante, aí a minha vizinha falou:“- ah, Eva, dá chá de camomila”...aí eu peguei e fiz...não adiantou que não acalmou, não...ela

falou que já criou...ela não tem filho, não, entendeu? mas ela falou que não sei quantos sobrinhos, ela falou que cuidou... aí, conversando, que era melhor para mim dar chá...mas eu dei duas vezes só chá...eu achei que não adiantou nada...ela falou que o chá de camomila, assim, ia acalmar à criança, e não acalmou...mas também não deu dor de barriga, não deu nada disso nele, não...não causou nenhum problema, não..."

EVA – 18 anos.

"...minha mãe falou para a gente dar um chazinho... e foi até bom para ele porque ele começou a fazer mais cocô...que ele às vezes sentia uma dorzinha de barriga..."

FLÁVIA – 15 anos.

Para Nakano (2003), ao perceber o desconforto do filho, as ações das mulheres são regidas mais pela emocionalidade e urgência do que pela racionalidade.

Segundo Bevilacqua et al (1985) o fato da transmissão de conhecimento sobre a utilização de plantas medicinais ser feita predominantemente de geração em geração, por leigos das comunidades, faz com que algumas indicações de uso rotineiro sejam fruto apenas de crenças e superstições, sem fundamentação científica.

Percebemos que as mães adolescentes do estudo, ao pensar no bem-estar do filho, interpretam o tempo todo o quê o bebê quer ou tem. Na busca de respostas às demandas da criança, elas vão tentando soluções, num jogo de acerto e erro, baseadas nas informações adquiridas através dos profissionais de saúde e dos saberes que circulam no seu entorno relacional.

Dever de aceitar as mudanças no corpo

As mulheres pesquisadas evidenciaram uma grande preocupação a respeito das mudanças na imagem corporal percebidas como produto da gravidez, da maternidade e da amamentação.

Segundo Schilder (1999), a imagem que temos de nosso corpo é uma construção social contínua e dinâmica, produto de nossa concepção dos outros e do mundo. Neste sentido, o autor afirma que *“a imagem corporal não existe per se, ela é uma parte do mundo. Está presente em toda experiência. É um dos lados da experiência plena, que inclui a personalidade, o corpo e o mundo. Nossa*

imagem só adquire suas possibilidades (...) porque nosso corpo não é isolado. Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos”.

As pessoas aprendem a avaliar seus corpos através da interação com o ambiente. Assim a auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira, mas as necessidades de ordem social ofuscam as necessidades individuais. Somos pressionados em numerosas circunstâncias a concretizar, em nosso corpo, o corpo ideal de nossa cultura (Tavares, 2003).

Outeiral (1994), refere que o corpo na adolescência assume um importante papel na aceitação ou rejeição por parte da turma. O adolescente começa a perceber, se seu corpo corresponde ou não ao corpo idealizado para si e também para o grupo de iguais, e via de regra, é através da identificação e comparação com outros adolescentes, que ele começa a ter uma idéia concreta de seu esquema corporal.

Neste sentido, as adolescentes entrevistadas expressaram seu desconforto por ter que ajustar seus corpos ao uso de roupas que não se correspondem com o vestuário que identifica às meninas de sua idade nem com seus ideais de beleza, mas que resultam mais adequadas para uma mulher-mãe-nutriz.

“...nenhuma calça dava em mim...eu tive que comprar uma jardineira... mas foi horrível, porque roupa de gestante é horrível, né? São aquelas roupas horrorosas e eu tinha que usar...”

GRAÇA – 16 anos.

“...eu não posso botar as blusas que eu botava antes...por causa do sutiã, que tem que usar sutiã...não posso...só tinha blusinha de alcinha, que não tem nada nas costas...e agora tive que comprar tudo de novo...porque no começo da gravidez eu dei minhas roupas...[]...eu dei para uma garota que não tinha...[]... agora uso mais vestidinho, normal...que bota sutiã para rapidinho tirar.....todo que abaixa aqui [no decote] que dê para amamentar...”

CLARA- 15 anos.

Os adolescentes, de um modo geral, por falarem e fazerem coisas comuns, reconhecem-se pelas roupas, atos e linguagem utilizada. Conforme assinala Tiba (1986), na turma, os adolescentes são uniformemente originais. No caso da mãe adolescente, ela pertence agora a uma nova turma: a da mulher-mãe.

Em relação a isto, Schilder (1999) afirma que qualquer objeto, inclusive as roupas, que se conecte ao corpo passa a incorporar-se a ele. Qualquer roupa vestida torna-se parte da imagem corporal. Ou seja, a mulher ao vestir uma roupa escolhe, mesmo que inconsciente, a postura a qual estará usando.

Assim sendo, as mulheres estudadas evidenciaram ter registrado a maternidade e a amamentação tanto no seu corpo quanto no seu inconsciente.

Desta forma, as adolescentes decidem sobre a indumentária e os acessórios que vão utilizar em função do seu papel de mãe-nutriz, sempre tendo em vista não prejudicar o filho.

“...se eu não tenho piercing é porque eu pedi para minha mãe comprar um novo piercing...o piercing que minha mãe comprou é um de borboleta...se eu botar, na hora de dar de mamar para ela vai cortar ela...porque ele tem umas pontinhas...o certo para mim botar tem que ser um de bolinhaque não machuca...já esse é cheio de ponta...aí eu não boto...aí minha mãe vai comprar outro pra mim botar...e esse vai ficar guardado...”

CLARA – 15 anos.

As mudanças nos seios decorrentes da maternidade e da amamentação despertaram nas mulheres estudadas uma sensação incômoda de estranheza. As estrias foram referenciadas como “marcas que poderiam ficar para sempre” nos seus corpos. Neste sentido, ficar “marcada” revela-se como um fato assustador para as adolescentes.

“ foi muito estranho, porque parecia que eu ia ter celulite nos peitos...falei:”- ai, meu Deus, quê que é isso!”... [] ... falei:”-ai meu Deus!, estou ficando muito feia”...achei meu corpo muito feio...[] ... parece que tem umas estrias no peito esquisita...achei muito estranho...leveí até um susto no dia que eu vi...falei:”- ai, meu Deus!, isso vai ficar para sempre no meu corpo...”

BIANCA – 16 anos.

Segundo Del Priore (2000), a história das mulheres passa pela história dos seus corpos. Assim sendo, a maternidade e a amamentação ficam registradas nos corpos das mulheres adolescentes através de “marcas” como as estrias e a celulite.

As mulheres do estudo expressaram sentirem-se estigmatizadas após perceberem as transformações acontecidas nos seus corpos. Manifestaram ainda

ter a esperança de que o tempo “apague” esses sinais, para poder recompor sua identidade. A partir de recuperar seus corpos livres de marcas e voltar a se identificar consigo mesmas, elas voltarão a expor seus corpos socialmente.

“... o peito cresceu um pouquinho só, deu uma estrias lá na aréola, mas minha mãe disse que vai clarear...tenho a esperança...estourou as estrias...não tinha nenhuma...O ruim das estrias é a marquinha...mas na barriga não fiquei não...mas aqui assim do lado no quadril, na bunda e no peito apareceu...[] ...ah, espero que clareie, né?, senão vou ter que comprar um maiô porque um biquíni não boto, não...eu caio de boca na praia...”

GRAÇA – 16 anos

Conforme Cano *et al.*(1999) os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento corporal que são alvos freqüentes de comparação entre as adolescentes são o excesso de peso, a ausência ou atraso da menstruação, o tamanho dos seios, o acne, as estrias e a celulite. Os autores referem que o adolescente investe muito de sua energia na busca de uma identidade através de sua aceitação no grupo de iguais ou turma, na sua relação afetiva, tendo como pano de fundo seu corpo, sua imagem corporal.

Del Priori (2000), refere que em nossos dias a identidade do corpo feminino corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude.

Neste sentido, Campagna & Souza. (2006), assinalam que em nossa sociedade, há uma desconsideração da subjetividade e uma supervalorização da imagem, um culto narcísico ao corpo, que é vendido como objeto de consumo, onde, mais importante do que sentir, pensar, criar, é ter medidas perfeitas, considerando-se o padrão de magreza como ideal. Assim, a adolescente, que já tem que lidar com as transformações físicas próprias da adolescência, é colocada frente a esses modelos e à impossibilidade de corresponder a eles. No caso da adolescente-mãe, há ainda como fator agregado as mudanças que a maternidade e a amamentação acarretam ao seu corpo.

Na esfera das transformações corporais que a mulher-mãe-nutriz experimenta, os seios adquiriram destaque nas falas das entrevistadas.

Algumas adolescentes manifestaram estar em discordância com a atual aparência de suas mamas, referindo ser a amamentação a causa das mudanças nos seios. Assim, a mulher estabelece um vínculo inexorável entre amamentar e

ficar com o “peito caído”, dado que isso faz parte do seu destino de fêmea e, mesmo não gostando, ela refere “não poder fazer nada”.

“...em termos do peito, o peito nunca fica igual, realmente, né?, porque antes era mais durinho...depois que cria o leite ele já fica meio mais caído...[risos]...eu estou achando que mudou...[] ...eu acho horrível...mas eu não posso fazer nada...”

EVA – 18 anos.

Menezes & Domingues, (2004), estudaram as mudanças corporais percebidas por um grupo de gestantes adolescentes e acharam que o crescimento dos seios foi a mudança mais percebida e da que menos gostaram. Os autores evidenciaram a necessidade de que durante o pré-natal a gestante adolescente seja preparada para compreender as mudanças corporais, especialmente aquelas relacionadas ao seio, em razão da prática do aleitamento materno.

No entanto, para outras mulheres, ter os peitos cheios e volumosos redundava em satisfação e conformidade com sua nova imagem corporal.

“...eu não tinha quase peito...aí agora ele está cheio...fico assim me olhando no espelho: “- caraca! Tô com maior peitão!...fico toda boba, assim...”

BIANCA – 16 anos.

Para Yalom (1997), a civilização ocidental cultua o seio erótico, de preferência aqueles maiores, mais volumosos e arredondados, desde o final do Renascimento, quando se deu início ao “reinado absoluto do seio sexualizado”, tendo como finalidade despertar o fascínio e o desejo masculino, resultando a sobreposição ao significado maternal do seio.

Depreendemos das falas analisadas que as adolescentes deste estudo atribuem aos seus corpos um valor inferior em relação ao do filho, em função do sacrifício que representou para elas ter assumido a maternidade. Neste sentido, às marcas da maternidade e da amamentação no corpo adolescente (estrias, peito caído, aumento de peso) se constituem num mínimo desfecho para as mulheres. Em contrapartida, o filho é tido como uma grande recompensa.

“...[as estrias] ficou, até hoje está...sei lá...achei um pouco estranho...mas depois que eu tive minha filha falei:”- ah!, pelo sacrifício que eu fiz, para mim foi

bastante...tendo a minha filha do meu lado, tô satisfeita... ganhei as estrias mas fiquei com a minha filha.”

BIANCA – 16 anos.

“...o peito ficou mais caído...é muito feio...estou lotada de estrias...tô cheia de estrias...apareceram do outro [filho], aqui e aqui [assinala o peito e a barriga]...por um lado vale a pena, né?, de ver essa coisa fofa [o filho]... foi melhor assim...”

DIANA – 19 anos.

“...eu comecei a engordar...[]... aí, sei lá, eu acho que quando você não sabe que você está grávida, né? você não encara isso como uma coisa normal, você encara mesmo como desleixo seu e tudo...aí depois que eu soube que estava grávida... eu agora mesmo, sabe, mesmo que eu ache que tivesse engordado não ia ficar em depressão, nada disso...[] ... depois eu me senti bem, me senti bem, super bem...que é uma coisa natural, né?...”

JÚLIA – 16 anos.

Através dos seus depoimentos as adolescentes estudadas expressam que assumir a maternidade e a amamentação implica no dever de aceitar a nova imagem corporal. Podemos perceber que a aparente facilidade com que as mulheres aceitaram essas mudanças nos seus corpos reside na supervalorização que é dada socialmente ao corpo da criança, em detrimento do corpo da mulher.

3 CONCLUSAO

*“Sempre em frente,
não temos tempo a perder
[] ... Somos tão jovens...”*

Legião Urbana – Tempo perdido

No presente trabalho analisamos a amamentação sob a óptica de um grupo de mães-nutrizas adolescentes de baixa renda, residentes no Estado do Rio de Janeiro. Nesse percurso, propusemo-nos compreender como as mulheres estudadas vivenciavam o processo de amamentação de seus filhos e identificar os fatores que contribuíam para a construção de tais vivências. Partimos do pressuposto de que as mães adolescentes vivenciavam o ser nutriz como uma

ação cotidiana que se consolidava ou se desfazia em função de fatores da ordem da natureza e/ou da cultura que permeavam essa prática.

Baseados na análise dos depoimentos das adolescentes entrevistadas à luz do referencial teórico da Pesquisa Qualitativa em Saúde, evidenciamos que para estas mulheres, a essência da prática do aleitamento materno foi construída ao redor de dois eixos principais: sua **preocupação** em relação ao sucesso/insucesso da amamentação e o exercício de **deveres** inerentes ao ser mãe adolescente.

A **preocupação** em relação ao sucesso/insucesso da amamentação, por sua vez, foi expressa pelo grupo estudado a partir uma série de inquietações maternas como produzir leite em quantidade e qualidade suficiente, ter mamas aptas para amamentar e conseguir que o bebê mamasse efetivamente.

Por outro lado, o exercício dos **deveres** inerentes ao ser mãe adolescente foi manifesto através da necessidade que as jovens sentiram em serem responsáveis e amamentarem, vencer o cansaço e a dor, pensar no bem-estar do filho e aceitar as mudanças que a maternidade e a amamentação imprimiram nos seus corpos.

Constatamos que no universo subjetivo das adolescentes nutrizas, as **preocupações** e **deveres** revelados nos seus discursos emergem do modelo de maternidade no qual as mulheres pesquisadas se espelham na tentativa de serem consideradas “boas mães”. Esse modelo, cujas raízes histórico-sociais se remetem ao século XVIII, exige da mulher-mãe-nutriz ser responsável, devota, paciente, sacrificada e submissa, postergando qualquer desejo ou necessidade pessoal em prol do bem-estar do filho. Percebemos também que em se tratando de meninas entre 15 e 19 anos de idade, essa demanda ganha uma magnitude ainda maior, dado que socialmente as mães adolescentes são consideradas despreparadas e imaturas para assumirem a maternidade e a amamentação. No entanto, esta aparente “desvantagem” não foi expressa como tal pelas mulheres adolescentes estudadas.

Os resultados de nossa pesquisa reafirmam o conceito da amamentação como um comportamento aprendido, transmitido sócio-culturalmente. Neste

sentido, as adolescentes-nutrizes destacaram o profissional de saúde e o seu entorno relacional como mediadores da aprendizagem.

As mulheres estudadas declararam ter vivido situações ora favorecedoras e ora limitantes para o exercício da amamentação durante sua estadia na Instituição hospitalar. Constatamos que em determinadas ocasiões, o discurso do profissional de saúde e as rotinas hospitalarias centralizados na imposição de aleitamento materno a qualquer custo reforçaram as **preocupações** e **deveres** vivenciados pelas mães. Cabe então, refletirmos sobre o tipo de apoio que estamos oferecendo à mulher que amamenta, seja ela adolescente ou não, dado que por um lado promove-se a amamentação até o 6º mês de vida da criança, mas por outro não é oferecida a estrutura para que esta prática possa ser efetiva.

Um ponto que merece destaque neste sentido é a importância de referir as adolescentes aos grupos de apoio e aos ambulatórios de amamentação para que possam ser atendidas precocemente, uma vez que muitas das mulheres entrevistadas manifestaram ter sofrido intercorrências mamárias após a alta hospitalar.

O valor social atribuído ao corpo feminino como substrato indispensável para o sucesso na prática da amamentação foi evidenciado a partir de construções como “não ter bico”, “ter peito pequeno”, “o leite seca”, “o peito pode empedrar”, entre outras. A respeito disto, constatamos nas falas das adolescentes a presença dos mitos, crenças e tabus que circulam no seu entorno relacional. De um modo geral, estas credices refletem a importância sócio-cultural que adquirem os determinantes biológicos da amamentação no exercício do aleitamento materno.

Assim sendo, percebemos a necessidade de abrir o espaço para a família da adolescente nas consultas de pré-natal e nos serviços de puericultura para que possam ser estabelecidos códigos comuns e, junto à comunidade, consigamos promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno de uma forma mais eficiente.

Comprovamos que para este grupo de mulheres, a idade materna não se constituiu num fator limitante para o exercício da amamentação nem na determinação de suas características. Resultados similares aos nossos tem sido

documentados em outros estudos, realizados com mulheres adultas (Arantes, 1991, Araújo, 1991, Nakano, 1996; Silva, 1997). Porém observamos que para as mães adolescentes em particular, o fator estético e as mudanças percebidas no corpo a partir da maternidade e a amamentação adquirem um valor central, tendo impacto sobre a construção de sua identidade adolescente. Desta forma, sugerimos estas questões sejam trabalhadas junto às adolescentes nos serviços de saúde durante o pré-natal e o pós-parto imediato.

Os achados desta pesquisa não pretendem ser inquestionáveis e muito menos definitivos, mas sim aportar ferramentas para a melhor compreensão do ser mulher, adolescente, mãe e nutriz, e desta forma contribuir para o atendimento efetivo das demandas subjetivas de nossa clientela.

Embora não tenha sido abordado neste estudo o grupo de mães adolescentes entre 10 e 14 anos, sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas incluindo esta população por considerarmos ser este o grupo de maior risco para não amamentar.

Portanto, que este não seja o final do caminho, mas sim um novo ponto de partida.

4. ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e esclarecido e Carta de Informação



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autorizo a Lic. Silvina Beatriz Durhand, fonoaudióloga, mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a coletar dados sobre o processo de amamentação da minha filha ou _____ pessoa _____ a _____ cargo (nome: _____) para serem utilizados durante a pesquisa da tese intitulada “PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NA ADOLESCÊNCIA”, com pleno conhecimento de este estudo, obtido através da CARTA de INFORMAÇÃO que foi me entregue, em anexo. Desta forma assumo a responsabilidade de consentir na participação voluntária e sem ônus, para ambas as partes.

Assinatura: _____

(pai, mãe, representante legal)

Data:

Primeira Via: a ser devolvida à Lic. Silvina Beatriz Durhand.

Segunda Via: ficará sob meu poder e guarda, junto com a carta de informação.



CARTA DE INFORMAÇÃO

Durante o período de Outubro a Dezembro de 2004, será realizada uma pesquisa na Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, entre as mães adolescentes que fizeram pré-natal no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente-NESA e tiveram filhos no período durante o qual este estudo se propõe, para estudar a percepção da amamentação (dar leite de peito ao bebê) em mães adolescentes. Este estudo consistirá numa entrevista com as mães sobre questões relacionadas à amamentação.

A amamentação é um processo natural e instintivo no ser humano, influenciado pela história, pela cultura e pela sociedade. Atualmente se considera que as técnicas de amamentação devem ser ensinadas e os profissionais de saúde devem acompanhar esse processo para que mãe e bebê possam se beneficiar com as vantagens que amamentar implica. A maioria dos estudos sobre o assunto são estrangeiros e não consideram as características particulares das adolescentes brasileiras, um dos principais motivos desta pesquisa.

O objetivo de este estudo é conhecer mais detalhadamente como se desenvolve o ato de amamentar em mães adolescentes e estabelecer os melhores recursos para orientar e acompanhar estas mães durante a amamentação.

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa da Tese de Mestrado "Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno na Adolescência" do curso de Pós-graduação em Ciências Médicas-PGCM da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-FCM-UERJ.

É importante esclarecer ainda, que esta pesquisa não acarretará nenhum prejuízo ou desconforto, e os dados serão identificados somente pelas iniciais do nome, mantendo-se o caráter confidencial da informação. Em nenhum momento a adolescente ou seu bebê ficarão expostos a riscos ou exames, sem

consentimento. A participação é sem custo nenhum para a adolescente e totalmente voluntária. Qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre o assunto desta pesquisa, ou outras questões, será aceita prontamente, com direito a respostas individualizadas.

Permanecemos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos necessários que poderão ser encaminhados diretamente à Lic. Silvina Beatriz Durhand, no telefone 2522-5689, ou ao PGCM-UERJ, no telefone 2587-6147, ou ao Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente-NESA, no telefone 2587-6570.

Agradecemos sua atenção e a participação nesta pesquisa.

ANEXO II - Roteiro temático

- 1.- Como está sendo para você amamentar seu filho?
- 2.- O que significa amamentar para você?
- 3.- Você foi amamentada? Você sabe/lembra alguma coisa dessa experiência?
- 4.- Como foi a primeira mamada do bebê?
- 5.- Como que você sabe que seu filho está com fome?
- 6.-Você experimentou alguma mudança no corpo durante a gravidez/amamentação? Se sim, O que representam para você essas mudanças?

ANEXO III – Perfil das entrevistadas segundo dados obtidos do prontuário e entrevista (quadro)

Nome de fantasia	Idade	Instrução	Estado Civil	Trabalha	Gestação	Número de filhos vivos	Aborto	Idade do(s) filho(s)	Reside com	Está amamentando
ADA	15	1º ano/2ºg.	solteira	não	1	1	0	25 dias	mãe + companheiro	sim
BIANCA	16	4ª série/1º g.	solteira	não	1	1	0	1 mês	comp. + sogra + cunhado	sim
CLARA	15	8ª série/1ºg.	solteira	não	1	1	0	8 dias	comp. + sogra + cunhado	sim
DIANA	19	2ºano/2ºg.	solteira	não	2	1	0	9 dias	companheiro	sim
EVA	18	1ºano/2ºg.	solteira	não	1	1	0	29 dias	companheiro	sim
FLÁVIA	15	8ªsérie/1ªg.	solteira	não	1	1	0	1 mês, 21 dias	mãe	sim
GRAÇA	16	1ºano/2ºg.	solteira	não	1	1	0	18 dias	mãe + padastro	sim
HILDE	15	4ªsérie/1ºg.	solteira	não	1	1	0	16 dias	mãe + irmã	sim
ISA	15	5ªsérie/1ºg.	solteira	não	1	1	0	1 mês, 15 dias	pais + irmão	sim
JÚLIA	16	2ºano/2ºg.	casada	não	1	1	0	1 mês, 1 dia	pais + marido	sim
KÁTIA	15	6ªsérie/1ºg.	solteira	não	1	2	0	7 dias	pais + irmão + comp.	sim
LAÍS	18	2ºg.completo	solteira	sim	1	1	0	22 dias	pais + companheiro	sim

Perfil das entrevistadas segundo dados obtidos do prontuário e entrevista

ANEXO IV - Perfil biográfico das mães adolescentes entrevistadas

*“... Nessa hora Menina entendeu tudinho.
Descobriu que só carinho é que espanta a solidão.
E que dor, se dividida, fica dor menos doída.
E que aí, dá até vontade de continuar a crescer
pra descobrir o resto das coisas”.*

Marisa Prado – Olha o olho da Menina.

ADA

“... Eu acho que daqui para frente, assim, a gente depois que tem filho a gente não tem que abaixar a cabeça, a gente tem que seguir enfrente e continuar o que você estava fazendo, estudando, trabalhando, fazendo o máximo possível para nunca deixar de trabalhar, justamente por causa do seu filho que você vai precisar trabalhar muito... não ficar dependendo só de mãe porque isso não é uma coisa boa...sei que, por mais que você seja de menor mas sua mãe queira ajudar, você tem que fazer o esforço de arrumar um emprego pra poder sustentar você e seu filho”

Quando entrevistamos a Ada, ela tinha 15 anos. Cursava o 1º ano do segundo grau numa instituição estadual e estava de licença na escola. Seu filho tinha 25 dias de vida. O pai do bebê começou se envolver com o tráfico, motivo pelo qual Ada preferiu se afastar, se mudando para uma comunidade distante para evitar o contato dele com o filho. No quinto mês de gravidez, Ada conheceu o atual namorado na escola. O rapaz tinha 18 anos, cursava o 2º grau e trabalhava na comunidade. Eles moram juntos, na casa da mãe de Ada. Ada mostrou-se entusiasta com o novo relacionamento e manifestou que “o pai não é aquele que faz, é aquele que cria”. Dados extraídos do prontuário revelaram que Ada foi derivada ao IFF por toxoplasmose, descoberta no 7º mês de gravidez. A decisão de parto cesárea foi devido à parada de progressão aos 6 cm de dilatação. Miguel foi um bebê a termo e pesou 3400 g. No 4º dia pós-parto Ada teve mastite, seguida de fissura mamilar, tendo que adiar a alta hospitalar. Durante a entrevista, Ada falou abertamente sobre sua vida, seus planos de voltar a estudar quando seu filho fizesse um ano de idade e sobre o desejo de ter outros filhos quando fosse mais velha. Contou-nos que embora a gravidez não tivesse sido desejada, estava muito feliz de ter seu filho no colo. Mostrou-se segura quanto aos cuidados do filho, ao qual pudemos observar que amamentava sem dificuldades.

BIANCA

“... eu sempre conversava bastante com ele, com meu marido, sempre falava que não estava na hora, mas meu sonho era ter um filho, falei: “um dia eu vou ter um filho”, que todo mundo tem um filho... Um dia eu vou engravidar”... Até que um dia eu engravidei, fiquei sabendo que estava grávida, e gostei...”

Bianca é a filha mais velha de 6 irmãos. Tinha uma irmã gêmea que faleceu logo após o nascimento. Quando a conhecemos, Bianca tinha 16 anos. Cursava a 4^o série num colégio estadual e estava de licença na escola. Sua filha estava com 1 mês de idade. A gravidez não foi aceita por seus pais, sendo motivo de ameaças e briga familiar. Com 2 meses de gravidez, ela foi expulsa de casa e mudou-se para a casa da sogra, onde morava desde então junto com o companheiro. Eles namoravam há 3 anos. O rapaz tinha 19 anos e estava desempregado. Maria Eduarda nasceu de parto normal, a termo, e pesou 3210 g. Bianca não apresentou intercorrências no pós-parto nem na amamentação. Pudemos perceber que a filha trouxe bastante alegria ao casal e à família do companheiro. Foi possível apreender que a sogra era a pessoa que efetivamente apoiava e orientava a Bianca sobre os cuidados do filho e sobre a prevenção de uma nova gravidez, representando para ela mais do que a própria mãe. Bianca contou-nos que não tinha sido amamentada, mas que viu sua mãe amamentar aos outros filhos. Essa situação foi sentida por ela como uma falta de carinho por parte de sua mãe. No início da conversa, mostrou-se tímida, mas logo foi se soltando. Bianca expôs seus desejos de voltar a estudar e trabalhar para ter a casa própria e dar para a filha tudo do bom e do melhor. Revelou-se insegura frente aos cuidados do bebê, sendo explícita a necessidade de consultar com a sogra todas suas decisões e dúvidas. Durante a entrevista, o bebê ficou tranquilamente dormindo no colo da mãe depois de ter sido amamentado.

CLARA

“quando eu estiver com 35, ela vai estar com 20, mas é bom que eu vou curtir muito ela...vai sair comigo como se fosse minha irmã...aí quando ela me chamar de mãe já vão falar: - “mãe?”...”

No momento da entrevista, Clara estava com 15 anos e cursava o 1º ano do segundo grau num colégio público. Estava de licença escolar desde o 7º mês de gravidez por ter apresentado dilatação do colo uterino. Morava na casa da sogra, junto com o cunhado e o namorado com quem tinha relacionamento há 2 anos. O rapaz tinha 20 anos e trabalhava num comércio. Clara comentou que a gravidez foi bem aceita pelos familiares. O bebê nasceu de parto normal, a termo, e pesou 3200 g. Nesse momento, estava com 8 dias de vida. Clara referiu ter tido problemas para iniciar a amamentação devido a que a neném dormia muito e não queria mamar. Segundo ela, esses problemas foram resolvidos antes de receber a alta hospitalar, não tendo apresentado outras intercorrências com a amamentação. Clara mostrou ser uma menina extrovertida e feliz. Mencionou estar recebendo o apoio da sobra nos cuidados do bebê. Contou-nos sobre sua idéia de retomar os estudos e, logo após acabar o segundo grau, entrar num curso de Enfermagem. Expressou também o desejo de ter outros filhos quando fosse mais velha. Tivemos a oportunidade de observar uma mamada, a qual desenvolveu-se com tranquilidade.

DIANA

“quando eu soube que estava grávida, foi uma revolução na vida... eu saía todo final de semana... aí parei de sair... foi difícil... []... eu culpava muito o pai dele...porque ele tem 33 anos, né? ...eu tenho 19 agora...tava com 17 do primeiro filho...eu saía todo final de semana...aí culpava ele por causa disso... []... ah, mas por um lado foi bom...minha mãe tá mais calma... (risos)...ela não dormia de noite, preocupada...”

Quando entrevistamos a Diana, ela tinha 19 anos de idade e cursava o 2º ano numa escola do Estado. Morava junto com o companheiro de 33 anos, que trabalhava no escritório de uma firma têxtil. Diana disse ter tido o primeiro filho com 17 anos de idade, mas este falecera de morte súbita aos 5 meses de vida, fato que trouxe muito sofrimento ao casal. Quatro meses após a morte do primeiro bebê, Diana engravidou dou novamente. Essa nova gravidez, diferente da anterior, tinha sido procurada e muito desejada. Diana chegou ao IFF com 6 cm de dilatação e referiu ter tido um parto normal e rápido. O bebê nasceu a termo e pesou 4100 g. No momento da entrevista, estava com 9 dias de vida. Diana comentou ter tido que ficar um dia a mais no hospital devido a uma baixa na glicose do bebê, embora não tenha referido isto como sendo decorrente de problemas para amamentá-lo. No decurso da entrevista, Diana falou pouco e baixo, mostrando-se preocupada em não incomodar o bebê que tinha acabado de mamar. Em seus depoimentos, ela expressou o sofrimento e a dor pela perda do primeiro filho, mas também a esperança de que esta nova experiência fosse melhor. Diana teve fissura mamilar por causa da pega inadequada do bebê, mas já tinha sido orientada, referindo ter melhorado a amamentação. No final da entrevista, ela manifestou a vontade de voltar a estudar e arrumar um emprego para poder oferecer ao filho uma vida melhor. No final da entrevista, perguntamos a Diana se ela queria fazer algum comentário sobre a experiência de amamentação do filho anterior, mas ela preferiu não falar nada.

EVA

“...agora é uma responsabilidade enorme com tudo... aí, é isso, que eu acho que me prendi.... em quanto à responsabilidade, agora é casa, filho e marido (risos).”

Eva tinha 18 anos quando a entrevistamos. Estudava no 1º ano de uma escola estadual e disse ter trancado a matrícula no 6º mês de gravidez por causa do diagnóstico de pré-eclampsia. Ela comentou ter repetido duas vezes a 4º série por ter sido acometida por uma doença. Atualmente morava com o companheiro, o qual conhecia há 3 anos. O rapaz tinha 26 anos e trabalhava como cobrador de van, trabalho que ela também fazia antes de engravidar. Eva referiu ter tido um parto rápido e com pouca dor. O bebê nasceu de parto normal e pesou 3060 g. No momento da entrevista, o bebê estava com 29 dias de vida. Eva manifestou ter ficado muito feliz por não ter tido problemas para amamentar o filho, dado que as pessoas do seu entorno tinham referido que a amamentação era uma experiência muito ruim e dolorosa. Ela disse estar gostando de amamentar, embora estivesse se sentindo muito cansada, pois o bebê trocava o dia pela noite. Contudo, ela comentou que estava recebendo o apoio do companheiro para cuidar do bebê e que, quando voltasse a estudar e trabalhar, sua mãe tomaria conta dele. Tivemos a oportunidade de observar uma mamada na qual evidenciamos algumas dificuldades e o incômodo da mãe, dado que a pega e a postura do bebê eram inadequadas. Perguntamos se podíamos sugerir algumas orientações, as quais Eva aceitou e agradeceu, referindo se sentir bem mais confortável amamentando na posição sugerida.

FLÁVIA

“O quê mudou na minha vida?...só estar na hora que ele dá trabalho... não teve muita mudança...nunca fui muito de sair então não é uma coisa que eu sinto falta...para mim, os lugares que eu gosto de ir, não sou impedida de ir com ele...só os shows que às vezes tem, agora não posso ir no momento porque eu não posso levar ele, que tem muito barulho...mas é uma coisa tão simples que não me faz falta...”

No momento da entrevista, Flávia estava com 15 anos de idade. cursava a 8^o série numa escola pública, mas encontrava-se de licença escolar. Morava só com a mãe. Namorava o pai do bebê há 2 anos quando engravidou. O rapaz tinha 18 anos e morava na casa ao lado. Flávia comentou que a gravidez causou briga na família, motivo pelo qual o pai dela foi embora de casa. Também disse que após o nascimento do bebê, a situação tinha ficado menos constrangedora, dado que o pai estava se mostrando mais compreensivo e atencioso com ela. O bebê nasceu de parto normal, a termo, e pesou 3540 g. Nesse momento estava com 1 mês e 21 dias de vida. Flávia contou-nos que sofreu de fissuras em ambos os mamilos após a alta hospitalar, mas que tinha resolvido o problema passando um creme. Depois desse acontecimento, referiu não ter padecido outras intercorrências com a amamentação. Em relação aos cuidados do bebê, disse estar se desenvolvendo muito bem, embora sua mãe estivesse ajudando-a. Durante a entrevista, Flávia falou tranquilamente sobre a felicidade que o filho tinha trazido na sua vida, mas também sobre a grande responsabilidade que isso significava para ela. Expressou sua vontade de retomar os estudos quando acabasse a licença escolar e trabalhar ajudando num pequeno empreendimento familiar. No final da entrevista, Flávia interrogou-nos acerca do uso de cremes no tratamento da fissura mamilar. Respondemos a suas dúvida e ela agradeceu muito.

GRAÇA

“eu pedi muito a Deus, assim porque, mesmo a gente não querendo: “Ah, não me importo da opinião dos outros”, não adianta, porque a gente vive numa sociedade, a gente não pode ignorar as pessoas, porque a gente não vive sozinha... A gente tem que se misturar...eu não podia viver sozinha porque: “Ah, agora eu estou grávida”...eu dependo até deles...até da opinião deles eu dependo....então... são muito moralistas as pessoas mas fazer o quê?...”

Quando entrevistamos a Graça, ela tinha 16 anos. Cursava o 1º ano do segundo grau numa escola técnica rural, mas tinha solicitado licença escolar. Morava junto com a mãe e o padrasto com quem mantinha um relacionamento distante. Contou-nos não ter conhecido o pai embora soubesse que ele era um homem casado que tinha recusado aceitar a responsabilidade de assumi-la como filha. Seu namorado tinha 19 anos, era técnico pecuário e tinha ingressado recentemente na universidade. Namoravam há 6 meses quando a gravidez ocorreu. Graça disse ter pensado em abortar, mas devido ao apoio recebido de sua mãe e do namorado, acabou desistindo da idéia e até gostando. O bebê nasceu de parto normal, a termo e pesou 3140 g. Nesse momento estava com 18 dias de vida. Graça referiu ter apresentado fissura mamilar após a alta hospitalar, fato que causou muita dor a ela, mas que não a impediu de ter continuado com a amamentação. Graça comentou a decisão de doar leite para o banco de leite. Manifestou estar se sentindo feliz cuidando da sua filha e revelou seu desejo de continuar estudando e voltar ao curso de Inglês, o qual tinha abandonado por ocasião da maternidade. Durante a entrevista, percebemos que Graça se desenvolvia com naturalidade nos cuidados da filha.

HILDE

“O que eu sinto como mãe é uma coisa tão gostosa!... porque eu sempre tive vontade assim, de sair, ficar na rua com meus colegas...aí depois que ele nasceu, não dá vontade de sair..”.

No momento da entrevista Hilde tinha 15 anos. Tinha entrado numa escola pública antes de engravidar, mas no 5º mês abandonou os estudos. Morava junto com sua mãe e irmã. O pai do bebê tinha 16 anos e segundo ela, “foi embora” assim que descobriu que ela estava grávida. No entanto, ela mantinha contato com a família do rapaz. No 5º mês de gravidez foi levada num abrigo para mulheres grávidas porque sua família não aceitava a gravidez. Hilde fugiu do abrigo 2 meses depois por não estar se sentindo à vontade, tendo sido novamente aceita na família. No momento da entrevista, o bebê estava com 16 dias de vida. Tinha nascido de parto cesárea devido à hipertensão apresentada pela mãe no último trimestre da gestação. Hilde referiu ter tido dificuldades para iniciar a amamentação e posteriormente ter sofrido de fissura mamilar, Durante a entrevista, percebemos as dificuldades de Hilde para cuidar do filho e sua preocupação enquanto ao seu desempenho como mãe. Ela disse estar recebendo o apoio da mãe e das vizinhas. Através da observação de uma mamada foi possível verificar que as intercorrências iniciais da amamentação já tinham sido resolvidas.

ISA

“...ser mãe é diferente...diferente de ser irmã, de qualquer coisa...mãe é mãe...tudo é a mãe...eu pretendo ser muito amiga da minha filha...espero que minha filha seja muito amiga minha...”

No momento da entrevista Isa estava com 15 anos. Embora tivesse começado a estudar com 7 anos, ainda estava na 5^o série. Tinha solicitado licença escolar no 5^o mês de gravidez por ter apresentado sintomas de pré-eclampsia. Morava junto com seus pais e um irmão mais velho. Isa referiu ter seguido “a mesma sorte da mãe”, que teve o primeiro filho com 14 anos de idade. Contou-nos que a gravidez foi um “acontecimento” e que já não namorava mais o pai do bebê, porém ele visitasse freqüentemente a filha. A notícia da gravidez não foi bem recebida pelo pai de Isa que quis expulsá-la de casa, mas a mãe convenceu-o para ela ficar. O bebê nasceu de parto normal e pesou 3530 g. Nesse momento estava com 1 mês e 15 dias de vida. Isa disse ter tido fissura mamilar na primeira semana pós-parto, mas que já tinha melhorado. Durante a entrevista, Isa falou pouco, sendo necessário repetir algumas vezes trechos da conversa para retomar o fio e atrair sua atenção. Ela comentou que ia trocar de escola para uma mais próxima e que retomaria os estudos assim que acabasse a licença escolar. Podemos observar que ela desenvolvia-se com segurança nos cuidados da filha e que a amamentava sem dificuldades.

JÚLIA

“...quando eu soube que estava grávida fiquei desesperada, né? que eu não esperava isso...eu esperava que eu estava doente...a ginecologista tinha dito que se eu estivesse, estaria com 4 meses então eu estava descansada, eu sabia que eu não estava grávida...aí ela falou que então deveria ser um tumor, então eu estava desesperada....só que quando eu cheguei na outra consulta, ele falou que não, que era uma gravidez, que eu estava com 7 para 8 meses, aí foi aquele shock, né?, mas também foi um alívio, porque eu não estava doente...”

Quando a entrevistamos, Júlia tinha 16 anos e estava acabando o 2º ano do 2º grau numa escola pública. Tinha saído de licença escolar no 8º mês de gravidez. Morava junto com os pais e ajudava à mãe como atendente numa loja no Centro da Cidade. O pai do bebê tinha 19 anos e estudava numa Universidade Federal. Quando souberam da gravidez, logo conversaram com a família e decidiram casar, decisão que foi tomada em conjunto com os familiares. O bebê nasceu de parto normal, a termo, e pesou 2810 g. Foi necessário utilizar fórceps, fato pelo qual Júlia disse ter ficado assustada ao ver o filho pela primeira vez devido a como tinha ficado a cabecinha do bebê. Nos dados do prontuário comprovamos que o bebê tinha nascido com dupla circular de cordão e cianose central. Júlia contou ter tido dificuldades para iniciar a amamentação e que o peito tinha fissurado no 2º dia pós-parto. Embora tivesse saído de alta com complemento de leite artificial, no momento da entrevista, o bebê estava com 1 mês e 1 dia de vida e mamava exclusivamente no peito sem dificuldades. Júlia manifestou que pretendia voltar a estudar e que contava com o apoio dos pais e da sogra para cuidar do bebê. Podemos perceber certa insegurança para cuidar do filho, dado que em muitas oportunidades comentou que era a sua mãe quem realmente tomava conta da criança.

KÁTIA

“...quando eu soube que eram dois tomei um susto, mas depois acostumei com a idéia...”

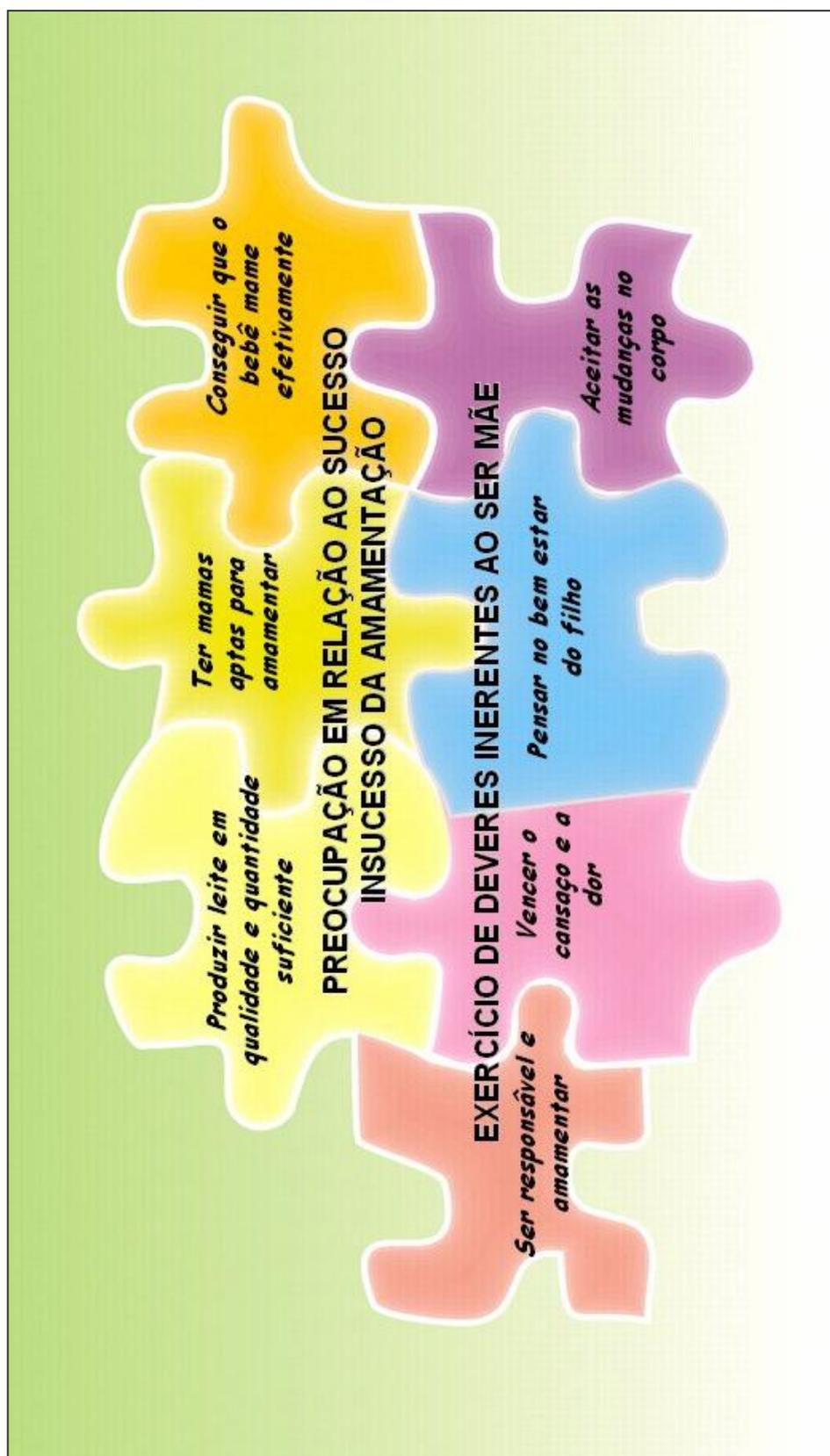
Kátia tinha 15 anos quando a entrevistamos. Estava na 6^o série e tinha pedido licença escolar no 4^o mês de gravidez devido ser gravidez gemelar e ter risco de parto prematuro por pré-eclampsia materna. Kátia morava com os pais, o irmão e o companheiro. Ela disse que estavam acabando a construção de uma casinha pequena para que o casal pudesse morar sozinho. O pai do bebê tinha 20 anos e namorava a Kátia há um ano quando ocorreu a gravidez. Os bebês nasceram de parto cesáreo, a termo, e pesaram 2270 g e 2440 g. Eles saíram da maternidade com prescrição de complemento de leite artificial. No momento da entrevista estavam com 1 semana de vida e mamavam sem dificuldades. Kátia disse contar com a ajuda da mãe para cuidar das crianças e referiu que embora estivesse gostando, estava sendo muito cansativo para ela cuidar de dois. Durante a entrevista, Kátia falou pouco, sendo evidente seu cansaço e o esgotamento físico. Contou-nos sobre seus planos de retomar os estudos, sempre que conseguisse trocar para estudar de noite, quando seu marido e sua mãe estivessem em casa para ficar com as crianças.

LAÍS

“...parece que a gente transmite um carinho e ela também passa para a gente, né? ...a mesma coisa... ela fica olhando, assim, ela presta atenção em todo o que a gente fala...fica ouvindo, assim...às vezes eu estou amamentando ela e ela está quase dormindo e eu começo a cantar e ela abre o olho e fica olhando para mim (risos).”

Quando entrevistamos a Laís, tinha 18 anos. Morava com os pais e o companheiro, de 23 anos. Tinha cursado o 2º grau completo. Trabalhava como secretária e estava de licença maternidade. Embora a gravidez não tivesse sido planejada, a filha trouxe muita alegria ao casal e à família. O bebê nasceu de parto normal, a termo e pesou 2840 g. No momento da entrevista estava com 22 dias de vida. Percebemos que Laís cuidava da filha com segurança e observamos que a amamentava sem dificuldades. Não referiu ter tido problemas para iniciar a amamentação nem intercorrências mamárias. Laís disse que iria retornar ao trabalho quando acabasse o período de licença maternal e que pretendia deixar seu leite para que sua mãe desse ao bebê e desta forma, poder continuar com a amamentação até o 6º mês sem necessidade de oferecer outro tipo de leite.

ANEXO V – Vivências de mães adolescentes no processo de amamentação dos seus filhos (figura)



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aberastury A. et al. Adolescência. 6º ed. Tradução de Ruth Cabral. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
2. Agra F. O sofrimento psíquico da mulher no pós-parto: uma expressão de resistência ao modelo tradicional de maternidade. [Dissertação de Mestrado]. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília, 2006; 198 pp.
3. Almeida JAG. Amamentação: Um Híbrido Natureza-Cultura. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
4. Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rev. latino-am. Enfermagem 1998, 6 (3): 71-76.
5. Almeida JAG. A rede sócio-biológica desenhada pelo leite humano. In: Castro LMCP, Araújo LDS (org.). Aleitamento materno: manual prático. 2º ed. Londrina, PR: PML, 2006; 23-34.
6. Arantes CIS. O fenômeno da amamentação: uma proposta compreensiva. [Dissertação de Mestrado]. Riberão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Riberão Preto, 1991; 86 pp.
7. Arantes CIS. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. J Pediatr (Rio J) 1995; 71 (4): 195-202.
8. Araújo LDS. Querer/Poder amamentar: uma questão de representação? [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991; 141 pp.
9. Araújo LDS, Rodrigues VS. Anatomia da mama e fisiologia da lactação e sucção. In: Castro LMCP, Araújo LDS (org.). Aleitamento materno: manual prático. 2º ed. Londrina, PR: PML, 2006; 59-66.
10. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
12. Bertaux D. L'Approche Biographique: La validité methodologique, ses potentialities. In: Cahiers Internationaux de Sociologie, volume LXIX, Nouvelle Série, 27ème année, jui-déc. Paris: Presses Universitaires de France; 1980; 197-225 pp.

13. Bevilacqua DF; Neira HEP; Madeira LM; Laganá MTC; Miranda MM. Uso popular de medicamentos de origem vegetal em lactentes. Rev Esc Enfermagem USP 1985; 19 (1): 21-42.
14. Branco VMC. Gravidez na adolescência: problema para quem? Interação, 1997(jan/mar): 6-7.
15. Brasil AL, Vitolo MR, Lopez FA, Nobrega, FJ. Fat and protein composition of mature milk in adolescents. J Adolesc Health 1991; 12: 365-371.
16. Brasil AL, Vitolo MR, Lopez FA, Nóbrega FJ. Gravidez e lactação na adolescência. Rev Paul Pediatr, 1991; 9 (33): 39-43.
17. Bretas AJF. A utilidade do aleitamento materno e os inconvenientes que resultam do desprezo deste dever. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1838; 29 p.
18. Calil VMLT, Leone CR, Ramos JLA . Composição nutricional do colostro de mães de RN de termo adequados e pequenos para a idade gestacional III - Condições que alteram a composição nutricional do leite humano. Pediatria S Paulo, 1992; 14 (1): 24-29.
19. Campagna VN, Souza ASL. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. Bol Psicol, 2006; 61 (124): 09-35.
20. Cano MAT, Ferriani MGC, Medeiros M, Gomes R. Auto-imagem na adolescência. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia,1999; 1 (1). [Online] <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/668/73420> [2 Fevereiro 2007].
21. Cardoso R. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: Cardoso, R, (org.) A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa. São Paulo: Paz e Terra, 1988; 95-106.
22. Catharino TR. Da gestão dos riscos à invenção do futuro: considerações médico-psicológicas e educacionais sobre histórias de meninas que engravidaram entre 10 e 14 anos. [Tese de Doutorado não-publicada]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2002.
23. Chaves RG, Lamounier JÁ, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno .J Pediatr (Rio J) 2007; 83 (3): 241-246.
24. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

25. Costa R. Para além da maternidade: outras formas de subjetivação do feminino. [Dissertação de Mestrado]. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília, 2004; 170 pp.
26. Crespim J. Puericultura: ciência, arte e amor. São Paulo: Fundação Byk, 1996.
27. Dadoorian D. Prontas para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco; 2000.
28. Coelho MRV. Estudo da composição química (gorduras totais, valor calórico total, proteínas totais, imunoglobulinas e ácidos graxos) do colostro de nutrizes adolescentes [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1988.
29. Chizotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Editora Cortez, 1991.
30. Cusson RM. Attitudes toward breast-feeding among female high-school students. *Pediatr Nurs* 1985; 11: 189-191.
31. Del Priore M. Ao sul do Corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
32. Del Priore M. Corpo a Corpo com a Mulher. São Paulo: SENAC, 2000.
33. Department of Health. Infant Feeding. Department of Health, London, 2000. [Online]
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008114 [25 Maio 2007]
34. Domingues RMM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002; 212 pp.
35. Ellis DJ. Secondary school students' attitudes and beliefs about breastfeeding. *J Sch Health* 1983; 53: 600-604.
36. Esteves JR, Menandro PMR. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 2005; 10 (3): 363-370.
37. Forrester IT, Whawlock G, Warren AP. Assessment of students' attitudes toward breastfeeding. *J Hum Lact* 1997; 13: 33-37.

38. Freire G. Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.
39. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. Rev Saúde Pública, 2004; 38 (1): 85-92.
40. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa fenomenologia. Rev Interface: Comunicação, Saúde, Educação 1997; 1(1):109-119.
41. Gigante DO, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. Rev Saúde Pública, 2000; 34 (3): 259-265
42. Goldenberg P. Repensando a desnutrição como questão social. Campinas: Editora da Unicamp, 1988.
43. Gonçalves AC. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2001; 136 pp.
44. Grant J. Situação mundial da infância. Brasília, UNICEF, 1984.
45. Gregg JEM. Attitudes of teenagers in Liverpool to breast feeding. BMJ 1989; 299: 147-148.
46. Horta BL, Victora CG, Gigante DP, Santos J, Barros FC. Duração da amamentação em duas gerações. Rev Saúde Pública, 2007; 41 (1): 13-18.
47. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. Rev Latino-am Enfermagem, 2001; 9 (5):70-76.
48. Ineichen B, Pierce M, Lawrenson R. Teenage mothers as breastfeeders: Attitudes and behaviors. J Adolesc 1997; 20: 505-509.
49. Javorski M. Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru. [Dissertação de Mestrado] Riberão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2001.
50. Joffe A, Radius SM. Breast versus bottle: Correlates of adolescent mothers' infant-feeding practice. Pediatrics 1987; 79: 689-695.
51. Kahn RL, Cannell CF. The dynamics of interviewing: theory, technique and cases. New York; John Wiley, 1962.
52. Katz RA. Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha? [Dissertação de maestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ; 1999; 149 pp.

53. King FS. Como ajudar as mães a amamentar. 5^o ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
54. Kitzinger S. Mães - um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978.
55. Lamounier JA, Cardoso AMJ, Abrantes MM, Da Silva AA, Faria JF, Diniz CM. Fatores relacionados com o aleitamento materno em mães adolescentes. Rev Méd Minas Gerais, 2003; (4 Supl. 2): 27-30.
56. Latour B. Jamais fomos modernos. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
57. Lavender T, Thompson S, Word L. Supporting teenage mothers with breastfeeding guardians. Br J Midwifery, 2005; 13 (6): 354-359.
58. Lawrence RA. Breast-feeding: a guide for the medical profession. Saint Louis: Mosby, 1980.
59. Lebovici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
60. Lipsman S, Dewey KG, Lönnerdal B. Breastfeeding among teenage mothers: milk composition, infant growth, and maternal dietary intake. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1985; 4: 426-434.
61. Lizarraga JL, Maehr JC, Wingard DL, Felice ME. Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. J Adolesc Health Care 1992; 13: 676-681.
62. Maia Monteiro DL, Almeida Cunha A, Cunha Bastos A. Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
63. Maldonado MT. Psicologia da gravidez – parto e puerpério. 17^o ed. São Paulo: Saraiva; 2005.
64. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. Rev Família, Saúde e Desenvolvimento, 1999; 1(1-2): 21-26.
65. Menezes IHCF; Domingues MHMS. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. Rev. Nutr., Campinas, 2004;17(2):185-194.
66. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde. 8^o ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.
67. Minayo MCS; Assis SG; Souza ER; Njaine K; Deslandes SF; Silva CMFP; Fraga PCP; Gomes R; Abramovay M; Waiselfisz JJ, Monteiro, MC. Fala

- galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
68. Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
69. Minayo MCS. (org). Deslandes SF; Neto OC; Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22^o ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
70. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade. Cad Saúde Pública 1983; 9(3): 239-262.
71. Monteiro JCS. Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher. [Dissertação de Mestrado]. Riberão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Riberão Preto-USP, 2006; 122 pp.
72. Monteiro S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: Heilborn ML, Brandão E; (Org.): Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
73. Moraes AEP, Thomson Z. Problemas das mamas e dos mamilos. In: Castro LMCP, Araújo LDS (org.). Aleitamento materno: manual prático. 2^o ed. Londrina, PR: PML, 2006; 81-92.
74. Moresco JO, van der Sand ICP. Das bonecas ao bebê: a vida da adolescente ao tornar-se mãe. Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS, 2005; 15 (1): 34-41.
75. Motil KJ, Kertz B, Thotathuchery M. Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. J Adolesc Health 1997; 20: 442-449.
76. MS, Ministério da Saúde. [Online] <http://w3.datasus.gov.br/datasus> [8 Maio 2007].
77. MS/SVS/DASIS – SINASC, Sistema de Informações de Nascidos Vivos. [Online] <http://tabnet.datasus.gov.br> [8 Maio 2007].
78. Nakamura SS, Viega KF, Ferrarese SRB, Martinez FE. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre aleitamento materno. J Pediatr (Rio J), 2003; 79 (2): 181-188.
79. Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino. [Tese de Doutorado]. Riberão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Riberão Preto-USP, 1996; 169 pp.

80. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. [Tese de Livre Docência]. Riberão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Riberão Preto-USP; Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, 2003; 144 pp.
81. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care*. 1988a ;9: 470-473.
82. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Effect of two types of hospital feeding gift packs on duration of breast-feeding among adolescent mothers *J Adolesc Health Care* 1988b; 9: 411-413.
83. Oliveira RD, Oliveira MD. Pesquisa Social e Ação Educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR (org) *Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense, 1985; 17-33.
84. OMS. El embarazo y el aborto en la adolescencia. OMS: serie de informes técnicos, 583. Ginebra, 1975.
85. OMS/UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989.
86. Outeiral JO. *Adolescer: estudo sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
87. Pacheco MJT. *Maternidade na adolescência: vivências, sentimentos e decisões*. São Luís: Fundação Josué Montello, 2004.
88. Parga Nina L et al. *Configuração de situações de pobreza*. Rio de Janeiro: Editora PUC/RIO, 1983-1985.
89. Paulilo MAS. A pesquisa qualitativa e a história de vida. [Online] http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm. [23 Agosto 2004].
90. Pinheiro VS. Repensando a maternidade na adolescência. *Estudos de Psicologia*; 2000, 5(1): 243-251.
91. Plotkin H. *The Imagined World Made Real: Towards a Natural Science of Culture*. Londres: Penguin Press, 2002.
92. Purtell M. Teenage girls' attitudes to breastfeeding. *Health Visit* 1994; 67: 156-157.
93. Rago M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

94. Raminelli R. Eva Tupinambá. In: Priore, MD, Bassanezi, C (org): História das mulheres no Brasil. 2º ed. São Paulo: Contexto, 1997.
95. Ray DVP, Estok PJ. Infant feeding choice and the adolescent mother. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1984; 13: 115-118.
96. Rea MF. Aleitamento materno e saúde da mulher: algumas considerações. In: Labra ME (org): Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989; 269-276.
97. Rea MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. Rev Saúde Pública São Paulo. 1990; 24: 241-249.
98. Reis AOA. O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares. [Tese de Doutorado]: São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1993.
99. Ribble, MA. Os direitos da criança: as necessidades psicológicas iniciais e sua satisfação. São Paulo: Imago, 1975.
100. Rios LF, Pimenta C, Brito I, Terto Jr V, Parker R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Cad. Cedes, Campinas 2002; 22 (57): 45-61.
101. Robinson JB, Hunt AE, Pope J, Garner B. Attitudes toward infant feeding among adolescent mothers from a WIC population in northern Louisiana. J Am Diet Assoc 1993; 93: 1311-1313.
102. Romani JP. Mulher: natureza e sociedade. In: Luz, MT (Org.). O lugar da mulher. Rio de Janeiro: Graal, Coleção Tendências, v.1, 1982.
103. Rossi C; Bilibio LDSA; Araújo LDS. Estímulo ao aleitamento materno no pré-natal. In: Castro, LMCP, Araújo, LDS (org.). Aleitamento materno: manual prático. 2º ed. Londrina, PR: PML, 2006; 41-48.
104. Ryan AS, Wenjun A, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millenium. Pediatrics, 2002; 110: 1103-1109.
105. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. J Pediatr (Rio J), 2004; 80(5 Supl):155-162.
106. Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Rev Saúde Pública 2003; 37(1): 15-23.
107. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

108. Sena MCF. Prevalência do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal e sua associação com o trabalho materno fora do lar. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Brasília, 1997.
109. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. Rev Saúde Pública, 2005; 39 (2): 156-162.
110. Silva AM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na Sociedade Brasileira. [Dissertação de Mestrado] Riberão Preto, São Paulo: Faculdade de Medicina de Riberão Preto, Universidade de São Paulo, 1990; 302 pp.
111. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.
112. Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 1999; 146 pp.
113. SMS/RJ, Secretaria Municipal de Saúde. Resolução N°1144, de 6 de Maio de 2005. [Online] www.saude.rio.rj.gov.br [8 Maio 2007].
114. SINASC, Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SES/RJ. [Online] <http://www.saude.rio.rj.gov>. [8 Maio 2007].
115. Souza LBM. Do Leite Fraco à Biologia da Excepcionalidade - As múltiplas Faces da Mesma Moeda. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro, RJ: Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, 2003; 174 pp.
116. Stern C, García E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción, 1999; 13: 1-21.
117. Stern DN. A constelação da maternidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
118. Sydrônio KS. A construção do conhecimento em Enfermagem na temática do Aleitamento Materno. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2006; 212 pp.
119. Tavares MCC. Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.
120. Thomson Z. Aleitamento materno. In: Rego Filho EAR. (Org.) Manual de pediatria. 2º ed. Londrina : UEL, 2000.

121. Tiba I. Puberdade e Adolescência: desenvolvimento biopsicosocial. São Paulo: Ágora, 1986.
122. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. Rev Saúde Pública, 2000;34:299-303
123. UNICEF/Brasil. [Online] <http://www.unicef.org/brazil/placar.htm> [8 Julho 2007]
124. Valdés V; Sánchez A, Labbock M. Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
125. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. Rev Eletrônica de Enfermagem, 2005; 7 (2): 207 – 214. [Online] http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_09.htm [15 Fevereiro 2007].
126. Viana MRA, Xavier CC, Chaves SV, Costa e Silva N. Visão do adolescente sobre aleitamento materno na escola de 2º grau. J Pediatr (Rio J), 1987; 63(4): 181-183.
127. Vinha VHP, Scochi CGS. Aleitamento materno – evolução histórica. Femina 1989; 17 (10): 819 – 823.
128. Vitolo MR, Brasil AL, Lopez FA, Nobrega FJ. Colostrum composition in adolescent mothers. J Am Coll Nutr 1993; 12: 547-550.
129. Vitolo MR.; Patin RV; Von Bulow AC.; Ganzerli M, Fisberg M. Conhecimentos e crendices populares de puérperas na prática da amamentação. Rev de Nutrição PUCCAMP 1994; 7 (2): 137-142.
130. Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and Adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29 (3): 282-294.
131. Wells J. The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptative behaviour or biopower? Human Ecology 2006, Special issue, 14: 39-47.
132. Wiemann CM, Dubois JC, Berenson AB. Racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. Pediatrics 1998a; 101(6): e11.
133. Wiemann CM, Dubolis JC, Berenson AB. Strategies to promote breast-feeding among adolescent mothers. Arch Pediatr Adol Med 1998b; 152: 862-869.

134. Winnicott, DW. Os bebês e suas mães. 2^o ed, 2^o tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
135. Wolinski M. Adolescent views on breastfeeding: A descriptive survey. Breastfeed Rev 1989; 14 (1): 9-12.
136. Yalom M. História do seio. Lisboa: Teorema, 1998.
137. Yoos L. Developmental issues and the choice of feeding method of adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1985; 14: 68-72.