



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

JOCELIA ABREU JUAÇABA

**CONTRIBUIÇÕES DAS AVÓS NA PRÁTICA DE
ALEITAMENTO MATERNO ENTRE NUTRIZES
ADOLESCENTES EM FORTALEZA-CEARÁ**

FORTALEZA – CEARÁ

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOCELIA ABREU JUAÇABA

**CONTRIBUIÇÕES DAS AVÓS NA PRÁTICA DE
ALEITAMENTO MATERNO ENTRE NUTRIZES
ADOLESCENTES EM FORTALEZA-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila

FORTALEZA – CEARÁ

2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus,
Pelo dom da vida, pela graça
De poder compartilhar da companhia
De pessoas tão especiais.

À minha mãe Osélia,
Que apesar de tantas dificuldades que encontrou na vida
Foi sempre determinada e corajosa.
Deu-me o poder de discernimento para escolher entre o certo e o errado
Estimulou-me a ser sempre mais o que podia ser.

Ao meu marido Renato,
Por todo amor, compreensão e estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional.
Foi aquele quem mais acreditou na pessoa que me tornaria.

Aos meus filhos Leonardo, Renato Neto, João Gabriel e Isabelle,
Anjos da minha vida, amados tesouros que Deus me confiou.
Pelas horas de convívio perdido em prol do meu engrandecimento profissional.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila,
Pela paciência e dedicada orientação a este trabalho pó colocar ao meu dispor toda
sua experiência acadêmica e profissional.

Às minhas amigas queridas que me ajudaram com palavras de conforto e estímulo,
além de sugestões. Mestres na arte da amizade: Ângela Maia dos Santos, Rita de
Cássia de Queiroz Maia e Maria do Perpétuo Socorro Paz Nerys.

Aos informantes que, indubitavelmente, proporcionaram a realização deste estudo.

Aos familiares e amigos, pelo incentivo durante o desenvolvimento deste trabalho.

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito.

Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser.

Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.

Martim Luther King

RESUMO

O aumento da gravidez na adolescência caracteriza-se como problema de saúde pública em diversos países. Particularmente no Brasil, a associação desse evento com pobreza e baixa escolaridade contribui para o aumento da taxa de mortalidade infantil. Ante a reconhecida contribuição da prática do aleitamento materno exclusivo na redução deste indicador, é importante conhecer como se dá esta prática entre as mães adolescentes. Assim, este estudo teve como objetivo geral caracterizar a prática do aleitamento materno entre mães adolescentes e de que forma essa prática pode ser influenciada pelos antecedentes maternos. A pesquisa realizou-se por meio da abordagem quantiqualitativa com 22 nutrízes adolescentes que pariram no mês de dezembro de 2007 num serviço público de referência para gravidez na adolescência em Fortaleza-CE. Também foram informantes as mães das adolescentes. Entre as técnicas de coleta de dados trabalhou-se com a observação não participativa, o questionário e a entrevista. Os dados quantitativos subsidiaram a caracterização do perfil socioeconômico: 15 a 19 anos foi a faixa etária predominante; a maioria cursava o ensino médio; a faixa de renda situou-se entre 1-2 salários mínimos; 59% tinham união estável; 91% realizaram o pré-natal e 50% fizeram mais que o número mínimo de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. A análise qualitativa propiciou a caracterização da prática do aleitamento materno entre as adolescentes por meio da identificação dos domínios culturais e das taxonomias, as quais revelaram que a experiência/histórico de aleitamento materno das mães das adolescentes não é fator determinante da prática de aleitamento das filhas e mostrou ser a introdução precoce de alimentos uma prática dominante entre as adolescentes, apesar do reconhecimento do aleitamento como fator decisivo para a saúde da criança. Como maiores fatores intervenientes da prática mencionam-se as concepções errôneas decorrentes de um conhecimento superficial sobre os principais aspectos do aleitamento materno. Tal achado possibilitou a identificação do seguinte tema cultural: A banalização do discurso dos profissionais de saúde como determinante da prática do aleitamento materno pelas nutrízes adolescentes. Apesar de se reconhecer a importância da informação profissional como fundamental e poderosa fonte de conhecimento das mães quanto aos benefícios e vantagens da amamentação, a ação educativa precisa ser promovida mediante o reconhecimento do contexto cultural das nutrízes adolescentes e de estratégias que possibilitem melhor (re) conhecimento da prática como principal fator de saúde das crianças.

Palavras-chave: aleitamento materno, prática, mães adolescentes.

ABSTRACT

The increase of teenage pregnancy is characterized as a public health problem in many countries. Particularly in Brazil, the association of that event with poverty and poor education contribute to the increased rate of childish mortality. Given the recognized contribution of the practice of exclusive breastfeeding in the reduction of this indicator, it is important to know how this practice occurs among adolescent mothers. Thus, this study aimed to characterize the general practice of breastfeeding among adolescent mothers and how this practice can be influenced by maternal history. The research was carried out by means of quantitative-qualitative approach with 22 adolescent mothers who calved in December 2007 in a reference public service to adolescent pregnancy in Fortaleza-CE, also were interviewed the mothers of these adolescents. The data collection techniques were non-participatory observation, the questionnaire and interview. The quantitative data supported the characterization of the socioeconomic profile: 15 to 19 years age group was the predominant, most finishing his primary education, the income range was between 1-2 minimum wages, 59% were stable, 91% did the pre home-made and 50% more than the minimum number of appointments recommended by the Ministry of Health. The qualitative analysis allowed the characterization of the practice of breastfeeding among adolescents through the identification of areas of cultural and taxonomies which revealed that the experience / history of breastfeeding for mothers of adolescents is not a determining factor of the practice of feeding the children and proved to be the early introduction of food a dominant practice among teenagers, despite the recognition of breastfeeding as an important factor for child health. The main factors that interfere in their practice were erroneous conceptions because of a superficial knowledge on major aspects of breastfeeding, which allowed the identification of a cultural theme: "The banality of the discourse of health professionals as a determinant of the practice of breastfeeding by teenager mothers." We recognize the importance of information and training as essential primary source of knowledge of mothers about the benefits and advantages of breastfeeding, but the educational activity must be performed by the recognition of the cultural context of adolescent mothers and strategies that enable a better (re) cognition practice as the main factor in health of children.

Keywords: breastfeeding, practice, adolescent mothers.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
SUMÁRIO	9
LISTA DE ABREVIATURAS	9
LISTA DE TABELAS	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 Aspectos históricos e socioculturais da amamentação.....	15
2.2 Amamentação e adolescência.....	18
2.3 Fatores relacionados com aleitamento materno em mães adolescentes...	20
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2 Objetivos específicos.....	23
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	24
4.1 Os sujeitos do estudo.....	24
4.2 Coleta e registro das informações.....	26
4.2.1 Observação não participativa.....	26
4.2.2 Entrevista semi-estruturada.....	27
4.2.3 Diário de campo.....	28
4.3 Organização e análise dos dados.....	29
4.3.1 Organização das informações qualitativas.....	29
4.3.2 Identificação de domínios culturais e taxonomias.....	29
4.4 Aspectos éticos.....	30
5 RESULTADOS	32
5.1 Perfil socioeconômico.....	32
5.1.1 Idade materna.....	33
5.1.2 Escolaridade.....	33
5.1.3 Renda.....	34
5.1.4 Estado civil.....	35
5.2 Tipo de aleitamento praticado pelas mães adolescentes.....	37
5.3 Peso ao nascer.....	38
5.4 Características do acompanhamento pré-natal das mães adolescentes..	40

5.5 Descrevendo os domínios culturais e as taxonomias.....	43
5.5.1 Domínio cultural 1: Motivação para a prática do aleitamento materno....	44
5.5.2 Domínio cultural 2: Práticas de aleitamento materno.....	54
5.5.3 Domínio cultural 3: Fatores emocionais e físicos envolvidos na amamentação.....	60
5.5.4 Domínio cultural 4: Razões para a introdução precoce de alimentação complementar.....	66
5.5.5 Domínio cultural 5: Rede social de apoio na prática do aleitamento materno entre as adolescentes.....	73
5.5.6 Domínio cultural 6: Fatores de ordem familiar que interferem no aleitamento materno.....	81
5.6 Identificando o tema cultural: A banalização do discurso dos profissionais de saúde como determinante da prática do aleitamento materno pelas nutrizes adolescentes.....	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXO.....	102
Anexo A: Quadro Demonstrativo do SINASC.....	103
APÊNDICES.....	104
Apêndice A: Formulário para as adolescentes.....	105
Apêndice B: Formulário para as mães das adolescentes.....	107
Apêndice C: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	109
Apêndice D: Consentimento de participação pós-informado.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C.	– antes de Cristo
BEMFAM	– Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
SINASC	– Sistema de Informação de Nascidos Vivos
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	– World Health Organization

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Características socioeconômicas de nutrizes adolescentes atendidas num serviço de referência em Fortaleza. Dez/2007.....	32
TABELA 2: Distribuição das crianças filhas de nutrizes adolescentes segundo idade e tipo de aleitamento. Fortaleza, fev - maio 2008.....	37
TABELA 3: Distribuição das crianças filhas de nutrizes adolescentes segundo peso ao nascer, idade da mãe e tipo de aleitamento. Fortaleza, fev - maio 2008.....	39
TABELA 4: Distribuição das nutrizes adolescentes segundo o número de consultas e características do atendimento pré-natal. Fortaleza, fev - maio 2008.....	41

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva do adolescente gera muita preocupação nas organizações de saúde nacionais e internacionais, em face das suas repercussões físicas, psicológicas e sociais. Atualmente, cerca de 10% do total de nascimentos mundiais anuais são de mães adolescentes – aproximadamente 14 milhões de nascimentos por ano (DUARTE; NASCIMENTO; AKERMAN, 2006).

Em alguns países a gravidez e a maternidade na adolescência são consideradas um grave problema de saúde pública, por causa do aumento significativo da fecundidade neste grupo etário, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (DURHAND, 2004), sobretudo em famílias de baixa renda, população de risco para agravos à saúde (VIEIRA; PINTO e SILVA; BARROS FILHO, 2003; COSTA *et al.*, 2005).

Em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, o aumento da gravidez na adolescência caracteriza-se como problema de saúde pública, em virtude da associação desse evento com pobreza e baixa escolaridade, aumentando, assim, os indicadores de mortes perinatais (SIMÕES, 2003). No Brasil, é no estrato social mais pobre que se encontra o maior índice de fecundidade na população adolescente (PONTE JUNIOR; XIMENES NETO, 2004).

Neste país, segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2000/2002, registraram-se 28 mil nascidos vivos de adolescentes na faixa de 10 a 14 anos; e na faixa etária de 15 a 19 anos, em torno de 670 mil (COSTA *et al.*, 2005).

Como mostram dados disponíveis no SINASC da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, nos anos de 2004 a 2006, a prevalência de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 20 anos mantém-se praticamente estável, em torno de 29%. É mais freqüente entre as adolescentes de 15 a 20 anos. Em Fortaleza, capital do Ceará, dados do SINASC de 2000 a 2006 revelam prevalência variável de 21,7 em

2000 a 19,9 em 2006, com discreto decréscimo no número de nascidos vivos entre mães com idade de 10 a 19 anos.

Quanto à evolução da gestação em adolescentes, existem as seguintes referências: maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros) (YAZLLE, 2006; PONTE JUNIOR ; XIMENES NETO, 2004).

Estas complicações interferem no aleitamento materno, o qual deve ser incentivado, pois é o alimento ideal para crianças nos primeiros meses de vida, possui nutrientes em quantidades e qualidades adequadas para o desenvolvimento normal da criança, além de exercer papel fundamental na proteção imunológica e contra doenças infecciosas que penetram na circulação através do trato gastrointestinal. Como recomendado, o aleitamento materno exclusivo deve ser mantido, pelo menos, até os 6 meses de vida. Exige-se, porém, o conhecimento sobre as tendências locais do padrão de amamentação, pois tais tendências são essenciais na avaliação dos serviços e no embasamento das mudanças e ajustes na prática de promoção e incentivo ao aleitamento materno. De modo geral, profissionais da saúde desempenham papel decisivo na assistência à mulher lactante, no entanto, é necessário ter conhecimento e habilidades para orientar adequadamente o manejo da lactação (BATTOCHIO; SANTOS; COELHO, 2003).

De acordo com Oliveira, Castro e Lessa (2008), a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece indicadores que definem bem as categorias de aleitamento:

- Aleitamento materno: a criança amamenta e pode ou não estar recebendo outro alimento;
- Aleitamento materno exclusivo: a criança alimenta-se apenas de leite materno, diretamente do seio, ou de leite humano ordenhado, sem fazer uso de outros alimentos, com exceção de gotas, medicamentos, xaropes ou suplementos minerais;

- Aleitamento materno predominante: o único leite do qual a criança faz uso é o humano, mas pode se incluir também líquidos, como água, suco de frutas, chás e medicamentos;
- Aleitamento materno complementado: além do leite humano, a criança recebe outros alimentos.

Conforme determinados indícios, são inúmeros os benefícios da amamentação à saúde da mulher. Entre estes confirma-se menor risco de câncer de mama e ovário, menor índice de fratura de quadril por osteoporose e contribuição para maior espaçamento entre gestações (REA, 2003).

Especificamente em relação aos aspectos socioculturais da gestação precoce, segundo mostram algumas pesquisas, esta pode trazer desvantagens na trajetória educacional da gestante, sobretudo por contribuir para a evasão escolar, dificultar o retorno à escola e limitar o progresso acadêmico da adolescente e as possibilidades de adequação ao mercado de trabalho (COSTA *et al.*, 2005).

Segundo Durhand (2004), a maternidade expressa-se como um forte impacto biopsicossocial que se soma às profundas modificações características deste período do desenvolvimento humano. Algumas vezes, a maternidade é vivenciada como fator 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. Outras vezes, no entanto, pode interromper ou dificultar os planos futuros de estudo e trabalho das adolescentes. Neste contexto, é assumida a maternidade e a nova mãe se vê diante de complexas escolhas, entre elas a forma de alimentar o seu bebê.

Apesar do conhecimento científico sobre amamentação comprovar as propriedades ímpares do leite humano e esclarecer sobre o processo da lactação, a amamentação não se limita apenas a fatos biológicos, mas abrange dimensões construídas cultural, social e historicamente (NAKANO, 2003). Na construção de um novo paradigma para o aleitamento materno, Almeida (1999) considera a necessidade de transcender o biológico em direção ao social, de forma a possibilitar

a percepção da amamentação como categoria híbrida, que se forma entre os domínios da natureza e da cultura porque embora se reconheça a amamentação como fenômeno multidimensional, nas ações assistenciais às mulheres, tal abordagem ainda é bastante fragilizada.

Conforme Nakano (2003), os trabalhos na área de história social que analisam a construção de significados da amamentação e maternidade através dos tempos, entre eles o de Ariès, Donzelot, Costa, Badinter e Silva, evidenciam que o comportamento feminino diante do aleitamento materno guarda relação com o lugar, a imagem social da mulher e a maternidade, e se apresenta variável nas diferentes épocas e contextos sociais, dependente de valores e interesses econômicos e políticos.

Assim, quando a mulher decide ou não amamentar, tal decisão está interligada à sua história de vida e ao significado por ela atribuído a este ato. Essa opção pessoal pode ser influenciada pelo aspecto emocional, social, cultural e econômico (PRIMO; CAETANO, 1999).

Muitos dos fatores que influenciam as mulheres adultas na decisão de amamentar também afetam esta prática entre as mães adolescentes. Conhecer esses fatores ajudará a entender melhor por que as adolescentes escolhem amamentar com menos frequência do que as mulheres adultas. Segundo Wambach e Cole *et al.* citados por Durhand (2004), para compreender como as adolescentes constroem a decisão de amamentar, devemos primeiro olhá-las como adolescentes e, posteriormente, como mães.

Consoante asseveram Frota e Marcopito (2004), a maternidade na adolescência tem peculiaridades que a tornam um objeto especial e complexo de estudo, ao se considerar as interações observadas somente nessa faixa etária.

Como nutricionista, a temática do aleitamento materno em adolescentes chamou-nos atenção desde a graduação quando trabalhamos em programas de suplementação alimentar nos quais observamos o número crescente de

adolescentes grávidas e apesar dos programas governamentais incentivarem o aleitamento materno, a interrupção precoce da amamentação era notória. Ao tentar entender a amamentação ante a perspectiva das adolescentes, por meio da literatura pertinente, percebemos que diversos trabalhos sobre aleitamento materno enfatizam a importância do leite materno para a criança, porém pouca atenção é dispensada às características e meio familiar nos quais adolescentes tornam-se mães e se deparam com a difícil missão de aleitar/alimentar um novo ser.

Esse foi o principal determinante na opção de desenvolver esta investigação que objetivou identificar a contribuição das avós na prática do aleitamento materno entre mães adolescentes, e de que modo essa prática poderia ser influenciada pelos antecedentes maternos, isto é, tentar compreender de que forma a experiência/histórico de aleitamento materno das mães influenciaria a prática de aleitamento das filhas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos históricos e socioculturais da amamentação

A abordagem selecionada nesse estudo busca situar o aleitamento materno como um fenômeno social, histórico e cultural e não somente biológico. Julgamos, pois, oportuno retratá-lo em diversos períodos da história da humanidade, de modo a evidenciar os diferentes sentidos a ele atribuídos.

Como mostra a história, os conflitos relacionados ao ato de amamentar ao seio parecem existir há séculos e, talvez, há milênios. Diferentes tipos de mamadeiras já eram conhecidos na Grécia e na Itália, no ano 4000 a.C.; e, no ano 888 a.C., já havia sinais de uso de mamadeiras em desenhos feitos nas ruínas de Ninevah, no Egito (REA, 1990). Também foram encontrados por arqueólogos objetos como xícaras com biqueiras em sepulturas de bebês, datados de 2000 a.C., e vasilhas de barro em túmulos de crianças mortas na época da lactação (ARANTES, 1995).

De acordo com Silva (1997), o valor atribuído ao leite materno e às suas vantagens nutricionais e afetivas possui, nos dias de hoje, as mesmas flutuações na sua prática, apresentadas ao longo da história, em diferentes sociedades, ou seja, uma prática que se relaciona com determinantes sociais e culturais. As concepções e valores, assimilados pelo processo de socialização, influem na prática da amamentação, tanto quanto o equilíbrio biológico e o funcionamento hormonal da mulher. Há, portanto, um comportamento mutável no referente à prática da amamentação através da história. Como afirmam Ichisato e Shimo (2001), na questão do aleitamento materno, a cultura, a crença e os tabus têm influenciado a sua prática de forma crucial.

Por muito tempo, as mulheres evitavam amamentar os filhos. Nos séculos XVI, XVII, XVIII e em parte do século XIX, elas enviavam as crianças para a casa das amas-de-leite, as quais desempenhavam serviço mercenário. Nessa época, era grande a mortalidade das crianças confiadas às amas-de-leite. Com base nos

hábitos de então, o aleitamento era considerado fisicamente debilitante e, por vezes, perigoso, sobretudo para as nutrizes de classe média e alta, vistas como mais frágeis do que as camponesas. Tal prática era feita mediante um contrato de trabalho e foi regulamentada, de acordo com Lawrence, em 1800 a.C., no Código de Hamurabi (BADINTER, 1985).

No Brasil, devemos mencionar a civilização indígena. Essa população amamentava amplamente seus filhos e não tinha o hábito de desmamá-los precocemente conforme fragmentos de diversos registros e cartas de padres e dos primeiros exploradores. As atitudes dos indígenas variavam segundo a etnia a que pertenciam mas de forma geral os registros falam de crianças amamentadas até a deambulação (às vezes até os 7 anos de idade). Nessa época as européias já contavam com as amas-de-leite, e, diante desta realidade, muitos europeus se surpreenderam com o comportamento das indígenas (GUSMAN, 2005).

A prática das amas-de-leite no Brasil surgiu com a vinda dos portugueses para a exploração econômica do açúcar e o início do tráfico negreiro na mesma época (REA, 1990). Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas não amamentarem os filhos, mas confiá-los às escravas (ARANTES, 1995).

Como consta na mesma fonte, essa prática, no entanto, significava a morte da criança. Segundo Badinter (1985), as taxas de mortalidade infantil eram altas. Em Paris a proporção de óbitos em menores de 1 ano era de 27,5%, de 1740 a 1749, e de 26,5% , de 1780 a 1789, ou seja, uma em cada quatro crianças morria. No Brasil, também eram altas as taxas de mortalidade infantil, principalmente dos filhos das escravas amas-de-leite, os quais eram entregues à Roda dos Expostos, negando à ama o direito à maternidade.

Na Europa, no fim do século XVIII, quando a mortalidade infantil atingiu taxas altíssimas, surgiu um substancial interesse pelo bem-estar infantil, motivado pela consciência de que as crianças eram diferentes dos adultos e, portanto, necessitavam de tratamento diferenciado e especial. Assim, passou-se a estimular a amamentação na mãe biológica o mais cedo possível. Tal fato repercutiria

favoravelmente na redução da mortalidade infantil, sobretudo nas primeiras quatro semanas após o nascimento (BADINTER, 1985; GRIECO, 1991; SENA, 1997).

Ainda segundo Badinter (1985), o sistema de amas-de-leite prosperou até fins do século XIX. Depois disso, o aleitamento artificial, sob a forma de mamadeira de leite de vaca, possibilitado pelos progressos da esterilização, substituiu a amamentação mercenária. No século XX, a disputa foi, pouco a pouco, se concentrando entre o aleitamento materno e o artificial (GOMES, 2005).

A partir da disponibilidade do leite em pó no mercado, as mães passam a ter de escolher entre amamentar seus filhos no seio ou na mamadeira. Conseqüentemente, houve uma mudança do comportamento das mulheres, conforme descreve Fredericq citado por Machado (1999, p.38):

[...] anteriormente, todas as mulheres seguiam a tradição de suas avós e de suas mães, amamentando seus filhos [...] atualmente, a situação é bem diferente [...] uma única empresa virtualmente monopoliza, no Brasil, o mercado de leite em pó modificado para o uso infantil: a Nestlé. É esta a principal empresa envolvida no lucrativo negócio de vender leite “maternizado” a mulheres que, quase sempre, têm todas as condições necessárias para alimentar seus filhos de maneira natural e autônoma.

Em continuidade, como afirma Machado (1999), no Brasil e em todos os países de economia capitalista, e nas diversas camadas sociais, ocorreu diminuição do aleitamento materno. Como decorrência houve aumento nas taxas de morbidade e de mortalidade, principalmente nas crianças cuja alimentação era exclusivamente artificial. Vários estudos realizados na época, tais como de Muller (1974), Fredericq (1981) e Martines *et al.* (1989) citados por Machado (1999), comprovam tal fato.

Até a década de 1960, a freqüência de amamentação era razoavelmente boa no Brasil, mas, na década seguinte, constatou-se redução, em consonância com uma tendência internacional. Isso tornou-se preocupante, pois é notória a relação

entre interrupção precoce da amamentação, desnutrição e mortalidade infantil nos países pobres (ARANTES, 1995).

Diante dos efeitos adversos acarretados pelo abandono da prática do aleitamento materno nos países de Terceiro Mundo, com muita ênfase, a partir da década de 1970, ocorre a preocupação dos órgãos governamentais do setor saúde com medidas centradas no incentivo à retomada do aleitamento materno como nova arma contra a desnutrição infantil e conseqüente mortalidade (ARANTES, 1995).

Segundo argumenta Campestrini (1991), as causas da diminuição da prática da amamentação não devem ser procuradas somente na mulher, mas também no entorno sociocultural no qual está inserida. Os preconceitos e tabus funcionam como forças antagônicas à prática da amamentação e, portanto, deveriam ser conhecidos e substituídos pelo apoio à nutriz.

Rea (2003) ao analisar as ações em prol da amamentação no Brasil, no período de vinte e cinco anos, entre 1975 e 2000, demonstrou que, em 1975, em cada duas mulheres, uma amamentava de dois a três meses e, em 1999, uma em cada duas mulheres amamentava em torno de dez meses. Estes dados podem ser vistos como um sucesso, apesar de ainda não ser o preconizado pela OMS, que recomenda a prática do aleitamento exclusivo durante os 6 primeiros meses e o aleitamento misto até os 2 anos de idade.

2.2 Amamentação e adolescência

Incontestavelmente a amamentação é considerada o elemento-chave para a promoção e proteção da saúde da criança, bem como uma estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais as condições de saúde e a qualidade de vida da maioria da população são precárias (BARREIRA; MACHADO, 2004).

Em países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, estudos têm mostrado a importância da prevenção da desnutrição infantil por meio da promoção da saúde, mediante incentivo à amamentação, particularmente em mães adolescentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) destacam a necessidade de promover o aleitamento materno exclusivo como forma eficaz nas seguintes circunstâncias: prevenir doenças infecciosas (gastrointestinais, respiratórias e otites médias), enterocolite necrotizante, retocolite ulcerativa, doença de Crohn; proteger contra alergias tardias, *diabetes mellitus* insulino-dependente, sobrepeso e disfunções cognitivas, bem como favorecer o crescimento e o desenvolvimento infantil. Assim, já se encontra bem sedimentado o conhecimento das vantagens da amamentação e do leite humano para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança (VIEIRA; PINTO e SILVA; BARROS FILHO, 2003; PRIMO; CAETANO, 1999).

Como apontam Oliveira *et al.* (2005), embora o aleitamento materno adotado exclusivamente nos 6 primeiros meses de vida, e depois complementado com alimentos disponíveis na família até os 2 anos de idade, seja capaz de diminuir a morbimortalidade e de assegurar o crescimento físico adequado da criança, existem vários fatores ligados ao ambiente social e econômico familiar, aos serviços de saúde e às características biológicas inerentes à mãe e à sua criança que interferem na adoção desse padrão alimentar e na duração do aleitamento ao peito.

Conforme reconhece Machado (2001), a educação em saúde tanto da mãe quanto da família constitui poderosa estratégia para o êxito do aleitamento materno exclusivo.

No caso, porém, da amamentação em mães adolescentes, os conhecimentos ainda são controversos. A maioria dos estudos sobre o assunto descreve o comportamento das mães adolescentes em comparação com as mães adultas. Para Falcão e Salomão (2005), adolescência e maternidade são períodos de mudanças que implicam uma série de transformações tanto individuais como grupais e familiares, tendo os avós um papel crucial no suporte emocional e financeiro.

Como apontam Faleiros, Trezza e Carandina (2006), as adolescentes aliam muitas vezes a própria insegurança e falta de confiança em si mesmas para prover a alimentação do seu bebê à falta de apoio das mães ou familiares mais próximos ao egocentrismo inerente a essa idade e aos problemas com a auto-imagem. Dessa forma, alcançam, freqüentemente, menor índice de aleitamento.

Ademais, conforme se observa, o número de consultas de pré-natal nesse grupo costuma ser menor, e pode não atingir os indicadores adotados como ideais pelo Ministério da Saúde, de no mínimo seis consultas durante a gestação: preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre da gestação (BRASIL, 2005).

2.3 Fatores relacionados com aleitamento materno em mães adolescentes

Amamentação é um conjunto complexo de ações resultantes de um processo cognitivo/emocional que compreende tanto os conhecimentos e habilidades maternas sobre ações de amamentação, como suas percepções acerca dos sentimentos provocados pela experiência de amamentar, confrontados com suas expectativas, perspectivas de vida, contexto profissional e convivência familiar. Ou seja, toda sorte de interações da mulher e o entorno que a envolve e a seu filho (SILVA, 2001).

Como mostram os estudos de Faleiros, Trezza e Carandina (2006), o aleitamento materno depende de fatores passíveis de influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam à mãe, como as características da sua personalidade e sua atitude diante da situação de amamentar; outros se referem à criança e ao ambiente, como, por exemplo, suas condições de nascimento e o período pós-parto; há, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida.

Ao se pronunciar sobre o assunto, Durhand (2004, p. 14) destaca alguns estudos sobre aleitamento materno segundo os quais existem dois tipos de fatores

no processo da amamentação: os fatores sociodemográficos e culturais e os fatores comportamentais:

São fatores sociodemográficos e culturais:

- Idade materna: adolescentes mais velhas (maiores de 16 anos) escolhem amamentar os seus filhos com mais frequência do que as mais novas (menores de 16 anos) conforme pesquisas de Ineichen *et al.* (1997), Neifert *et al.* (1988), Robinson *et al.* (1993) e Yoos (1985);

- Exposição prévia a modelos de aleitamento materno: tanto as mães adultas quanto as adolescentes quando expostas previamente a modelos de amamentação, assim como o fato de terem sido amamentadas, sofrem influência favorável na decisão de amamentar. É o que indicam estudos de Lizarraga *et al.* (1992), Wiemann *et al.* (1998), Joffe *et al.* (1987) e Wiemann *et al.* (1998);

- Etnia: segundo estudo de Neifert *et al.* (1998), a decisão de amamentar é mais freqüente na raça branca (67%) que em outros grupos étnicos minoritários (31%);

- Grau de escolaridade da mãe: vários estudos associam o alto nível socioeconômico e educacional das mulheres à escolha e maior duração do aleitamento materno (PRIMO; CAETANO, 1999). Conforme Wambach *et al.* (2000), as mães adolescentes com maior grau de escolaridade tiveram, em média, porcentagem maior de respostas consideradas adequadas nas questões sobre benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mãe e mitos e preconceitos com relação ao aleitamento.

- Rede social de apoio: a mãe e o parceiro foram citados como as figuras que mais influenciam a decisão de amamentar, assim como atitudes de aprovação e apoio por parte deles foram associadas com o início da amamentação em adolescentes, conforme estudos de Ineichen *et al.* (1997), Robinson *et al.* (1993), Wiemann *et al.* (1998).

Primo e Caetano (1999) complementam com a seguinte informação: o fato de ter parentes ou amigas que estão amamentando ou já amamentaram também influencia favoravelmente.

Algumas pesquisas apontam a importância das avós nesse contexto. Existem ambigüidades e divergências sobre a influência na amamentação, a qual pode ser favorável ou desfavorável (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

Em menor proporção que a mãe e o parceiro, o profissional de saúde foi apontado como fonte de estímulo nas pesquisas de Ineichen *et al.*, Wiemann *et al.* e Ray *et al.* No entanto, como referem Wiemann *et al.*, o profissional de saúde também pode constituir figura desestimuladora do aleitamento materno, ao induzir a

introdução precoce de métodos alternativos de alimentação como a mamadeira (DURHAND, 2004).

No referente aos fatores comportamentais e atitudes que influenciam a decisão de amamentar, existem entre as mães adolescentes atitudes positivas e negativas quanto ao aleitamento materno. Durhand (2004, p.15) ressalta a revisão bibliográfica sobre amamentação e adolescência feita por Wambach *et al.* na qual são citadas como atitudes positivas:

- Os benefícios do leite materno para a saúde do bebê;
- Favorece o vínculo mãe e filho;
- É mais conveniente: o processo é mais fácil de se iniciar e menos complicado que dar a mamadeira;
- É mais econômico;
- Oferece benefícios para a saúde da mãe.

Em relação às atitudes negativas ou razões para introduzir a mamadeira, foram citados:

- Consideram a amamentação inconveniente como forma exclusiva de alimentar a criança, referindo que a mãe perde a liberdade, além de fazê-lo sozinha;
- Consideram embaraçoso a prática de exposição do seio ao amamentar;
- As mudanças na imagem corporal: os seios se deformam, não se perde peso com facilidade;
- Não gostam de amamentar;
- Referem que amamentar não está na moda;
- Têm medo de sentir dor;
- Acreditam que o bebê engorda mais quando alimentado com fórmula.

Além destes, são mencionados como obstáculos ou barreiras ao aleitamento materno:

- O retorno à escola ou ao trabalho;
- As restrições em algumas atividades: a impossibilidade de fumar ou usar anticoncepcional;
- A falta de conhecimento em relação à amamentação: fisiologia da lactação e técnicas de aleitamento materno.

Dessa maneira, ao focar a prática da amamentação como um processo susceptível a influências múltiplas e considerando a situação de risco na qual se encontram as mães adolescentes, é visível a necessidade de maior assistência e atenção no sentido de orientação, incentivo e apoio à amamentação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Caracterizar a prática de aleitamento materno entre nutrizes adolescentes atendidas num hospital geral público na cidade de Fortaleza-Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a contribuição das avós para a prática do aleitamento materno entre nutrizes adolescentes;
- Caracterizar o perfil socioeconômico das adolescentes;
- Verificar a rede social de apoio na prática do aleitamento materno entre as adolescentes;
- Identificar os fatores de ordem familiar que interferem na prática do aleitamento materno pelas nutrizes adolescentes.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A caracterização de uma prática social pressupõe a compreensão de aspectos subjetivos, não inteiramente apreendidos por meio de métodos quantitativos. Desta forma, a escolha de tal objeto de estudo aponta para a necessidade da abordagem qualitativa como o melhor caminho para sua maior apreensão.

No entanto alguns aspectos relacionados às características do acompanhamento pré-natal e condições de nascimento perfeitamente quantificáveis também foram importantes para melhor caracterização das condições em que ocorre a prática do aleitamento entre nutrizes adolescentes. Assim, impõe-se a necessidade de se realizar um estudo com abordagens qualitativa e quantitativa.

4.1 Os sujeitos do estudo

De acordo com Minayo (1992), a pesquisa qualitativa considera genericamente o sujeito do estudo, pessoas em determinada condição social, pertencentes a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados.

Constituíram-se em sujeitos neste estudo adolescentes nutrizes que pariram num hospital geral público de Fortaleza no mês de dezembro de 2007 e suas genitoras.

A escolha do hospital deveu-se ao fato deste integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco do Ministério da Saúde desde 1999.

Em 2007 nasceram naquela unidade hospitalar 3.529 crianças, das quais 732 (20,7%) eram filhas de mães na faixa etária de 15 a 19 anos e 57 (1,6%) na faixa de 10 a 14 anos.

Consoante refere Duarte (2002), numa metodologia de base qualitativa o número de sujeitos dificilmente pode ser determinado *a priori*. Tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar sendo feitas.

Seguindo esta fundamentação, o grupo de informantes foi composto por 22 nutrizas adolescentes e suas genitoras, ou seja, um grupo de 44 mulheres. A inclusão das mães das adolescentes como sujeitos decorreu do pressuposto de que a experiência/histórico de aleitamento materno das mães seria um determinante significativo na prática das filhas.

Para a constituição deste grupo seguimos alguns critérios e procedimentos descritos a seguir.

Foram critérios para a inclusão da nutriz adolescente: ter idade entre 10 e 19 anos; estar amamentando; ter mãe viva; filha e mãe residirem em Fortaleza-CE.

As nutrizas adolescentes foram identificadas por meio da ficha do SINASC, na qual também identificamos o endereço das adolescentes. Com esse procedimento, identificamos e visitamos 39 adolescentes que pariram no mencionado hospital no mês de dezembro de 2007.

Após a primeira visita foram excluídas dezessete adolescentes pelos seguintes motivos: duas adolescentes eram filhas de mães não residentes em Fortaleza; seis adolescentes não foram localizadas no endereço constante da ficha do SINASC; duas eram órfãs de mãe; uma não foi encontrada em casa nem na primeira visita nem na segunda; um recém-nascido foi a óbito; cinco adolescentes não estavam amamentando.

Cabe ressaltar que uma das adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos teve parto gemelar.

Com vistas a manter o anonimato das adolescentes, na análise dos dados, os nomes delas foram substituídos por nomes de flores.

4.2 Coleta e registro das informações

Para coleta e registro das informações utilizamos as seguintes técnicas:

4.2.1 Observação não participativa

A observação é imprescindível em qualquer processo de pesquisa científica, pois ela tanto pode conjugar-se a outras técnicas de coleta de dados como pode ser empregada de forma independente e/ou exclusiva. Nesse aspecto, Selltiz *et al.* (1974, p.225) assim se pronunciam: “A observação não é apenas uma das atividades mais difusas da vida diária; é também um instrumento básico da pesquisa científica”. Neste trabalho a observação foi feita no ambiente natural do sujeito (seu domicílio) que representa inequivocamente o campo onde ocorre a observação sem o controle de variáveis.

Para Spradley (1980), existem cinco tipos de inserção possíveis do observador no campo: a não participação, em que não há envolvimento entre o pesquisador e os sujeitos, bem como com o cenário cultural; a participação passiva, na qual o pesquisador está presente no campo, porém assume apenas a posição de mero espectador; a participação moderada, uma situação de interseção entre observar e participar; a participação ativa, na qual o investigador participa de algumas atividades dos sujeitos com o intuito de compreender as regras e padrões culturais presentes no comportamento do grupo; e a participação completa, em que o pesquisador tem um alto nível de envolvimento na cultura estudada.

Nesta pesquisa a observação realizada foi a não participativa, uma técnica indicada para estudos exploratórios, nos quais “o pesquisador toma contato

com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora [...] não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de espectador” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.193).

A observação ocorreu no momento da entrevista com a nutriz adolescente. Foi difícil ser uma observadora passiva, tanto por trabalhar à época com aleitamento materno, como pelo fato das adolescentes nos questionarem sobre informações e procedimentos. Isto revelou o despreparo para a prática da forma recomendada.

4.2.2 Entrevista semi-estruturada

Segundo Minayo (1999), a entrevista é a técnica de pesquisa mais usada no processo de trabalho de campo, por privilegiar a fala dos sujeitos com o intuito de revelar as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas e os símbolos daquele contexto cultural.

Para Queiroz citado por Duarte (2002), a entrevista semi-estruturada constitui técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos.

Como estabelecido, as entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a maio de 2008, pela pesquisadora responsável, com o auxílio de duas pesquisadoras de campo. Estas foram treinadas e fizeram a primeira entrevista sob a supervisão da pesquisadora.

Foram elaborados dois roteiros, um para a nutriz adolescente e outro para sua genitora. Além das questões propostas, as informantes ficavam à vontade para discorrer sobre os aspectos que julgassem importantes em suas experiências. (Apêndices A e B, respectivamente).

Todas as entrevistas foram feitas nos domicílios das informantes e duraram em média quarenta minutos. Quando a adolescente morava com a mãe,

realizava-se a entrevista com as duas de forma separada, mas na mesma ocasião; no caso de morarem em casas distintas, identificava-se o endereço durante a entrevista com a nutriz adolescente a quem se pedia uma colaboração no sentido de comunicar à sua mãe sobre a pesquisa e que ela seria procurada para ser entrevistada. Agendávamos, então, o dia e o horário com a mãe da adolescente.

Após a conclusão de cada visita fazíamos o registro dos aspectos observados no diário de campo. Estas informações e aquelas constantes da entrevista eram repassadas pela pesquisadora, e, se houvesse pontos a esclarecer, procedíamos a nova visita. No entanto isto só se verificou em relação a uma informante.

4.2.3 Diário de campo

Foi ainda utilizado um diário de campo no qual foram feitas anotações de cunho descritivo referentes às impressões pessoais de cada pesquisadora de campo, o que foi posteriormente tema de discussão para os esclarecimentos necessários entre o grupo de pesquisadores.

Tais registros foram relevantes no esclarecimento de alguns aspectos, por exemplo: a forma como o entrevistador foi recebido pelo entrevistado, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento, o local onde foi concedido, a postura e procedimentos adotados pela nutriz durante a amamentação, o comportamento dos familiares, principalmente das avós e dos pais quando estes estavam presentes durante a entrevista, gestos, sinais corporais e/ou mudanças de tom de voz, dúvidas das nutrizes em relação ao manejo do aleitamento, lembranças relacionadas à temática não referidas ao longo da entrevista. Assim esses registros forneceram elementos significativos para a leitura/interpretação posterior dos depoimentos, bem como para a compreensão do universo investigado.

4.3 Organização e análise dos dados

Para a análise quantitativa, os dados foram tabulados e demonstrados por meio de tabelas. Já para a análise da prática e os fatores que a determinam, portanto, mediações culturais, o recurso teórico para o trabalho de análise foi uma adaptação das etapas propostas por Spradley (1980) para o processo de análise no trabalho etnográfico. Este autor recomenda quatro etapas por meio das quais se amplia a compreensão do objeto estudado: análise de domínio, análise taxonômica, análise componencial e análise temática. Para apreensão da prática do aleitamento materno pelas nutrizes adolescentes e por suas genitoras realizamos três destas etapas: as análises de domínio, taxonômica e temática, descritas adiante.

4.3.1 Organização das informações qualitativas

Após as entrevistas procedemos a uma primeira leitura atenta do registro das informações e das observações do princípio ao fim, com vistas à apreensão do todo. A seguir, uma releitura com o objetivo de encontrar unidades de sentido. Isto resultou no agrupamento de informações de significados semelhantes, à medida que sobressaíam determinadas palavras e/ou frases. Desta forma obtivemos um primeiro panorama geral das informações.

4.3.2 Identificação de domínios culturais e taxonomias

A este procedimento seguiu-se uma etapa de análise mais refinada, na tentativa da apreensão do significado contido naquele material agrupado. Tal procedimento permitiu a identificação dos domínios culturais, a primeira e mais importante unidade de análise, por conter elementos essenciais ao conhecimento do contexto cultural (SPRADLEY, 1979).

A análise de domínio busca identificar as categorias de significados culturais que abrangem três elementos: os termos cobertos, os termos inclusos e as relações semânticas. Os termos cobertos referem-se ao nome dos domínios; os

termos inclusos são as categorias menores que se agregam dentro de uma categoria maior – o domínio –; as relações semânticas são as ligações entre os termos inclusos e os termos cobertos (SPRADLEY, 1979).

Seguindo as etapas de análise propostas, efetuamos a análise taxonômica, isto é, a identificação de um jogo de categorias organizadas com base em uma simples relação semântica. Nesse nível da análise se buscam as relações entre todos os termos incluídos no domínio (SPRADLEY, 1979).

A terceira etapa foi identificar os temas culturais, isto é, a análise temática. Para tal, partimos do reconhecimento de que as práticas de determinado grupo ou segmento social são mediadas pelos fatores culturais, e toda cultura consiste num sistema de significados. Este, por sua vez, é integrado por algum tipo de padrão maior. Assim, temas são afirmações que possuem alto grau de generalidade e ocorrem periodicamente em dois ou mais domínios (SPRADLEY, 1979).

De acordo com esta fundamentação, conforme evidenciamos, a prática do aleitamento materno das adolescentes e suas genitoras é mediada pelos conhecimentos e contexto cultural.

4.4 Aspectos éticos

Como exigido, o trabalho de campo somente iniciou-se após a apreciação e aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, conforme o Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

Assim, na visita às adolescentes e suas mães, sujeitos da pesquisa, estas foram informadas sobre todos os procedimentos da pesquisa, bem como sobre os objetivos e sua inteira liberdade em participar ou não da pesquisa, conforme o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Além deste, também assinaram o Consentimento de Participação Pós-Informado (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Inicialmente demonstraremos os resultados obtidos em relação aos aspectos quantificáveis e, depois, discutiremos os aspectos qualificáveis. O primeiro resultado quantificável é o perfil socioeconômico.

5.1 Perfil socioeconômico

Na Tabela 1, consta a caracterização do grupo quanto aos aspectos socioeconômicos, consoante exposto.

TABELA 1: Características socioeconômicas de nutrizes adolescentes atendidas num serviço de referência em Fortaleza. Dez/2007.

Características	N	%
Idade (anos)		
10 - 14 a	01	05
15 – 19 a	21	95
Escolaridade		
Fundamental incompleto	06	27
Fundamental completo	02	09
Médio incompleto	13	59
Médio completo	01	05
Renda		
< 1 SM	04	18
1 SM	05	23
> 1 SM	07	32
> 2 SM	06	27
Estado civil		
Solteira	20	91
Casada (legalmente)	02	09
Vive com o companheiro		
Sim	13	59
Não	09	41
Residência		
Própria	06	27
Mora com a família	13	59
Outro	03	14

SM: Salários mínimos.

5.1.1 Idade materna

Como podemos perceber, a análise do perfil do grupo estudado revelou a presença de maior número de mães adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos.

A ocorrência de gravidez na adolescência traz sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas e econômicas (YAZLLE, 2006). Segundo registra a literatura, as adolescentes têm maiores risco de toxemia, pré-eclâmpsia, anemia, desproporção céfalo-pélvico, hemorragia, parto prolongado e morte materna (PONTE JUNIOR; XIMENES NETO, 2004).

Ao se referirem à prática de aleitamento materno, alguns autores relacionam a idade materna mais jovem à menor duração do aleitamento e citam algumas dificuldades, tais como um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

5.1.2 Escolaridade

Neste estudo houve maior prevalência de adolescentes com ensino médio incompleto (59%), seguido por fundamental incompleto (27%). Em virtude da maioria das adolescentes (95%) encontrarem-se na faixa etária de 15 a 19 anos, a expectativa era de um alto percentual no ensino médio, mas o percentual encontrado no ensino fundamental incompleto confirma várias pesquisas quanto à associação entre baixa escolaridade e gravidez na adolescência. No Brasil diversos estudos revelam essa associação. Dados da pesquisa realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM), com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, mostraram associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade, com os seguintes resultados: já tinham engravidado alguma vez - 54,4% das adolescentes sem nenhuma escolaridade; 31,3% das que tinham de um a três anos de escolaridade; 25,1% das que tinham quatro anos de escolaridade; 18,2% das que tinham de cinco a oito anos e 6,4% das que tinham de nove a onze anos de escolaridade (GUIMARÃES; ALVES; VIEIRA, 2004).

Segundo referem Faleiros, Trezza e Carandina (2006) ao associarem grau de instrução materna e amamentação nas regiões brasileiras de maior desenvolvimento, as mães mais instruídas amamentam por um período mais longo, por saberem da importância do leite materno para o bebê. Conforme muitos estudos têm demonstrado, o grau de instrução materna afeta a motivação para amamentar.

E, ainda, de acordo com determinadas pesquisas, a gravidez precoce e não planejada pode acarretar sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, sobretudo por concorrer para modificações no seu projeto de vida futura, assim como para perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego. A instabilidade econômica contribui para a evasão escolar, baixa escolaridade e dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, compromete a estabilidade conjugal e o estado de saúde da gestante e seu filho, principalmente na ausência do suporte da família (PARAGUASSU *et al.*, 2005).

5.1.3 Renda

Em relação à faixa de renda das adolescentes, como mostram os dados, houve maior concentração na faixa de rendimentos $1 < SM < 2$.

Um dos fatores mais associados à gravidez na adolescência é a baixa renda. Esse fator está presente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Entre os países desenvolvidos, os Estados Unidos detêm o maior índice de gravidez na adolescência. Em 1992, de cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos, 61 tinham filhos naquele país; 33 no Reino Unido; e 4 no Japão. Tanto nos Estados Unidos como no Brasil as taxas de fecundidade das adolescentes variam de acordo com a renda familiar. No Brasil, em 1991, as adolescentes com renda inferior a um salário mínimo apresentaram taxa de fecundidade de 128/1.000 mulheres, enquanto a fecundidade das mulheres com renda igual ou superior a dez salários mínimos foi de 13 por 1.000. Em nível regional verificou-se a mesma tendência observada para o Brasil como um todo: as taxas mais altas de fecundidade das

adolescentes encontram-se entre as mulheres mais pobres (GUIMARÃES; ALVES; VIEIRA, 2004).

De acordo com Faleiros, Trezza e Carandina (2006), a situação socioeconômica também influencia na duração do aleitamento. Geralmente mães de baixa renda amamentam por um período mais longo, por causa da dificuldade financeira, pois quanto menor esta maior será a impossibilidade de adquirirem outros alimentos. Em contrapartida, consoante Kummer *et al.* afirmam, a duração do aleitamento materno pode estar relacionada com a condição econômica, porquanto, em áreas mais desenvolvidas, os filhos de mulheres com maiores níveis de renda e escolaridade são amamentados mais do que os de baixa renda, nos primeiros meses. Já Santos *et al.* destacam que nos países em desenvolvimento a sobrevivência infantil depende do fato de a mãe praticar ou não a amamentação (OLIVEIRA;CASTRO; LESSA, 2008).

5.1.4 Estado civil

No grupo estudado, 9% são casadas legalmente e 91% são solteiras. Destas, 59% vivem com os companheiros. Esse fator é relevante, pois como a gravidez é um importante momento de transição na vida da mulher, e proporciona uma oportunidade única de mudança e desenvolvimento associada a um período de mudanças e de amadurecimento como a adolescência, na qual uma parte significativa dos relacionamentos, se não a maioria, não é estável, a adolescente se sente desamparada e solitária. Portanto, o fato das adolescentes, em sua maioria, manterem uma união estável, pode significar um suporte financeiro e emocional fundamental nessa fase crítica de suas vidas.

Segundo Guimarães citado por Marciano *et al.* (2004), o apoio familiar e do companheiro é fundamental para que a adolescente consiga superar as dificuldades psicossociais de uma gravidez precoce e indesejada.

Como asseveram Barreira e Machado (2004), a participação paterna na fase de aleitamento materno constituiria poderosa ferramenta de promoção e

incentivo à amamentação. Apesar de se encontrar mudanças nos papéis parentais, ainda é relevante a atitude indiferente da figura paterna na amamentação, em particular nos estratos sociais menos favorecidos.

Outra observação é a seguinte: para a maioria das adolescentes mães, a casa dos pais é o lugar mais freqüentemente mencionado como ponto de apoio. Conforme nosso estudo revelou, a maioria (59%) das adolescentes continua morando com os pais após o parto e conta com a ajuda dos seus familiares. Este suporte familiar é reconhecido como facilitador de um bom desempenho do crescimento e desenvolvimento infantil. Quando bem estruturada, a família pode ser fator de proteção para o desenvolvimento e o crescimento da criança (VIEIRA *et al.*, 2007). Segundo Barreira e Machado (2004), a família representa o pilar fundamental para ações de saúde e incentivo ao aleitamento materno. Um dos significativos modos pelo qual a família interfere na alimentação do bebê é apoiando ou não a nutriz na decisão de amamentar, pois a maneira como a família define quais e quem são suas prioridades, bem como sua forma de olhar e valorizar a mulher e a criança, pode exercer influência positiva (ajuda) ou negativa (impedimento) neste processo.

De maneira geral a gravidez na adolescência é percebida como um problema. Entretanto, quando há aceitação e apoio familiar, especialmente a participação das avós maternas, a adolescente é capaz de cuidar com sucesso de seu filho (VIEIRA *et al.*, 2007). Ichisato e Shimo (2001, p.73) corroboram estas palavras ao afirmarem: “A mãe ainda exerce a função de eterna orientadora dos atos (tradição), apesar da nutriz ter constituído uma família, pois já vivenciou a maternidade”.

Conforme Falcão e Salomão (2005), várias pesquisas ressaltam o suporte emocional e financeiro oferecido pelos avós; freqüentemente estes chegam a assumir o papel dos jovens pais. Conforme os autores ressaltam, de acordo com o Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil realizado em 2000, há 4,2 milhões de netos e bisnetos que vivem com os avós e, em geral, são sustentados por eles. Diversos fatores estão envolvidos nesta situação, tais como: muitas vezes eles moram com os avós em virtude dos pais não disporem de condições

econômicas para criá-los sozinhos, por causa do divórcio, uso de drogas, morte dos pais e ocorrência da maternidade adolescente.

A influência das avós na amamentação pode favorecê-la ou dificultá-la. Enquanto em alguns estudos a avó materna foi considerada a fonte de apoio mais importante para o início da amamentação, em outros, conforme sugerido, elas podem influenciar negativamente na duração desta prática (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

5. 2 Tipo de aleitamento praticado pelas mães adolescentes

Como mostra a Tabela 2, à época das entrevistas encontramos a maior parte das crianças com idade entre 4 e 5 meses incompletos e predominava no grupo a prática do aleitamento misto, ou seja, já havia ocorrido a introdução, de forma precoce, de outros alimentos além do leite materno na alimentação do lactente. Observamos o predomínio de líquidos e complementos lácteos, prática considerada inadequada por elevar os riscos de morbimortalidade (CARVALHAES *et al.*, 1998).

TABELA 2: Distribuição das crianças filhas de nutrizes adolescentes segundo idade e tipo de aleitamento. Fortaleza, fev – maio 2008.

Idade (meses)	Tipo de aleitamento					
	Exclusivo		Misto		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 — 2	01	10	02	15	03	13
2 — 3	04	40	03	23	07	30
3 — 4	02	20	--	--	02	09
4 — 5	02	20	07	54	09	39
5 — 6	01	10	01	08	02	09
Total	10	43	13	57	23	100

Estudos com populações de países em desenvolvimento demonstram que a introdução de papas de frutas para os menores de 6 meses que ainda estão sendo amamentados faz reduzir o consumo de leite materno, e, como conseqüência, provoca uma ingestão energética total menor (NEJAR *et al.*, 2004).

Até 1994 a OMS recomendava o início da complementação do leite materno entre os 4 e 6 meses de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). No começo do ano de 2000, esta instituição procedeu a uma revisão sistemática sobre o tema, e analisou mais de 3 mil referências científicas; em 2001, após sete anos de controvérsias e dúvidas quanto à duração do aleitamento materno exclusivo, a OMS passou a recomendar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, a introdução dos alimentos complementares por volta dessa mesma idade e a prática do aleitamento materno até os 2 anos ou mais (DEWEY *et al.*, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). O consenso mundial foi alcançado na Assembléia Mundial de Saúde, 2001 (BLACK; VICTORA, 2002).

Segundo Rea e Toma (2000), o conflito entre uma recomendação e outra tem sido desde muito tempo fruto de interesses comerciais de produtores de alimentos utilizados por lactentes. Eles lucram mais quando seus produtos são recomendados a partir do quarto mês.

5. 3 Peso ao nascer

Vários estudos têm mostrado forte relação entre gravidez na adolescência e maior frequência de neonatos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer em decorrência da imaturidade funcional uterina aos estímulos hormonais (insuficiência placentária) (COSTA *et al.*, 2005). Enquanto para alguns autores a gravidez na adolescência, por si só, exerce pequeno efeito no peso ao nascer, quando um ou mais fatores de risco são controlados, outros defendem que a gravidez precoce exerce influência negativa direta no peso ao nascer (KASSAR *et al.*, 2005). No nosso estudo, apenas uma adolescente entre 10 e 14 anos deu à luz uma criança com peso superior a 3.000 g. Como mostram os dados, 9% dos recém-nascidos das adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos nasceram com peso inferior a 2.500 g; 48% com peso entre 2.501 e 3.000 g e 43% com peso superior a 3.000 g (Tabela 3).

TABELA 3: Distribuição das crianças filhas de nutrizes adolescentes segundo peso ao nascer, idade da mãe e tipo de aleitamento. Fortaleza, fev - maio 2008.

Peso ao nascer	Faixa etária da mãe				Tipo de aleitamento			
	10 – 14 a		15 – 19 a		Exclusivo		Misto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 2.500g	--	--	02	09	02	20	--	--
2.501 – 3.000g	--	--	10	48	03	30	08	62
3.001 – 4.000g	01	100	09	43	05	50	05	38
> 4.000g	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	01	05	21	95	10	43	13	57

Costa *et al.* (2005) referem que o peso pré-gestacional e o ganho de peso exercem influência no resultado gestacional, mas a importância do primeiro se deve ao armazenamento de nutrientes e a do segundo à ingestão calórica durante a gravidez.

O estado nutricional é reconhecidamente um poderoso determinante da saúde e do bem-estar da gestante e do feto. Desse modo, a inadequação do estado nutricional materno tem profundo impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN), pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais estão elevadas, em decorrência dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal (GUERRA; HEYDE; MULINARI, 2007). Segundo ressalta Rouquayrol (1994), as adolescentes que ainda não completaram seu crescimento podem ter prejudicado seu estado nutricional para satisfazer as demandas nutricionais do feto.

Em relação ao peso de nascimento, este é, isoladamente, um dos fatores mais decisivos para morbimortalidade neonatal, com impacto, até mesmo, sobre a mortalidade infantil. O baixo peso ao nascer, resultado da subnutrição fetal, leva a adaptações da célula em períodos críticos do crescimento, e isto altera permanentemente seu metabolismo. Na tentativa de preservar tecidos nobres, como o cérebro, o feto promove alterações hormonais com vistas a adaptar o organismo a uma vida com menor aporte calórico e protéico, o que chega a comprometer o desenvolvimento de vários órgãos (rins, fígado, pâncreas) e sistemas (vascular, muscular, ósseo). Esse mecanismo, se superada a subnutrição após os primeiros

meses de vida, predispõe a afecções cardiovasculares, doença vascular cerebral, *diabetes mellitus* tipo II, obesidade, hipertensão arterial, osteopenia, alguns tipos de câncer e doenças mentais (ALVES, 2004).

Quanto ao tipo de aleitamento, segundo Chaves, Lamounier e César (2007), recém-nascidos de baixo peso amamentam de forma exclusiva por um período de tempo menor que os nascidos a termo, pelo fato de apresentarem dificuldades de amamentar e também porque os profissionais de saúde consideram ser uma boa conduta a introdução de alimentos complementares precocemente, de forma a tornar mais rápido o ganho ponderal do bebê. Nesse caso, ao abrir mão da amamentação exclusiva, as chances do bebê contrair infecções de diversas naturezas aumentam. Tal situação poderia ser evitada se houvesse a manutenção do aleitamento. No presente estudo, as duas crianças nascidas com peso inferior a 2.500 gramas estavam em aleitamento materno exclusivo.

5.4 Características do acompanhamento pré-natal das mães adolescentes

Segundo com Monteiro (1995), a assistência pré-natal adequada é aquela iniciada no primeiro trimestre de gestação, de forma que o profissional de saúde possa intervir junto à gestante, proporcionando boa saúde materna e fetal.

De acordo com o Ministério da Saúde, o recomendado é um mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, de preferência uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2005). Entre as adolescentes, como observamos, apenas uma (5%) não se submeteu a pré-natal, enquanto 45% fizeram de quatro a seis consultas e 50% realizaram sete ou mais consultas durante a gestação (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição das nutrizes adolescentes segundo o número de consultas e características do atendimento pré-natal. Fortaleza, fev - maio 2008.

Nº de consultas	Recebeu orientação sobre amamentação								Profissional responsável pelo acompanhamento pré-natal				Profissional que realizou exame físico de mamas no pré-natal					
	Não		Sim		Enf.		Méd.		Enf./ Méd.		Aux./ Méd.		Não		Sim			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nenhuma	01	05	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
1 a 3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
4 a 6	10	45	02	67	08	44	03	100	06	46	--	--	01	100	05	42	05	56
≥ 7	11	50	01	33	10	56	--	--	07	54	04	100	--	--	07	58	04	44
Total	22	100	03	14	18	86	03	14	13	62	04	19	01	05	12	57	09	43

Enf.: enfermeiro(a); Méd.: médico(a); Aux.: auxiliar de enfermagem.

No Brasil, a atenção básica durante a gravidez inclui a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas ocorridos ao longo do período gestacional e após o parto (DUARTE JÚNIOR; ANDRADE, 2006). Segundo o contexto da assistência integral à saúde da mulher no Brasil, o cuidado pré-natal deve contar com os seguintes serviços: consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, nutricionais, psicológicas e de serviço social (BRASIL, 2005). Na tentativa de tornar a atenção à saúde da mulher gestante mais humanizada, a consulta pré-natal vem garantindo um atendimento mais global, ou seja, o momento da consulta é aproveitado também para a promoção de orientações, tais como questões sobre o aleitamento materno (BELEZA *et al.*, 2006).

Entre os cuidados durante o pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno é um componente fundamental. Como evidenciamos, das nutrizes adolescentes deste estudo a maioria (86%) recebeu orientações sobre amamentação durante as consultas.

Esta realidade nem sempre se confirma. Spallicci *et al.* (2000) citam levantamento recente feito pela OMS e pelo UNICEF de acordo com o qual somente 24,5% de mães referem ter recebido orientação sobre amamentação ao longo do acompanhamento pré-natal. Tal falha pode se explicada pelo fato de grande parte

dos profissionais de saúde não estar preparada para orientar as mulheres no ciclo gravídico-puerperal a respeito da orientação, estímulo e manutenção do aleitamento natural.

Quanto ao profissional de saúde responsável pelo acompanhamento pré-natal, no estudo ora elaborado, 62% das adolescentes mencionaram profissionais médicos, enquanto 19% delas referiram atendimento alternado entre médico e enfermeiro; 14% realizaram o pré-natal somente com enfermeiro e 5% com médico e auxiliar de enfermagem. No referente ao papel do profissional pré-natalista, Faleiros, Trezza e Carandina (2006) demonstram em várias pesquisas que, embora, em sua maioria, aconselhem o aleitamento materno para as mães que ainda não se decidiram, poucos falam sobre o assunto no primeiro trimestre e muitos recomendam a complementação com fórmulas lácteas. Com essas atitudes, contribuem para o desmame precoce.

Também consoante referem Spallicci *et al.* (2000), vários autores concordam que os profissionais de saúde freqüentemente são responsáveis pelo insucesso do aleitamento materno e desmame precoce por não orientarem adequadamente a mãe e os familiares durante o pré-natal e o puerpério.

Como asseveram Faleiros, Trezza e Carandina (2006), apesar de para a maioria o conselho do médico e de outros profissionais de saúde ser um meio muito importante de aumentar as taxas de aleitamento materno, estes reconhecem suas deficiências de conhecimento sobre o assunto, e alegam o seguinte: o desconhecimento dos benefícios e das estratégias para a sua orientação advém das poucas oportunidades de empregar as habilidades de aconselhamento durante os anos de formação. Para Silva (1997), a influência e força exercidas pela opinião dos profissionais sobre as decisões maternas em relação à amamentação é, muitas vezes, equivalente às pressões recebidas em seu ambiente familiar.

Diante da situação, os profissionais de saúde devem ser treinados adequadamente para identificar prováveis dificuldades existentes ou surgidas durante o aleitamento e esclarecer dúvidas mediante incentivo de sistema de

perguntas que identifiquem barreiras passíveis de prejudicar a amamentação. Neste sentido, no acompanhamento do pré-natal destaca-se em relação ao aleitamento materno o exame das mamas e mamilos da mãe. Este, assim como o exame físico geral e obstétrico, deve ser realizado pelo profissional de saúde desde o início da gestação (SPALLICCI *et al.*, 2000).

Apesar da recomendação quanto ao exame das mamas e dos mamilos (BRASIL, 2005), na prática isto nem sempre acontece. Conforme os dados sobre a realização destes exames, na maioria das adolescentes (57%) este não foi feito.

A nosso ver, é preciso ressaltar a importância dos cuidados neste aspecto. Portanto, as orientações quanto aos cuidados das mamas, correções de anomalias de conformação dos mamilos e preparação psicológica da gestante e dos seus familiares, com ênfase nas virtudes do aleitamento materno, devem ser feitas durante o acompanhamento pré-natal.

Outra orientação essencial é sobre a alimentação adequada durante a gravidez como cuidado preventivo. Assim, será possível melhorar a saúde da gestante e do feto, e conseqüentemente aumentar a capacidade de amamentar da futura nutriz (SPALLICCI *et al.*, 2000).

5. 5 Descrevendo os domínios culturais e as taxonomias

Após a análise quantitativa dos resultados obtidos, passamos à análise qualitativa das informações referentes às práticas sobre aleitamento materno apreendidas entre as nutrizes adolescentes e suas mães. Referida análise possibilitou a identificação de seis domínios culturais e seis taxonomias, demonstrados a seguir, e iniciados pelo domínio cultural 1 e a taxonomia 1.

5.5.1 Domínio cultural 1: Motivação para a prática do aleitamento materno

Relação semântica: X é uma razão para fazer Y

Termos incluídos	é uma razão para	Termo coberto
Orientações recebidas Vantagens do aleitamento materno A saúde dos filhos O prazer de dar de mamar Orientação médica Orientação da mãe Opção Obrigação		amamentar

Taxonomia 1

Orientações recebidas



Dar o peito por, pelo menos, 6 meses
 Oferecer só leite materno até os 6 meses de idade
 Dar aleitamento misto até os 2 anos
 Leite materno é um alimento completo
 Leite materno é mais forte
 Tem proteína, vitamina, tem sustância
 Leite materno é o melhor alimento para a criança
 Leite materno é saudável
 Evita doenças como a gripe e a diarreia
 Ajuda na dentição
 Faz bem para o crescimento e o desenvolvimento da criança
 Enquanto amamentar não tem perigo de engravidar

Vantagens do aleitamento materno



É prático e eficiente para o bebê
É barato e natural
Ajuda na saúde da mulher, pois evita câncer de mama e de útero
Contato próximo com a criança
Sentia-se mais mãe

A saúde dos filhos



É importante para a saúde da criança
É bom para a formação da criança

O prazer de dar de mamar



Gostava muito de dar o leite
Achava aconchegante
Acho lindo dar o peito

Orientação médica

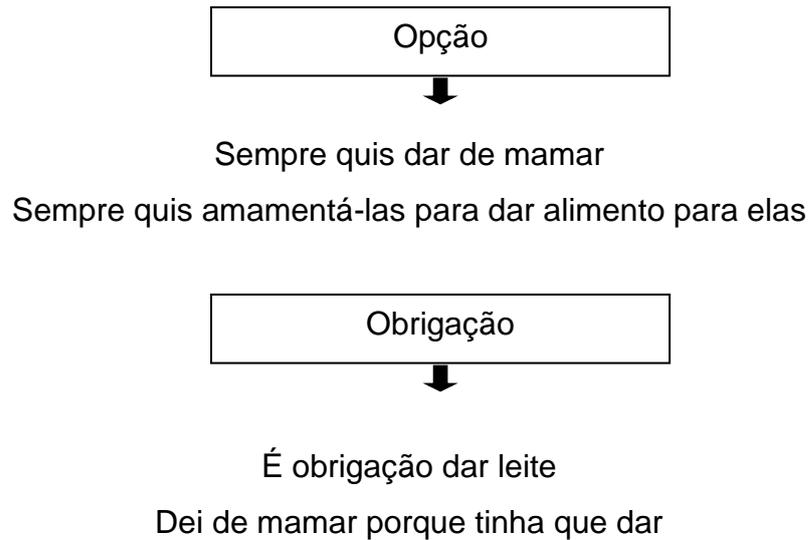


Diziam que era bom para a criança
A doutora falou para dar de mamar pelo menos até os 6 meses

Orientação da mãe



A mãe falou da importância de amamentar
A mãe orientou para dar o peito



A maioria das orientações recebidas e relatadas no estudo ocorreu durante a consulta pré-natal no serviço de saúde, mas também foram citadas algumas recebidas na maternidade. No concernente à duração do aleitamento materno, foram referidas orientações para amamentar pelo período mínimo de seis meses:

“[...] amamentar durante seis meses, sem dar água, chá, pois o leite materno completa tudo” (Gerânio).

“[...] na maternidade disseram para eu amamentar, dar só o peito, durante seis meses” (Girassol).

“[...] só dar mama até os 6 meses. E que desse aleitamento misto até os 2 anos” (Alfazema).

“[...] dar de mamar até os 6 meses, pelo menos” (Orquídea).

Segundo consenso na literatura científica e na prática clínica pediátrica, o aleitamento materno exclusivo constitui-se na prática ideal de nutrição infantil e o leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido até os 6 primeiros meses de vida (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Como mostram determinados estudos, a introdução precoce de outros alimentos interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, levando a uma menor ingestão do leite materno, menor ganho

ponderal e ao aumento do risco de diarreias, infecções respiratórias e alergias (SILVA; SOUSA, 2005).

Alguns depoimentos refletem o conhecimento do grupo sobre o leite materno ser um alimento completo, mais forte, tem proteína, vitamina, tem “sustância”; é o melhor alimento para a criança:

“[...] é a melhor forma de alimentação” (avó).

“[...] é o melhor para a criança” (Dália).

“[...] pela importância que o leite materno tem, proteína, vitamina, sustância” (Acácia).

Sem dúvida, o leite materno preenche todas as necessidades nutricionais do lactente até o sexto mês de vida, pois não só contém os nutrientes indispensáveis ao seu pleno desenvolvimento, como ainda os contempla numa proporção ideal. Além disso, dispõe de fatores anti-infecciosos, inclusive lactoferrina, lisozima, imunoglobulina A e oligossacarídeos (considerados prebióticos), que conferem ao lactente proteção contra várias enfermidades (LEITE; MARQUES, 2006).

Ao interrogarmos tanto as nutrizes adolescentes quanto suas mães, elas citaram a qualidade de “saudável” do leite materno como motivo para sua prática:

“[...] porque acho que é saudável, bom para o crescimento - “Olha como ele é saudável” (Rosa).

“[...] porque achava saudável para os filhos” (avó).

A comunidade científica internacional reconhece ser o leite materno a alimentação mais saudável para a criança até aos 6 meses, por reunir todos os elementos essenciais para a nutrição do bebê e o desenvolvimento e crescimento até essa idade (FROTA; MARCOPITO, 2004).

Das muitas vantagens atribuídas ao leite materno, sobressai sua eficácia na prevenção de doenças como a gripe e a diarreia, conforme relataram algumas nutrizes adolescentes e suas mães:

“[...] o leite materno é importante para a criança, pois evita que a criança tenha gripe e diarreia” (avó).

“[...] para evitar que ele fique doente, pois o peito é mais saudável” (Gerânio).

Como consta em determinadas pesquisas, a criança amamentada possui menor risco de ter alergias, infecções gastrointestinais, urinárias, respiratórias, incluindo meningites, pneumonias, bacteremias, otites. Ademais, o leite materno reduz a frequência de algumas doenças crônicas (PRIMO; CAETANO, 1999).

Durante as entrevistas, conforme percebemos, as participantes foram enfáticas no seguinte aspecto: o aleitamento materno ajuda na dentição, como ilustram as falas:

“[...] o bebê está sendo alimentado apenas por leite materno [...] o alimento completo, bom para saúde e dentição” (Orquídea).

“[...] porque tiveram boa dentição, não tiveram gripe durante os primeiros meses” (avó).

“[...] disse que era importante dar de mamar, que era importante para dentição para o bebê” (avó).

“[...] é saudável para os dentes” (Camélia).

O processo de amamentação natural desencadeia o trabalho de um conjunto de músculos, de modo a estimular o crescimento e o desenvolvimento ósseos que influenciam a forma da face e a harmonia dos dentes. Além de alimentar o bebê, o aleitamento materno tem a função de satisfazer a sucção, em decorrência do esforço dos músculos exercido durante a mamada (SOUSA *et al.*, 2004).

Na fala das participantes o leite materno foi relacionado como importante para o crescimento e desenvolvimento do bebê:

“[...] é relevante para saúde e crescimento da criança” (Azaléia).

“[...] ofereceu leite materno, pois achava que era importante para o desenvolvimento das crianças” (avó).

“O leite materno é [...] saúde e desenvolvimento correto para o bebê” (Hortênsia).

No referente aos benefícios do leite materno para o crescimento e o desenvolvimento da criança, consoante sabemos, o leite é fonte de nutrientes para as funções biológicas, e a composição do leite humano, especialmente quanto à

presença de micronutrientes, é muito variada e pode ser influenciada por diversos fatores como a individualidade genética, a nutrição materna e o período de lactação. Ocorrem, também, variações entre grupos étnicos e entre mulheres. Os minerais são essenciais para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção da saúde dos tecidos corporais. Para o recém-nascido, a necessidade de micronutrientes é maior do que para as crianças e adultos em virtude do rápido crescimento corporal e do alto nível de atividade dos caminhos metabólicos envolvidos nesse crescimento, e também no combate a infecções. Como afirmam Morgano *et al.* (2005), o atendimento a essa demanda é feito pelo leite materno, até chegar a época de desmame.

Sobre o aleitamento materno como relevante para a saúde da mãe, segundo observamos, somente as avós se pronunciaram:

“[...] amamentar ajuda muito na saúde da mulher tanto ginecológica, quanto na menopausa [...]” (avó).

“[...] o leite materno é bom para a criança e para a saúde da mãe [...]” (avó).

Inegavelmente, são inúmeras as vantagens da amamentação. Em ampla revisão da literatura realizada por Rea (2004), algumas pesquisas confirmam menor risco de câncer de mama e alguns tipos de câncer epitelial do ovário para mulheres que amamentaram.

Quanto ao aleitamento como método contraceptivo, apenas uma adolescente referiu essa orientação. Este, portanto, não é um conhecimento do grupo, mas foi incluído por ser uma opção contraceptiva adequada à nutriz, chamada de contracepção natural.

“[...] enquanto tiver amamentando não tem perigo de engravidar” (Alecrim).

Está bem documentada a contribuição da lactação, especialmente quando exclusiva, para o maior espaçamento das gestações. Segundo o Consenso de Bellagio, de 1988, baseado na revisão de todos os estudos sobre o tema publicados até aquela época, a amamentação fornece mais de 98% de proteção contra a gravidez nos primeiros seis meses depois do parto se a mulher não tiver menstruado

depois do 56º dia e se estiver amamentando exclusiva ou quase exclusivamente (REA, 2004).

Entre as vantagens do aleitamento materno, foram relacionadas pelas avós:

“[...] amamentar é mais prático e barato, natural” e “[...] acredito que o leite é prático e eficiente para o bebê”.

“[...] porque não tinha trabalho de levantar de madrugada para preparar mingau e quando visitava os pais (avós) não tinha trabalho”.

“[...] achei que foi importante porque eles não tiveram doença e também porque não tinha que comprar comida pra eles”.

“[...] amamentar evita gastos [...] é econômico já que a filha não trabalha”.

Ichisato e Shimo (2001) apontam que a lactação é uma das maneiras mais eficientes de suprir os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e o desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida. De acordo com a mesma fonte, o leite materno, além de ser o mais completo alimento para o bebê, atua como agente imunizador, acalenta a criança no aspecto psicológico, tem a vantagem técnica por ser operacionalmente simples, é de baixo custo financeiro, protege a mulher contra câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e otimiza a mulher em seu papel de mãe.

Como podemos observar, foi bastante ressaltado o papel do leite materno como fator positivo para a saúde dos filhos, tanto pelas nutrizes adolescentes como por suas mães. Elas consideram importante amamentar por proporcionar uma fonte de promoção de saúde e desenvolvimento para a criança e prevenção de doenças como a diarreia e a gripe:

“[...] amamentar é saudável para ele (a criança)” (Azaléia).

“[...] para prover a saúde dos filhos” (avó).

“[...] era saudável para os filhos” (avó).

A literatura confirma os fatores positivos do leite materno. Segundo resalta, este é promotor de saúde das crianças em virtude da sua composição nutricional formada por conteúdos energético, protéico e de aminoácidos, lipídico, carboidratos,

vitaminas, minerais, enzimas e fatores de crescimento. Embora essa constituição seja sempre a mesma durante toda a lactação, a composição química desses nutrientes difere muito, de acordo com as variáveis diversas, tais como período de lactação, alimentação, etnia, idade materna e clima. O primeiro produto da secreção láctea é denominado colostro e tem sua composição e características físicas específicas para os sete primeiros dias de vida do recém-nascido. É rico em anticorpos e atua como uma vacina, protegendo o bebê contra infecções. Além disso, os ácidos graxos poliinsaturados encontrados no leite materno desempenham importante função no desenvolvimento bioquímico do cérebro (GOMES, 2005).

Nos relatos de adolescentes e suas mães, o prazer e a beleza do ato de amamentar também foram citados como uma razão para amamentar. Para algumas, a amamentação representa uma experiência agradável porque proporciona maior contato físico e afetivo entre mãe e filho. Elas percebem esse contato como gerador de prazer e maior aproximação da criança:

“[...] gosto de vê-lo mamando, acho bonito” (Alfazema).

“[...] gostava de amamentar” (avó).

“[...] achava lindo e importante” (avó).

“[...] me senti mais mãe dos meus filhos” (avó).

Para Oliveira, Castro e Lessa (2008), a literatura comprova entre as vantagens de amamentar o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, além do suporte nutricional e imunológico.

Outras razões foram mencionadas por algumas entrevistadas como motivo para amamentar. Entre estas, a orientação médica:

“[...] porque foi orientada no acompanhamento médico no decorrer da gravidez” (avó).

“[...] porque os médicos diziam que era bom para a criança” (avó).

“[...] porque a doutora falou para dar de mamar pelo menos seis meses” (Hortênsia).

Na concepção de Arantes (1995, p.200), ocorre uma dependência histórica desde a medicina higienista, cujas regras, “ainda que apoiadas em saberes racionais

e científicos, estavam tão revestidas de caráter arbitrário como os outros conhecimentos que pretendiam combater”, persistem até hoje. Assim, por estarem vinculadas a um saber científico que prioriza os aspectos biológicos, na maioria das vezes, as orientações médicas não abordam os aspectos sociais e outros da realidade da mulher.

Ao se apoiar nos conceitos segundo os quais a amamentação é um fenômeno natural e um direito da criança, o profissional defende prioritariamente a criança, e deixa de considerar a perspectiva da mulher no curso do aleitamento materno. Para Silva, a crença por parte da equipe de saúde sobre os deveres maternos em relação à amamentação é adquirida no ambiente familiar e reforçada pelo aprendizado de conteúdos biológicos do aleitamento materno para a saúde da criança. A incorporação desses elementos colabora para a convicção do profissional de saúde de que amamentar é um ato natural e próprio da mulher, logo, é dever dela amamentar o filho (TAKUSHI *et al.*, 2008).

No entanto, para Primo e Caetano (1999), a amamentação vai além do fenômeno biológico, é muito mais que um processo fisiológico de produção de leite; existe um sujeito atuando nesse processo e ele deve ser considerado em todo seu aspecto emocional, social, cultural e econômico.

Ao se focar a prática da amamentação como um processo susceptível a influências múltiplas, os membros familiares são responsáveis pela maior parcela de interferências sobre a decisão de amamentar (BARREIRA; MACHADO, 2004). Embora alguns estudos apontem as avós como as pessoas de maior influência e apoio às mães durante a amamentação, eles não especificam o tipo de apoio e de influência das avós, nem avaliam o impacto desse apoio/influência na prática do aleitamento materno (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

Tal influência foi identificada em nosso trabalho apenas no relato de uma adolescente ao citar a orientação da mãe como razão para amamentar:

“[...] por saber da importância e porque foi orientada pela mãe”
(Margarida).

Já a opção por amamentar foi uma das razões expressas tanto pelas adolescentes como por suas mães:

“[...] sempre quis amamentar” (Rosa).

“[...] sempre tive muita vontade de dar de mamar” (avó).

“[...] eu sempre quis amamentá-los para dar alimento pra elas” (avó).

Conforme Arantes (1995), ao se decidir pela prática de amamentar, a mulher revela-se como sujeito da sua história de amamentação e, desta forma, pode fazer sua opção pessoal. Complementarmente, diz o autor, esta vontade da mulher de querer amamentar não é um momento isolado, pois fundamenta-se na história de vida de cada uma. A opção de amamentar ou não é da mulher, mas é determinada por momentos pelos quais passam o seu biológico, o seu psicológico e o seu contexto social. Nas palavras de Takushi *et al.* (2008, p. 492), “a motivação é uma das estratégias conferidas no processo de decisão da mulher em direção à prática do aleitamento materno”.

Entre o desejo de amamentar e a concretização da prática, o que permeia este processo de decisão materna, seja de modo favorável ou desfavorável, é a motivação. Esta é condicionada pela história de vida da mulher e por sua experiência, incluindo o conhecimento adquirido desde a infância, por observação de alguém da família amamentando, pelo que foi aprendido e facilitado no contexto das oportunidades socioculturais e, por último, pelo conhecimento adquirido durante a assistência pré-natal e pediátrica (TAKUSHI *et al.*, 2008).

No nosso estudo a percepção do ato de amamentar como uma obrigação foi evidenciada em alguns relatos. Esta foi uma das percepções nas quais identificamos o mesmo padrão entre as mães e as adolescentes:

“[...] eu dava de mamar porque era obrigada, sentia que perdia muito tempo” (avó).

“[...] porque era obrigatório” (avó).

“[...] amamentei porque é obrigatório, porque dizem que o leite materno é o melhor que tem” (Gérbera).

“[...] amamentou porque é obrigatório dar leite” (avó).

“[...] toda mulher, que não trabalha fora de casa, tem a obrigação de dar amamentação exclusiva para seus filhos [...]” (avó).

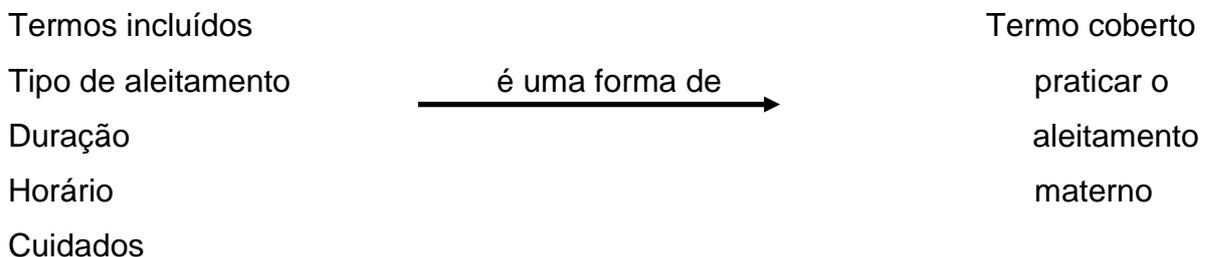
“[...] o médico disse ser obrigatório o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses [...]” (Acácia).

Estas falas refletem o modo como a sociedade, na qual se inclui o profissional de saúde, determina o aleitamento materno para a mulher, sem levar em conta sua decisão. Desse modo, o incentivo se dá mediante desrespeito ao direito da mulher no seu processo de decisão pela prática (TAKUSHI *et al.*, 2008).

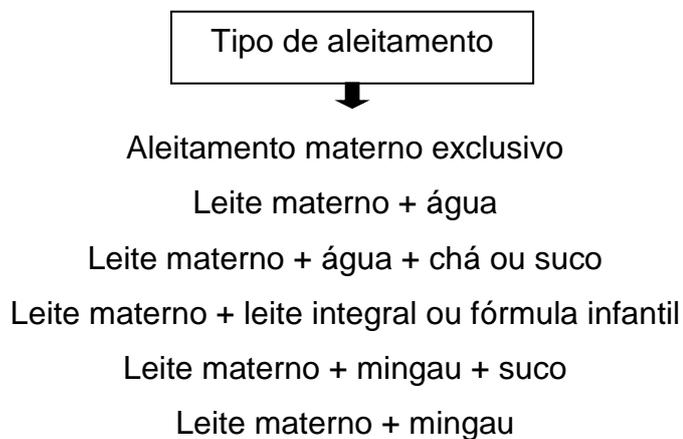
Passemos, agora, ao domínio cultural 2 e à taxonomia 2, que revelam a prática das nutrizes adolescentes sobre o aleitamento materno.

5.5.2 Domínio cultural 2: Práticas de aleitamento materno

Relação semântica: X é uma forma de Y



Taxonomia 2



Duração

Menos de um mês
Até um mês
Até um mês e meio
Até três meses
Até quatro meses
Menos de cinco meses

Horário

Livre demanda
Determinado
Quando vai dormir
Quando acorda, à tarde e antes de dormir
Quando chora
Manhã, meio-dia e à noite
Só não dá durante o trabalho

Cuidados

Fazer massagens nos seios
Limpar os seios antes e depois de amamentar
Posição de amamentar: barriga da mãe com barriga da criança
Colocar para arrotar após a mamada
Ordenhar os seios antes de sair e oferecer o leite materno ordenhado em mamadeira

Em relação ao tipo de aleitamento praticado pelas nutrizes adolescentes, foram identificadas todas as categorias relacionadas pela literatura: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante com uso de água, suco de

frutas e chás e o aleitamento materno complementar no qual, além do leite materno, a criança também recebia leite integral, fórmula infantil ou mingau.

No concernente à duração do aleitamento, como mostram as falas, a situação identificada difere da preconizada pela OMS: amamentação exclusiva até os 6 meses de vida e aleitamento materno até os 2 anos de idade:

“[...] após 1 mês ele mamou misto, leite materno mais mingau, mas depois parou e voltou para o leite materno”(Orquídea).

“[...] só mama até os 4 meses, depois leite integral”(Girassol).

“[...] só leite materno até os 4 meses, depois leite modificado, porque tô trabalhando” (Tulipa).

“[...] amamentei só 1 mês e meio. Depois peito mais mingau” (Alfazema).

“[...] mama até os 3 meses, depois começou água e leite integral” (Azaléia).

“[...] iniciou água e suco quando a criança estava perto de 5 meses” (Camélia).

“a partir de 1 mês leite materno mais leite integral com massa de arroz três vezes por dia” (Gérbera).

“[...] mama até quase 1 mês, depois leite integral de cinco em cinco horas” (Violeta).

Embora o grupo reconheça a importância do aleitamento materno para a saúde da criança, como já demonstrado, vimos a introdução precoce de líquidos e complementos lácteos. Reconhecidamente isto contribui para os níveis de desnutrição e de morbimortalidade infantil (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Quanto aos horários de amamentação referidos pelas entrevistadas, apesar de algumas terem referido a livre demanda, esta não foi a prática predominante:

“[...] amamento o horário que ele quiser” (Camélia).

“Na hora que ele deseja, mas quando ele não quer também” (Flor-do-Campo).

“Ela mama de instante em instante” (Hortênsia).

“De duas em duas horas” (Crisântemo, que pratica aleitamento materno exclusivo).

“De três em três horas” (Rosa, mãe dos gêmeos).

“De três em três horas, às vezes amamento com menos tempo [...] porque a médica ensinou e para a criança se acostumar a ter um horário para mamar” (Flor de Liz).

“De quatro em quatro horas” (Gerânio).

“Manhã, meio-dia e à noite, porque tô trabalhando, estou tirando a mama já pouco a pouco” (Tulipa).

“Quando acorda, à tarde e antes de dormir. Desde que começou a mamar, ele se acostumou com estes horários de mama” (Jasmim).

A livre demanda é um dos passos propostos pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (VENANCIO, 2003) justificada pela importância do aleitamento materno sem restrições. Tal prática contribui para diminuir a perda de peso inicial do recém-nascido, com vistas à recuperação mais imediata do peso ao nascer, promove uma “descida do leite” mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário (GIUGLIANI, 2000).

Quanto à regulamentação do horário das mamadas, esta recomendação está relacionada ao processo de medicalização apresentado nos manuais de puericultura, originalmente do século XIX, propostos pelas escolas européias e substituídos desde a década de 1980 quando se passou a recomendar o regime de aleitamento sob livre demanda (NAKANO, 2003).

De acordo com a mesma fonte, na prática da amamentação, as mulheres orientam-se não só pelas manifestações da criança (sinais de procura: o choro, o chupar as mãos, a procura do peito), mas também pela natureza do processo

reprodutivo que imprime e marca seus corpos (sinais de “prontidão” dos peitos: vaza, incha, fica duro).

Alguns depoimentos das mães refletem essa associação:

“[...] dou o peito quando ele pede por meio do choro” (Hortênsia).

“[...] amamento toda vida que chora” (Alecrim).

“[...] amamento na hora que chora” (Gérbera).

“Ele mama quando chora” (Amor-Perfeito).

Ao nos referirmos aos cuidados exigidos na amamentação, as nutrizes demonstraram conhecimento e, como sabemos, se faz necessário certo preparo por parte da mulher para poder a amamentação ser bem sucedida. Podemos perceber isto claramente nos cuidados quanto à higiene, e também nos cuidados e ordenha das mamas. Esses cuidados são, em regra, orientados por alguém mais velho, da família, principalmente a mãe e a sogra, pessoas próximas da nutriz, numa forma de apoio e incentivo a esta prática.

Entre as técnicas mais usadas para fortalecer o mamilo com o intuito de facilitar a pega da criança e estimular as glândulas mamárias para “descida” do leite, sobressaiu a massagem:

“[...] fazer exercício no bico do peito para o bebê pegar” (Cravo).

“[...] massagem no seio, colocar gelo [...]” (Flor-do-Campo).

A higiene dos seios também foi referida como um cuidado:

“[...] limpeza dos seios antes de amamentar” (Cravo).

“[...] fazer limpeza dos seios antes e depois que amamentar” (Violeta).

Determinados autores se pronunciam sobre a higiene das mamas. Conforme Trindade, Linhares e Araújo (2008) ressaltam, não é necessário limpar os mamilos antes de amamentar o bebê, basta a nutriz tomar banho regularmente.

Assim, se a higiene corporal da nutriz é mantida, dispensa o uso de sabonete, álcool, água boricada ou outros produtos nas mamas.

Outro assunto discutido com as adolescentes foi a forma de segurar o recém-nascido na hora de amamentar. Algumas adolescentes relataram terem conhecimento quanto aos cuidados neste aspecto, como mostram as falas a seguir:

“[...] como segurar para amamentar” (Cravo).

“[...] orientou a posição da criança, barriga com barriga” (Alecrim).

Para Weigert *et al.* (2005), o posicionamento adequado da dupla mãe/bebê e a pega/sucção efetiva do bebê favorecem a prática da amamentação exclusiva. Uma postura da mãe e/ou do bebê que dificulta o posicionamento adequado da boca do bebê em relação ao mamilo pode resultar na denominada má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração do leite materno, e pode dificultar o esvaziamento da mama e levar à diminuição da produção do leite. Como consequência, a mãe pode introduzir precocemente outros alimentos, e, assim, contribuir para o desmame precoce.

Há, ainda, o registro das mães das nutrizes adolescentes sobre a importância de posicionar o bebê para arrotar, demonstrando conhecimento sobre a relevância desse cuidado:

“[...] dei orientação para arrotar [...]”.

“[...] orientei posição da criança, arrotar [...]”.

O arroto é fundamental porque elimina do estômago o ar que o bebê possa ter engolido durante a amamentação. Com a saída do ar cabe mais leite no estômago e pode-se prevenir cólica abdominal (TRINDADE; LINHARES; ARAÚJO, 2008).

Às vezes, porém, a mãe não dispõe de tempo para amamentar. Nesse caso, pode haver a ordenha dos seios. Esta foi uma prática referida por uma adolescente quando necessitava sair para a escola:

“[...] de manhã desmama os seios quando tem tempo e quando não pode dá leite modificado” (Margarida).

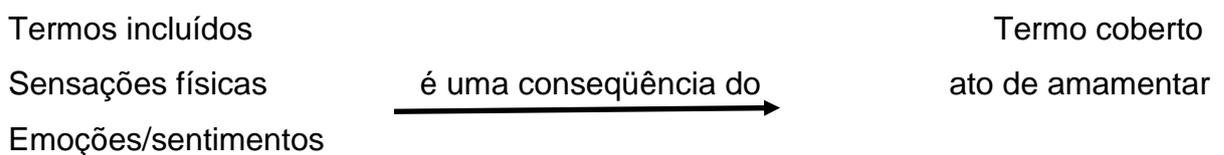
A técnica da ordenha representa fator determinante para o sucesso ou insucesso da amamentação e é recomendada quando as nutrizes precisam se separar dos filhos por algum motivo, por exemplo, trabalho fora do domicílio, estudo ou mesmo pelos afazeres domésticos.

Quando associado a jornada de estudo ou trabalho, o esforço materno em manter a amamentação torna-se mais difícil. As tarefas de conciliar estas atividades e dar continuidade ao aleitamento estão na dependência de uma estrutura social que propicie apoio e possibilidade concreta para a mulher exercer esta prática. Exige-se a disposição dos cuidadores da criança em utilizar e manusear o leite materno na dieta do lactente, pois, desse modo, a mãe se sentirá motivada e segura em dar continuidade à lactação. No ambiente doméstico, os elementos sociais importantes estão representados pelo apoio e aceitação, sobretudo por parte do companheiro, à sua condição de nutriz e, também, de demais familiares que sustentem sua decisão em preservar a amamentação (SILVA, 2005).

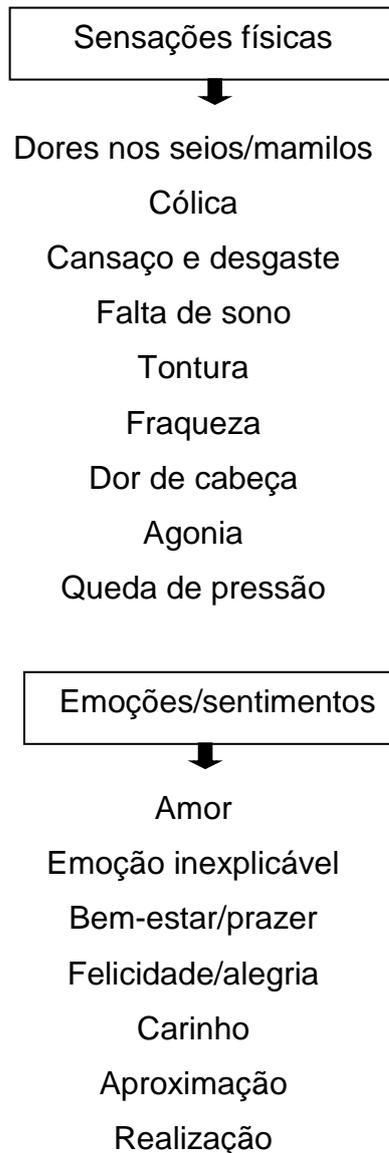
A seguir, no domínio cultural 3 e na taxonomia 3, são mostrados os fatores emocionais e físicos envolvidos na vivência da amamentação.

5.5.3 Domínio cultural 3: Fatores emocionais e físicos envolvidos na amamentação

Relação semântica: X é uma conseqüência de Y



Taxonomia 3



Entre os diferentes fatores físicos e emocionais envolvidos na amamentação, no domínio cultural 3 verificamos a ambivalência de sentimentos e sensações presentes nesse processo. Para Arantes (1995), apesar de, a princípio, a mulher entender a amamentação como algo bom, num segundo momento, ela reflete sobre as conseqüências positivas e negativas deste ato.

De modo geral, as sensações físicas são associadas às dificuldades referidas no início do aleitamento materno, quando a mulher pode sentir discreta dor ou desconforto no começo das mamadas, o que pode ser considerado normal. No

entanto, mamilos muito doloridos e machucados, embora muito comuns, não é normal e na maioria das vezes tal desconforto é causado por técnicas inadequadas da amamentação (posicionamento ou pega incorreta). De acordo com Giugliani (2000), trauma mamilar constitui importante causa de desmame e, por isso, sua prevenção é primordial. Esta dificuldade pode se superada com a técnica correta de amamentação.

Dores nos seios e nos mamilos são situações rotineiras e foram descritas tanto pelas nutrizes adolescentes como por suas mães:

“[...] dói um pouco quando eles mamam demais e o peito fica seco” (Rosa).

“[...] dói um pouco quando ele puxa o bico do peito” (Camélia).

“[...] sinto cólica e dores nos peitos, no começo” (Alecrim).

“[...] sinto tontura e dores nos peitos” (Violeta).

“[...] quando o peito está cheio, dá uma dor pequena” (Flor de Liz).

“[...] sentia dor nos peitos às vezes” (avó).

“[...] sentia dor nas primeiras mamadas” (avó).

“[...] ardor nos peitos e nos mamilos quando estavam cheios. Quando a criança puxa dá uma pontada” (avó).

Em relação às cólicas referidas durante a amamentação, segundo esclarece Lana (2001), decorrem da ação da ocitocina, produzida pela hipófise, sob o estímulo das terminações nervosas do complexo aréolo-mamilar durante as mamadas. Tal estímulo é responsável não só pela “descida” do leite, como pelas contrações uterinas no pós-parto. Desse modo, acelera a volta do útero ao seu tamanho normal e diminui o sangramento uterino.

No concernente ao cansaço, ao desgaste físico, à falta de sono, são aspectos comuns na amamentação. Além destes, a tontura foi citada com mais frequência, também fraqueza, dor de cabeça, agonia e queda de pressão no momento da amamentação. Segundo percebemos, estas experiências difíceis e cansativas trouxeram sentimentos ambíguos às adolescentes. Primo e Caetano (1999, p.451) expõem bem esta situação ao afirmar que “o valor social do aleitamento materno faz com que a mãe se sinta pressionada a amamentar seus filhos, como forma de demonstrar seu amor por eles”.

Ilustrativamente, as falas a seguir mostram um pouco destas experiências:

“[...] sinto tontura e dor de cabeça quando não como ou quando passo muito tempo sem me alimentar” (Margarida).

“[...] sinto muita tontura porque a criança mama muito” (Gerânio).

“[...] sentia, até dois meses, tontura, agonia e dor no pé da barriga” (Tulipa).

“[...] sentia tontura” (avó).

“[...] sentia tontura e muito sono no começo” (avó).

“[...] sentia fraqueza, agonia, algo como uma queda de pressão” (avó).

“[...] sentia cansaço e desgaste” (avó).

Quanto às emoções e sentimentos manifestados pelas nutrizes e suas mães, consoante amplamente demonstrado na literatura, o ato de amamentar fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho (OLIVEIRA; CASTRO; LESSA, 2008).

A prática da amamentação associada ao amor materno é uma crença cultivada até os dias de hoje. Arantes (1995), ao estudar o significado da amamentação para a mulher que a vivencia, observou pelo relato das mães o aleitamento materno como um ato permeado de momentos bons e agradáveis, relacionado, de forma direta, com transmissão do amor da mãe para o filho.

Em seus relatos as nutrizes adolescentes e suas mães descreveram sensações de amor, emoção, proteção:

“Não sei explicar, dá vontade de chorar porque estou protegendo meu bebê” (Tulipa).

“Sinto uma coisa boa de vê-lo mamando, pois o primeiro filho tem toda uma emoção” (Jasmim).

“Sinto emoção inexplicável” (Flor de Liz).

“Sinto amor, pois sei que o bebê precisa de mim” (Flor-do-Campo).

“Sentia emoção quando dava de mamar” (avó)

Ao se referirem ao contato físico entre mãe-filho, as adolescentes e suas mães o mencionaram como um momento de prazer, carinho e de aproximação da criança. Quando perguntadas sobre seus sentimentos e/ou emoções, elas associaram a sensações prazerosas como alegria, bem-estar, satisfação e felicidade:

“Eu acho que estou demonstrando carinho para eles” (Rosa).

“Sinto alegria” (Girassol).

“Sinto mais próximo do bebê” (Gerânio).

“Gosto de vê-lo mamando. Acho bonito” (Alfazema).

“Sinto alegria no começo, mas depois fico normal” (Azaléia).

“Sinto alegria de vê-lo mamando e enchendo o bucho” (Gardênia).

“Sinto carinho e imagino como é bom tê-la perto” (Hortênsia).

“Fico feliz por dar de mamar e ter um filho” (Acácia).

“Gosto de amamentar agora, mas antes doía muito” (Alecrim).

”Sinto-me bem” (Violeta).

“Sentia carinho por eles” (avó).

“Sentia prazer e carinho por estar amamentando o meu filho” (avó).

“Era muito prazeroso porque dentro da gente tem um alimento que pode alimentar um bebê” (avó).

“Muito bem e é algo maravilhoso” (avó).

Segundo Martins citado por Primo e Caetano (1999), quando bem-sucedida, a amamentação desperta na mulher um sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e mãe.

“Sentia-me bem, feliz e realizada” (avó).

“É bom porque estou alimentando uma criança que depende de mim” (Cravo).

Vivenciar a amamentação significa para a mulher experimentar não só momentos positivos, mas também negativos. Apesar da amamentação ser percebida como um compromisso com o processo da maternidade, as mulheres, freqüentemente, enfrentam dificuldades na vivência do aleitamento materno (FARIAS, 2008).

Concluída esta seção, vamos ao domínio cultural 4 e à taxonomia 4, onde são descritas as razões alegadas pelas nutrizes adolescentes para a introdução precoce de alimentação complementar.

5.5.4 Domínio cultural 4: Razões para a introdução precoce de alimentação complementar

Relação semântica: X é uma razão para Y

Termos incluídos
Mitos e tabus
Fatores intervenientes
Trabalho
Escola

é uma razão para →

Termo coberto
introdução
precoce de
alimentação
complementar

Taxonomia 4

Mitos e crenças



Leite fraco

Não tinha leite

Fatores intervenientes



Problema com mamilo

Leite empedrado

A criança não conseguia/pegava o peito

Mais de uma criança para amamentar

Trabalho



Estou trabalhando

Vou ter que trabalhar

Escola



Pretendo voltar à escola

Tenho que ir pra escola

Como mostra o dia-a-dia, a prática do aleitamento materno vem sofrendo inúmeras influências, de âmbito econômico, social, político e cultural, mas culmina quase sempre com o desmame precoce. Muitas são as razões apontadas pelas nutrizes para tal atitude. Sobressaem questões relacionadas ao leite (pouco, fraco, insuficiente), às mães (problemas mamários, doenças maternas), à criança (patologias, choro, recusa ao peito), ao apoio da rede social (profissionais, familiares, amigos), entre outros fatores (ALMEIDA, 1999).

Conforme ressaltam Marques, Cotta e Priore (2008), através dos séculos os questionamentos quanto à forma correta de alimentação do bebê estão pautados em concepções inerentes ao biológico e aos determinantes socioculturais. Diversos mitos e crenças que norteiam a lactação geram na nutriz sentimentos ambíguos, permeados por culpa, ansiedade, confiança e apoio sobre sua capacidade de produção láctea.

Vários estudos discutem o assunto. De acordo com o constatado pela maioria destes, a principal causa apontada pelas mães para o desmame precoce é a hipogalactia, ou seja, as alegações maternas de “pouco leite” e “leite secou” (ARANTES, 1995). Para Gonçalves citado por Marques, Cotta e Priore (2008), esta crença, muitas vezes, deve-se ao fato das mães se sentirem inseguras quanto à capacidade de produzir leite no volume adequado para a criança.

Mencionada insegurança justifica-se, pois em determinadas mulheres a “descida do leite” só ocorre após alguns dias do nascimento do bebê; assim elas supõem que não têm leite suficiente. De acordo com a perspectiva biológica, toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade necessárias ao desenvolvimento adequado do seu filho. Para tal, os níveis hormonais devem estar adequados e deve haver uma retirada eficiente de leite das mamas (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Conforme Guigliani (2000), nesses casos são recomendadas medidas de estimulação da mama, como sucção freqüente do bebê e ordenhas.

Como mostram as falas, algumas adolescentes vivenciaram esta experiência:

“Nos primeiros dias não tinha leite” (Gerânio).

“Não tinha leite” (Flor-do-Campo).

Outra construção social utilizada como modelo explicativo para o abandono da amamentação é o leite fraco, como explicam Ramos e Almeida (2003). Esta alegação é improcedente, porquanto, do ponto de vista biológico, não existe leite fraco e são raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação.

Apesar de improcedente, tem fundamento. Segundo Marques, Cotta e Priore (2008), esta crença advém da comparação do leite humano com o de vaca. Portanto, explica-se. Ademais, a aparência aguada do leite materno, sobretudo do colostro, induz a mãe considerar seu leite inferior. Assim, para ela, se é inferior, não serve para atender às demandas da criança por diferir do leite popularmente conhecido como leite forte: o de vaca.

No dia-a dia estas crenças são confirmadas, como mostram declarações de adolescentes que optaram por outro leite por acreditar que seu leite é fraco:

“Optei por dar outro leite ao meu filho recém-nascido porque meu leite está fraco” (Gérbera).

“Dou leite integral à criança porque meu leite não é suficiente para saciar a fome dela” (Violeta).

No nosso estudo, as intercorrências de mama puerperal surgiram como outro fator interveniente durante a amamentação. Consoante observamos, a maior parte dos problemas mencionados na mama diziam respeito a ferimento, mas uma adolescente referiu que o tamanho do mamilo dificultava a pega da criança no seio:

“No começo houve ferimento” (Girassol).

“No início, os seios feriram” (Dália).

“Feriu o bico do peito das duas vezes que amamentou” (Alecrim e Gérbera).

“O mamilo ficou ferido no início” (Amor-Perfeito).

“Porque o bico do peito era pequeno” (Alecrim).

Além das citadas intercorrências, segundo Giugliani (2000), outra situação especial para o desmame é o ingurgitamento mamário, uma intercorrência da mama puerperal decorrente da falha no mecanismo de auto-regulação da fisiologia da lactação, resultando em congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema em virtude de obstrução da drenagem linfática pelo aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos. Com o aumento de pressão intraductal o leite acumulado, por um processo de transformação em nível intermolecular, torna-se mais viscoso. Origina-se, assim, o “leite empedrado”.

Neste estudo apenas uma mãe adolescente referiu esta intercorrência, manifestada nos primeiros dias após o parto:

“No início o leite ficou empedrado” (Amor-Perfeito).

A outras intercorrências, soma-se a dificuldade na pega durante a primeira mamada, conforme relatado no estudo. Embora a amamentação se revele como um comportamento geralmente considerado natural, está baseado em parte no aprendizado e na experiência e, também, é desenvolvido pela observação e exemplo. Mães e bebês precisam aprender a amamentar e ser amamentados. Esse aprendizado, antes facilitado pelas mulheres mais experientes da família extensiva, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde. Por isso, é indispensável orientar a mãe quanto à técnica de amamentação já no período pré-natal, de preferência, ou logo após o parto (GUSMAN, 2005).

Na fala da participante evidenciamos esta dificuldade:

“Não conseguia fazer pegar o peito pela primeira vez” (Cravo).

Entre as diversas razões a impossibilitar o bebê de sugar adequadamente, Giugliani (2000) aponta a recusa a um dos peitos. Às vezes um bebê pode sentir dificuldade em sugar o leite em uma das mamas por certos motivos, tais como: existe alguma diferença entre as mamas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento), a mãe não consegue posicionar adequadamente o bebê em um dos lados, o bebê

sente dor numa determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo). Esta situação foi mencionada por uma adolescente:

“Ela não pegou a mama esquerda de jeito nenhum” (Tulipa).

Outra dificuldade concreta é o aleitamento de gêmeos. Rosa, adolescente que teve parto gemelar, salientou a dificuldade de amamentar. Tal dificuldade determinou o início precoce do uso de fórmula infantil como alimento complementar ao leite materno:

“Dificulta quando dou de mamar para dois” (Rosa).

Para Meirelles *et al.* (2008), as mães de gemelares são mais susceptíveis a dificuldades para amamentar e a associação entre gemelaridade e prematuridade pode ser um fator determinante destas dificuldades. Dessa forma, é necessário maior auxílio nas mamadas com vistas a prevenir ou minimizar eventuais problemas com a amamentação.

No referente à produção do leite, no entanto, como ressaltam Werutsky *et al.* (2007), a puérpera de gêmeos produz o dobro de leite em comparação à mãe de gestação única e o leite materno atende às especificidades requeridas pelos fetos.

Situação singular identificada neste estudo foi aquela na qual a adolescente múltipara ainda amamentava a criança mais velha e também o recém-nascido, e o leite materno era dado preferencialmente ao filho mais velho:

“Para meu filho mais novo dou mama e leite porque meu filho mais velho de 2 anos ainda mama” (Azaléia).

“Minha primeira filha de 3 anos ainda mama e não se alimenta de quase nada além do peito. Então tive que dar mingau para meu segundo filho que também mama, porque não conseguia dar de mamar pra dois” (Gérbera).

Em ambos os casos trata-se de amamentação prolongada, isto é, a amamentação natural ultrapassa os 12 meses de idade e apresenta maior dificuldade para o desmame (CARRASCOZA; COSTA JÚNIOR; MORAES, 2005).

Segundo recomenda a OMS, a amamentação deve se estender até os 2 anos ou mais e é praticamente consenso o aleitamento materno até o final do primeiro ano de vida. O impacto da amamentação além dos 12 meses é controverso: existem argumentos a favor e contra a amamentação prolongada para todas as crianças. Entre os argumentos a favor da manutenção da lactação além do primeiro ano são citados o efeito anticoncepcional e a proteção contra infecções, embora alguns estudos não tenham confirmado a proteção contra doenças. Além disso, o impacto da amamentação prolongada no estado nutricional da criança pode variar de acordo com a população. Ao mesmo tempo, não se pode descartar a possibilidade do aleitamento materno prolongado afetar negativamente o apetite e, conseqüentemente, o crescimento da criança em face de menor interesse desta pelos alimentos complementares (GIUGLIANI; VICTORA, 1997).

Diante do exposto, parece razoável que a duração ótima da amamentação pode variar de acordo com fatores sociais, econômicos e culturais da população. Contudo, deve ser de no mínimo um ano. Quanto à amamentação no segundo ano de vida, deve ser estimulada sempre que possível, especialmente em populações menos privilegiadas (GIUGLIANI; VICTORA, 1997).

Desse modo, nas situações descritas anteriormente da amamentação conjunta de dois filhos em idades diferentes, a mãe deve dar preferência à amamentação do recém-nascido, por causa do valor nutricional único e papel protetor do leite materno. Como alertam Giugliani e Victora (1997), quanto menor a criança, maior a proteção conferida pelo leite materno. Quanto ao filho mais velho, este já possui defesa natural pelo aleitamento materno adotado nos 6 primeiros meses de vida, e complementado depois com alimentos disponíveis na família.

Em algumas pesquisas, uma justificativa para o desmame precoce é o trabalho dentro e fora do lar. Consoante Arantes (1995) pondera, amamentar também é uma prática social, pois avança para questões como o trabalho dentro e fora do lar, todos os cuidados exigidos para a sobrevivência da criança e muitas outras, que não são individuais, mas sim de responsabilidade coletiva.

No nosso estudo, as mulheres entrevistadas demonstraram grande dificuldade em conciliar as atribuições de mãe, nutriz, dona de casa e profissional. No caso das nutrizes adolescentes, a estratégia identificada para resolver esta questão é o apoio dos familiares, geralmente da mãe, para colaborar na administração do leite materno:

“Trabalho de manhã e estou tirando a mama aos poucos” (Dália).

“[...] porque tô trabalhando, estou tirando a mama já pouco a pouco” (Tulipa).

“Dou mama e leite para meu filho mais novo porque tenho que trabalhar vendendo sandálias na Avenida Beira-Mar” (Azaléia).

“Tive que alimentar minha filha com outros alimentos além do leite materno, porque vou ter que trabalhar e não terei tempo suficiente para amamentá-la, e ela terá que se acostumar a comer outros alimentos, pois só vou amamentá-la de noite ou de manhã” (Cravo).

“[...] não tinha paciência porque tinha pressa para realizar os trabalhos de casa” (avó).

Estas alegações são contestadas por Silva (1990). Segundo argumenta este autor, a diminuição da amamentação não é determinada diretamente pelo trabalho da mulher, mas, sim, pelas condições sociais concretas nas quais ele se realiza. Por exemplo, o trabalho fora do lar a grandes distâncias, com horários fixos, sem creches, sem intervalos para amamentar.

No tocante ao retorno à escola, como observamos em nosso estudo, a maioria tinha o ensino médio incompleto e pretendia voltar a estudar, porém via o aleitamento materno como outro fator impeditivo para este retorno:

“[...] amamenta a criança, sem horários estabelecidos, durante a tarde e à noite, mas de manhã ela desmama os seios quando tem tempo e quando não pode dá o leite modificado” (avó).

“Pretendo voltar a estudar, pois estava cursando o segundo ano do ensino médio” (Dália).

“Dou o leite modificado pela manhã porque tenho que ir pra escola, pois estou cursando o terceiro ano do ensino médio” (Gerânio).

Passemos agora ao domínio cultural 5 e à taxonomia 5, os quais revelam a rede social de apoio das adolescentes na prática do aleitamento materno.

5.5.5 Domínio cultural 5: Rede social de apoio na prática do aleitamento materno entre as adolescentes

Relação semântica: X é uma forma de Y

Termos incluídos

Ajuda da família

Ajuda dos profissionais de saúde

Rede de saúde

é uma forma de



Termo coberto

apoio ao

aleitamento

materno

Taxonomia 5

Ajuda da família



Ajuda pra dar de mamar

A mãe acompanha nas consultas do pediatra

A sogra cuida do bebê

Ajuda da mãe para amamentar durante o resguardo

Apoio e incentivo do companheiro

Ajuda no banho e colocar o bebê para dormir

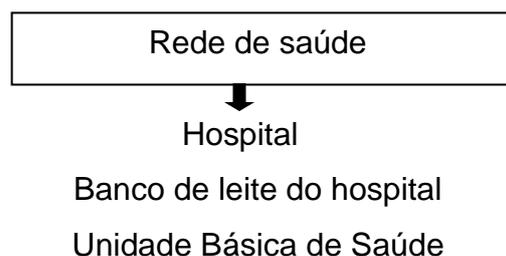
Fornece estrutura para viver confortável

Ajuda dos profissionais da saúde



Como segurar para amamentar

Como fazer exercício no bico do peito para o bebê pegar



Ao focar a prática da amamentação como um processo susceptível a influências múltiplas, várias pesquisas sustentam que o apoio familiar, principalmente do marido e da mãe, são fatores decisivos na escolha da alimentação da criança (PRIMO; CAETANO, 1999). Segundo Barreira e Machado (2004) referem, os membros familiares são responsáveis pela maior parcela de interferências sobre a decisão de amamentar. Complementarmente afirma Silva (1997), a família representa tanto o suporte para a superação de dificuldades, como, muitas vezes, a partir do seu repertório social, induz ao desmame por crenças e experiências vividas em outros processos de amamentação.

Na maternidade adolescente as avós desempenham diferentes papéis de apoio e suporte: cuidar do bebê da filha quando ela vai para a escola e/ ou trabalho; ensinar a adolescente a cuidar do bebê; ajudar na criação do bebê e apoiar com recursos financeiros e emocionais. De acordo com a literatura (SILVA; SALOMÃO, 2003), os suportes socioemocionais oferecidos pelos avós podem ser significativos para a mãe e sua criança.

Talvez pelo fato da maioria das adolescentes morar com a família (59%), a avó ajudava na função de cuidar/apoiar, desenvolvendo, muitas vezes, o papel de mães substitutas.

Alguns estudos apontam as avós como as pessoas que mais influenciam e apóiam as mães durante a amamentação, porém não especificam qual esse tipo de apoio e de influência. No entanto, como alertam várias pesquisas, a influência das avós na amamentação pode favorecê-la ou dificultá-la (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

Para Teixeira *et al.* (2006), as avós são cuidadoras significativas dos membros da família, sobretudo de suas filhas e noras em processo de amamentação. Ao exercerem os cuidados familiares, as avós trazem consigo os conhecimentos e experiências adquiridos quando aleitaram seus filhos, relacionadas com o contexto histórico vivido por elas, as quais expressam uma cultura onde a prática da amamentação não era valorizada. Ao contrário, era desestimulada.

Segundo os resultados dessa pesquisa revelaram, as avós também desempenham um papel importante no incentivo e estímulo à amamentação. As falas a seguir evidenciam este papel:

“Minha mãe ajudou-me a dar de mamar” (Rosa).

“Minha mãe dá a mamadeira (de leite materno ordenhado) quando eu vou pra aula e me deu orientação sobre amamentação” (Margarida).

“Recebi ajuda da minha mãe e do meu pai para amamentar” (Azaléia).

“Minha sogra e minha mãe me disseram para comer rapadura para aumentar o leite” (Gérbera).

“Minha mãe me ajuda na hora da amamentação. Recebi ajuda da minha mãe nas consultas ao pediatra” (Flor-do-Campo).

“Minha sogra me ajudou a cuidar do bebê” (Violeta).

“Minha mãe me apoiou muito e me incentivou bastante a dar o leite materno e ela chama minha atenção quando coloco empecilho para dar leite ao bebê” (Tulipa).

“Recebi ajuda da minha mãe porque de manhã vou para a escola e ela dá para o bebê leite modificado. Além de fornecer toda a estrutura para eu e minha filha vivermos bem e confortável” (Gerânio).

As avós também referiram terem recebido esta ajuda das suas mães. Sobre o assunto, Primo e Caetano (1999) ressaltam esta experiência na qual as nutrizes repetem um comportamento que é o mesmo dos tempos antigos adotados

por suas mães e que foi transmitido por suas avós. Dessa forma, as mães das nutrizes vão repassando conhecimentos através das gerações, da mãe à filha:

“Recebi ajuda da minha mãe para amamentar durante o resguardo”.

“Recebi ajuda da minha mãe para amamentar quando tive as duas meninas”.

“Recebi apoio da minha sogra para amamentar”.

Quanto à participação do companheiro, pode representar um elemento significativo de apoio emocional à nutriz (BARREIRA; MACHADO, 2004). Ele também tem responsabilidades e influencia em grande parte a decisão de amamentar. Mas segundo apontam Primo e Caetano (1999), ainda são poucos os homens que vêem a criação dos filhos como dever do casal. Sua colaboração, muitas vezes, restringe-se à manutenção econômica do lar.

As experiências das adolescentes, em geral, foram favoráveis em relação ao seu parceiro e são transcritas a seguir:

“Tive uma infância instável, morei nas ruas e em casa de amigos até o dia em que fui morar na casa do meu companheiro, onde encontrei apoio e ajuda para criar meu filho e continuar meus estudos” (Girassol).

“Meu namorado estimula pra eu dar mama ao bebê” (Amor-Perfeito).

“Meu companheiro também me incentiva a amamentar” (Violeta).

“Ela recebeu apoio do marido para amamentar” (avó).

Além dos pais e do companheiro/marido, outras fontes de apoio observadas dentro da família foram tias, irmãs, irmãos e cunhada. A família constitui elemento do apoio social que corresponde a mecanismos com os quais a nutriz pode contar para a manutenção do aleitamento. Dessa forma, ela representa o pilar fundamental para ações de saúde e incentivo ao aleitamento materno (BARREIRA; MACHADO, 2004). As falas de algumas adolescentes e avós exemplificam este aspecto da amamentação:

“Recebi ajuda das minhas tias para amamentar” (Gerânio).

“Minha irmã me ajudou a dar de mamar também” (Rosa).

“Recebi ajuda do irmão para cuidar do bebê” (Dália).

“Recebi ajuda das minhas irmãs para amamentar” (Tulipa).

“Minha irmãs me ajudam a banhar e colocar o bebê pra dormir” (Camélia).

“Recebi ajuda das minhas irmãs para amamentar” (avó).

“Recebi ajuda da minha irmã para amamentar durante o resguardo” (avó).

“Minha cunhada me ajudou a amamentar quando fui mãe pela primeira vez” (avó).

Conforme mencionamos, também o apoio dos profissionais de saúde tem destacada importância na promoção da amamentação e ajuda às mulheres que amamentam a superar os obstáculos a uma amamentação bem-sucedida. Conforme Giugliani (2000) ressalta, para o desempenho dessa tarefa, no entanto, são necessários conhecimentos e habilidades no manejo das diversas fases da lactação. Aconselhamento no pré-natal, orientação e ajuda no período de estabelecimento da lactação, avaliação criteriosa da técnica de amamentação e intervenção adequada quando surgem os problemas relacionados com a lactação são algumas tarefas que profissionais de saúde que lidam com mães e bebês devem dominar.

As falas das adolescentes descrevem algumas das orientações recebidas de médicos ou enfermeiros durante o pré-natal e o puerpério, ainda na maternidade:

“A enfermeira e o médico ensinaram como dar de mamar e como segurar o bebê” (Orquídea).

“O médico e o enfermeiro orientaram como segurar para amamentar e fazer exercício no bico do peito para o bebê pegar” (Cravo).

“O médico explicou como é para dar de mamar ao bebê e observar se pega o bico do peito” (Gérbera).

“O médico ensinou como colocar a criança, lavar o peito depois de fazer alguma coisa porque o seio está suado e colocar a criança para arrotar depois de mamar” (Flor de Liz).

No Brasil, assim como em muitos outros países, a rede de saúde na atenção primária é pública e disponível à maioria das mulheres, e constitui a principal responsável pelo acompanhamento de gestantes durante o pré-natal e o binômio mãe-filho nos primeiros anos do bebê. Dos programas da área da saúde voltados para o incremento do aleitamento materno sobressai a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pela OMS/UNICEF em 1992 (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

O hospital onde as nutrizes adolescentes tiveram seus filhos faz parte desta iniciativa, que tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde e o próprio estabelecimento de saúde para prestarem informações corretas sobre a amamentação bem como adotarem práticas e rotinas favoráveis ao aleitamento. As falas a seguir mostram o apoio recebido na instituição:

“O serviço é muito bom, pois recebi apoio na amamentação e nos cuidados com o bebê. Após o parto, quando dei a primeira mama, a criança mamou bem e eficientemente, sendo elogiada pela pediatra que acompanhou o parto” (Orquídea).

“Na maternidade do hospital me disseram para eu amamentar e dar só o peito durante seis meses” (Girassol).

“Recebi apoio do hospital onde fiquei internada porque tive três inícios de aborto” (Dália).

“Recebi apoio do hospital após o parto durante 24 dias porque fiquei internada porque a glicemia do bebê estava abaixo do ideal” (Gerânio).

“Na maternidade do hospital foi dito a importância de amamentar” (Tulipa).

Para desempenhar suas atividades, o referido hospital também possui determinados serviços: um banco de leite humano, um centro especializado responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite maduro, com vistas à posterior distribuição às crianças dele

dependentes como fator de sobrevivência (GALVAO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006). Entre estes serviços, sobressai o banco de leite, por seu significativo papel na manutenção do aleitamento materno mediante orientações, tanto sobre os benefícios como sobre a forma correta de amamentar, evitando, assim, o desmame precoce.

Nos depoimentos das adolescentes que recorreram aos serviços do banco de leite comprovam-se estas palavras:

“Fiquei no banco de leite do hospital porque tinha dificuldade em amamentar a bebê no peito esquerdo” (Tulipa).

“Recebi apoio das enfermeiras do banco de leite que me ensinaram a fazer massagens no seio, colocar gelo e estimular o bebê a amamentar” (Flor-do-Campo).

Como parte da rede de saúde, inclui-se a Unidade Básica de Saúde, considerada a principal responsável pelo acompanhamento de gestantes durante o pré-natal e dos bebês na puericultura ou pediatria. São etapas decisivas nas quais a maior parte das mulheres formula os padrões de alimentação infantil. Nesse momento surgem as dificuldades para amamentar, além das pressões sociais para a introdução precoce de outros alimentos (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). Daí o posto de saúde ter sido mencionado como o lugar onde mais receberam orientação sobre amamentação durante o pré-natal, embora não tenha sido referida ajuda mais efetiva:

“No posto de saúde recebi orientação de como dar leite ao bebê e o tempo necessário para alimentá-lo” (Hortênsia).

“[Ela] Foi estimulada pelos médicos do posto de saúde a oferecer o leite materno a seus filhos” (avó).

Ao abordarmos a forma de apoio recebido pelas nutrizes adolescentes, consoante percebemos, sobressaíram os conselhos, muitos destes provenientes de suas mães. Elas apóiam as filhas, incentivam e algumas vezes até usam da autoridade de mãe. Como a maioria das mães teve a experiência da amamentação e comprovaram a importância do leite materno para a saúde da criança, agora incentivam suas filhas a amamentarem seus netos:

“Achava importante o aleitamento e por isso aconselhei minha filha à prática adequada para melhorar o desenvolvimento das crianças, além do leite materno ser uma economia porque se origina do corpo da mãe” (avó).

“Eu estimei minha filha a dar o leite materno, pois é mais forte e econômico já que ela não trabalha, só estuda. Tenho cuidado com meu neto e fiz inúmeras recomendações para minha filha, como limpar, colocar para arrotar e cuidar do horário da amamentação” (avó).

“Incentivei minha filha a amamentar porque o leite materno é bom para a criança e para a saúde da mãe, que se recupera mais rápido, além do leite materno ser gratuito” (avó).

A seguir são transcritas as falas das adolescentes e também as de algumas avós que receberam esse apoio de suas mães:

“Minha mãe fica com minha filha quando vou pra aula de manhã e dá a ela as mamadeiras de leite que tiro de manhã antes de ir para o colégio ou, então, quando não dá tempo, ela dá leite modificado” (Margarida).

“Minha mãe me ajuda a cuidar do bebê quando vou para o trabalho de manhã” (Tulipa).

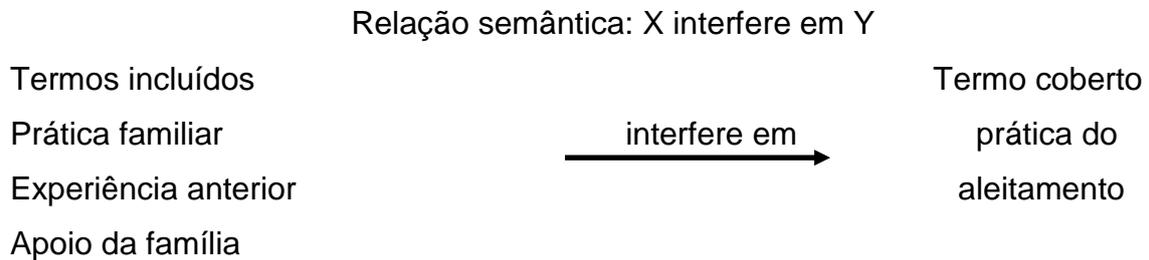
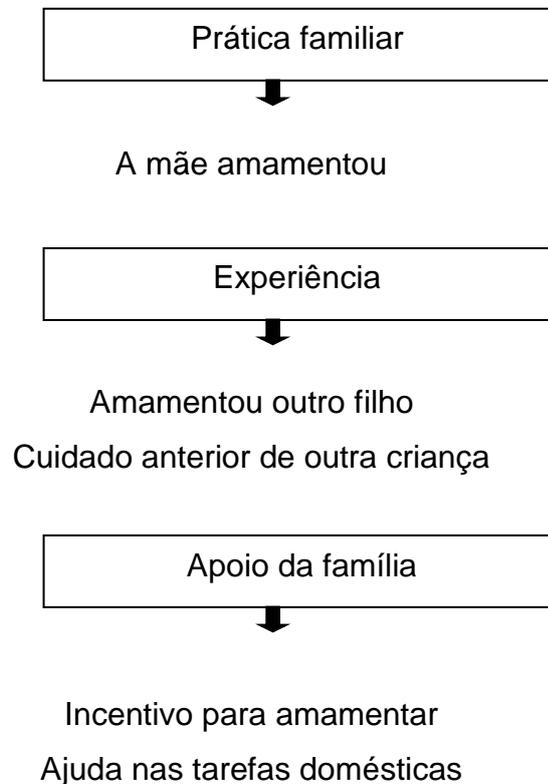
“Sou técnica de enfermagem, trabalho no Gonzaguinha (hospital), passo a noite no trabalho, mas durante o dia ajudo minha filha a cuidar da minha netinha” (avó).

“Minha mãe ficou com minha filha durante o primeiro ano de vida dela porque eu tinha que trabalhar, pois o pai dela não me ajudou a criá-la” (avó).

Discutidos os temas desta seção, passemos à análise dos fatores de ordem familiar que interferem no aleitamento materno descritos no domínio cultural 6 e na taxonomia 6.

5.5.6 Domínio cultural 6:

Fatores de ordem familiar que interferem no aleitamento materno

**Taxonomia 6**

Para Primo e Caetano (1999), a amamentação é percebida como uma herança transmitida ao longo das gerações. Como a avó e a mãe amamentaram, conseqüentemente a filha irá amamentar. Isto constitui uma prática familiar. Nas palavras de Giugliani (1994, p.143): “O aleitamento é uma arte feminina, transmitida de geração para geração”.

Segundo estudos descritos por Wambach e Cole (2000), a exposição prévia a modelos de amamentação e o fato de ter sido amamentada influenciam favoravelmente a gestante na decisão de amamentar.

Esta afirmação é comprovada no nosso estudo pois, conforme verificamos pelo roteiro da pesquisa, das 22 mães de nutrizes entrevistadas, 20 referiram ter amamentado sua filha, hoje nutriz. A seguir transcrevemos a fala de uma delas:

“Tive cuidado em estimular o aleitamento materno, já que a amamentei até os 2 anos de idade. Eu acredito que o leite materno é prático e eficiente para o bebê. Disse que o tempo ideal para amamentar são seis meses e um ano, no máximo, porque minha filha necessita trabalhar e estudar” (avó).

Segundo pesquisas relatadas por Gonçalves *et al.* (2003), a experiência em amamentação está fortemente relacionada com o início e o sucesso da amamentação natural. Os resultados indicam chances de sucesso no aleitamento materno dez vezes maiores entre as mães com experiência, quando comparadas àquelas que jamais amamentaram um filho. Ramos e Almeida (2003) complementam, ainda, que a literatura considera a falta de experiência como um fator de risco para o desmame precoce.

Entre as adolescentes entrevistadas, consoante identificamos, algumas já tinham outro filho e optaram por amamentá-los. Esta experiência é revelada nas falas transcritas a seguir:

“Tinha um filho antes de engravidar de gêmeos” e “Dificulta quando dou de mamar para dois” (Rosa).

“Tenho dois filhos, um de 1 ano e outro de 5 meses, que atualmente recebem toda minha atenção” (Camélia).

“Meu filho mais velho de 2 anos ainda mama e por isso tenho que dar leite ao meu filho mais novo” (Azaléia).

“Minha filha de 3 anos ainda mama e não se alimenta de quase nada além da amamentação e meu segundo filho que também mama teve que ser alimentado com outros alimentos porque não consigo dar de mamar a dois” (Gérbera).

Outro aspecto dessa experiência a ser destacado é aquele advindo do cuidado de outra criança, que não o seu filho, fato comum entre as famílias nas quais os membros participam no cuidado dos irmãos menores.

“Já sabia, tinha costume de cuidar e pegar em bebê” (Girassol).

Nas primeiras semanas após o parto, o apoio da família, particularmente da mãe, é essencial, pois é ela que vai ajudar a nutriz no cuidado com o bebê e durante o aleitamento, auxiliando nas dificuldades iniciais durante o estabelecimento da amamentação (PRIMO; CAETANO, 1999). O pai também constitui importante membro de apoio à mulher, sobretudo ao assumir tarefas domésticas, antes essencialmente femininas.

A seguir, as falas das nutrizes adolescentes e suas mães traduzem esse apoio:

“Incentivei e aconselhei minha filha a amamentar porque é importante para a saúde dos seus filhos” (avó).

“Aconselhei muito a ela a dar de mamar mais de seis meses, até porque não tinha dinheiro para comprar comida. Alertei que era importante para a saúde do bebê, já que o outro ela deu só dois meses e ele é bem magrinho” (avó).

“Meu companheiro me incentiva a amamentar nosso filho” e “Meu companheiro quando está em casa me ajuda nas tarefas domésticas para eu poder amamentar com qualidade” (Alfazema).

“Fui mãe muito jovem e tive o apoio do meu marido para amamentar” (avó).

5. 6 Identificando o tema cultural: A banalização do discurso dos profissionais de saúde como determinante da prática do aleitamento materno pelas nutrizes adolescentes

No nosso estudo a análise temática possibilitou a identificação do seguinte tema: A banalização do discurso dos profissionais de saúde como determinante da prática do aleitamento materno pelas nutrizes adolescentes.

Ao longo das entrevistas das nutrizes e suas mães, os conhecimentos delas sobre o assunto foram revelados de várias formas. Elas demonstraram saber as vantagens da amamentação, especialmente na prevenção de doenças infantis.

Como percebemos, a diversidade dos conhecimentos referidos emergiu de várias fontes, mas a principal foram os profissionais de saúde do serviço pré-natal.

Ao nos determos nas orientações recebidas pelas nutrizes durante o pré-natal, segundo observamos, estas reproduzem as mensagens sobre aleitamento materno, sem, contudo, aprofundar tal conhecimento quando questionadas.

Consoante apreendemos, embora elas não saibam a fundamentação desses conhecimentos, eles se fundem numa idéia central de forte impressão para as mães, qual seja: o leite materno é o melhor alimento para o bebê, como mostram as falas:

“[...] é a melhor forma de alimentação” (avó).

“[...] é o melhor para a criança” (Dália).

“[...] acho que é saudável, bom para o crescimento” (Rosa).

“o bebê está sendo alimentado apenas por leite materno [...] o alimento completo, bom para saúde e dentição” (Orquídea).

“O leite materno é [...] saúde e desenvolvimento correto para o bebê” (Hortênsia).

No pré-natal, particular atenção deve ser dispensada à gestante adolescente, sobretudo em decorrência da associação entre adolescência e maternidade, atualmente considerada um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. De modo geral, a gestante adolescente está sujeita a complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido. Conforme citação de Durhand (2004, p. 12), “a maternidade se expressa como um forte impacto biopsicossocial que se

soma às profundas modificações que caracterizam este período do desenvolvimento humano”.

Em relação a isto, é relevante ressaltar o seguinte: neste estudo, o aleitamento materno como fator essencial para a saúde da mãe foi identificado nos discursos das avós, mas não foi relacionado/lembrado pelas adolescentes como orientação recebida dos profissionais de saúde.

“Amamentar ajuda muito na saúde da mulher tanto ginecológica, quanto na menopausa [...]” (avó).

Apesar de haver o conhecimento sobre as vantagens e benefícios do aleitamento materno exclusivo, conforme verificamos, sua prática foi afetada por outros fatores que contribuíram para a introdução precoce de alimentação complementar.

“Não tenho interesse em amamentar o meu filho com aleitamento exclusivo até os 6 meses, porque pretendo voltar a estudar, não sendo possível amamentar até os 6 meses como recomendado pelos médicos” (Alecrim).

“Tive que alimentar minha filha com outros alimentos além do leite materno, porque vou ter que trabalhar [...]” (Cravo).

Como podemos depreender pelas falas, entre as adolescentes nutrizas foi comum a introdução precoce de outros alimentos para os bebês. A prática predominante identificada foi aleitamento materno + água + suco de frutas e/ou chás e o aleitamento misto. De acordo com o mencionado, todas as crianças eram menores de 6 meses.

“Dei mama mais água e suco por causa da sede” (Margarida).

Tal prática pode estar fundamentada na insegurança e falta de conhecimento sobre o leite materno como a melhor alimentação para a criança, porquanto algumas mulheres não acreditavam na sua capacidade de ter leite em quantidade suficiente e de boa qualidade para alimentar seus filhos.

“Nos primeiros dias não tinha leite” (Gerânio).

Também identificamos falsas crenças e mitos: pouco leite, leite fraco, leite insuficiente e o desconhecimento sobre os procedimentos corretos em algumas situações específicas do processo de aleitamento, como ferimentos e ingurgitamento mamário, e também o manejo.

“O mamilo ficou ferido no início” e “No início o leite ficou empedrado” (Amor-Perfeito).

Um ponto interessante a destacar é que estas adolescentes não estavam preparadas para a vivência da amamentação. Apesar de “informadas” e “orientadas” sobre a importância do aleitamento materno, isso não concorreu para a prática adequada ou recomendada. Dessa forma, a amamentação se revelou, para algumas delas, contraditória, pois o conhecimento recebido foi insuficiente para determinadas situações vivenciadas no processo de estabelecimento e manutenção do aleitamento.

Ao longo do pré-natal, 50% das adolescentes foram atendidas em sete ou mais consultas, número superior ao preconizado pela norma do Ministério da Saúde, e referiram ter recebido orientações sobre o aleitamento materno. Isto, porém, não repercutiu na prática recomendada pelo próprio MS e pela OMS. Portanto, a nosso ver, a ineficácia das orientações como subsídio da prática relaciona-se com a falta de aprofundamento dos conhecimentos repassados. Este fato, decorre, sobretudo, das condições do serviço, onde, muitas vezes, há excesso de pacientes e déficit de pessoal, impossibilitando ao profissional um atendimento personalizado, com estabelecimento de vínculo com a mãe, de forma a conhecer sua história de vida e seu entorno social.

Quando há o distanciamento entre as informações prestadas e as situações vivenciadas, ocorre um verdadeiro descompasso entre o discurso e a prática. Dentro desse cenário, com frequência observamos mães que iniciam a amamentação de maneira satisfatória, mas introduzem precocemente a alimentação complementar e/ou param de amamentar poucas semanas após o parto.

Para reverter esse quadro é preciso implantar ações sobre educação em amamentação, treinamento de profissionais de saúde e aconselhamento em amamentação, entre outras. Cada mulher é única e tem sua história de vida, daí a necessidade de ouvir a paciente e a partir dessa história construir uma nova dimensão no ato de educar. Conhecer sua realidade para abordar a amamentação mais próxima do seu contexto social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou ampliar a perspectiva sobre a vivência do aleitamento materno por nutrizes adolescentes. Tal amplitude favoreceu a identificação de algumas questões ligadas ao acompanhamento pré-natal bem como ao suporte familiar como mediadores da prática do aleitamento. Esperamos que estas reflexões possam subsidiar o aperfeiçoamento do serviço prestado pela rede de saúde às gestantes adolescentes.

Para a literatura científica, à unanimidade, a amamentação é a melhor forma de nutrição infantil e são inúmeras as pesquisas acerca dos aspectos nutricionais, imunológicos, protetores do leite materno, benefícios para a saúde da mãe, vantagens para a família e toda sociedade. Nesse aspecto, concordamos com Ichisato e Shimo (2001, p. 75), segundo os quais a amamentação “[...] é uma escolha individual que se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, portanto influenciada pela sociedade e pelas condições de vida da mulher”.

De modo geral, a prática do aleitamento materno tem sido considerada uma das estratégias fundamentais para a promoção da saúde e nutrição infantil, particularmente na diminuição da morbimortalidade infantil em todo o mundo, sobretudo em países subdesenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. No entanto, na nossa ótica, o aleitamento materno deve ser visto além do recorte biológico, cuja responsabilidade é exclusiva da mulher. Inegavelmente a sua prática está sujeita a fatores socioculturais, emocionais, psicológicos, biológicos e econômicos, entre outros.

Apesar da gravidez na adolescência constituir, atualmente, um problema de saúde pública, em constante expansão, a rede de saúde não se encontra preparada para atender às necessidades prioritárias no acompanhamento pré-natal das adolescentes, que têm peculiaridades especiais inerentes a essa faixa etária, complexa em vários aspectos.

Entre as adolescentes determinadas motivações influíram na decisão de amamentar. Estas foram bem diversificadas, desde as orientações recebidas durante o pré-natal até a própria opção por este ato. A saúde do bebê foi relacionada como importante motivação para esta decisão. Como revelaram as falas nem todas as motivações foram positivas, pois algumas mães amamentavam por obrigação, embora reconhecessem ser isto o melhor para seu filho.

Contudo, conforme nossos achados, nenhum destes fatores foi decisivo para a prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. Algumas intercorrências específicas do processo de aleitamento, as dificuldades no manejo, os mitos e crenças, o retorno à escola ou ao trabalho foram motivos para a introdução precoce de alimentação complementar. Nesse sentido, há de se destacar a falta de conhecimentos tanto das nutrizes adolescentes quanto de suas mães no manejo das dificuldades e importância atribuída às crenças. Aqui mencionamos a abordagem da atenção pré-natal, que foi pouco efetiva na prevenção destas questões.

Os fatores emocionais e físicos envolvidos na amamentação também foram relacionados. Entre estes, sobressaiu o contato físico entre mãe-filho proporcionado pela amamentação, expresso por meio de sentimentos e emoções: amor, proteção, carinho, felicidade, aproximação, realização.

Quanto às sensações físicas, foram relatados: cólicas, cansaço, falta de sono, desgaste físico, tonturas, mamilos doloridos, entre outros. Todas essas provocam desconforto e, para evitar transformar a amamentação numa experiência negativa, o manejo desse processo e as prováveis dificuldades dele decorrentes devem ser expostos para a mulher ainda no pré-natal. Mascará-los e/ou não mencioná-los no momento certo pode prejudicar a evolução da amamentação. Embora existam as consequências negativas, as positivas devem ser enfatizadas para despertar na mulher o desejo de amamentar. Esta atitude certamente ajudará as futuras mães a entenderem melhor a ambigüidade e complexidade do aleitamento materno e, desse modo, contribuirá para maiores chances de êxito.

Ao enfocarmos a rede social de apoio na prática do aleitamento materno entre as adolescentes, nossa pesquisa corroborou as pesquisas que sustentam ser o apoio familiar, principalmente do companheiro e da mãe, fatores importantes na escolha da alimentação da criança. Contudo, várias pesquisas associam as avós ao desmame precoce por crenças e experiências vividas em seus processos de amamentação.

Em relação ao nosso pressuposto inicial da experiência/histórico das mães subsidiarem a prática do aleitamento de suas filhas, neste estudo, não se confirmou. As mães sobressaíram mais na rede de apoio às nutrizes adolescentes, seja no cuidado do bebê quando elas vão para a escola e/ ou trabalho, seja na ajuda na criação do bebê, quando a adolescente mora com ela, e no apoio financeiro. Também têm papel essencial nesta rede o companheiro, irmãos, tias, sogra e os profissionais de saúde, como principal fonte de informação.

Quanto a isto, reconhecemos a importância da informação profissional como fonte de conhecimento e entendimento das mães no referente aos benefícios e vantagens do aleitamento materno para a saúde dos seus filhos. No entanto, o contexto cultural das nutrizes adolescentes precisa ser (re) conhecido, como forma de identificar as questões fundamentais a serem aprofundadas e pensar novas estratégias passíveis de superar a denominada banalização do discurso, ou seja, a simples repetição de mensagens sem maior aprofundamento, o que se revela ineficaz como suporte de promoção do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de idade, conforme os achados do presente estudo.

REFERÊNCIAS

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

ALVES, João Guilherme B. Baixo peso ao nascer e desmame precoce: novos fatores de risco para aterosclerose. *J. Pediatr., Rio J.*, Porto Alegre, v. 80, n. 4, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 18 jan. 2009. doi: 10.1590/S0021-75572004000500018.

ARANTES, Cássia I. S. Amamentação: a visão das mulheres que amamentam. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 71, suplemento 4, p. 195-202, 1995.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado, o mito do amor materno*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BARREIRA, Sandra Mara Chaves; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2004.

BATTOCHIO, Ana Paula Ronquesel; SANTOS, Adriane Gasparino dos; COELHO, Cláudio. Leite materno: considerações sobre nutrientes específicos e seus benefícios. *Rev Bras Nutr Clin*, v.18, n.3, p. 136 - 141, 2003.

BELEZA, Ana Carolina Sartorato *et al.* Orientações sobre o aleitamento materno inseridas na prática do cuidado pré-natal no Brasil. *Revista HISPECI & LEMA*, Bebedouro, v. 9, p. 78-80, 2006.

BLACK, Robert E.; VICTORA, Cesar G. Optimal duration of exclusive breastfeeding in low income countries. *BMJ*, v. 325, p. 252-253, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p.

CARRASCOZA, Karina Camillo; COSTA JÚNIOR, Áderson Luiz; MORAES, Antônio Bento Alves de. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-440, out./dez. 2005.

CARVALHAES, Maria Antonieta B.L. *et al* . Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 5, out. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>> Acesso em: 18 jan. 2009.

CAMPESTRINI, Selma. *Tecnologia simplificada na amamentação*. Curitiba: Universitária Champagnat, 1991.

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 8, n. 3, maio/jun. 2007.

COSTA, Maria Conceição Oliveira *et al*. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas maternas com resultado neonatal. *Rev Baiana Saúde Pública*, Feira de Santana, BA, v. 29, n. 2, p. 300-312, jul./dez. 2005.

DEWEY, Kathryn G.; COHEN, Roberta J.; RIVERA, Leonardo Landa; BROWN, Kenneth H. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breast-fed infants in Honduras. *Am J Clin Nutr*, v.67, n. 5, p. 878-884, 1998.

DUARTE, Cristina Maria; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; AKERMAN, Marco. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Rev Panam Salud Publica*, v. 19, n. 4, p. 236-243, 2006.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, p. 139-154. mar. 2002.

DUARTE JUNIOR, Sebastião Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência pré-natal no programa saúde da família. *Esc. Anna Nery*, v.10, n.1, p.121-125, abr. 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo>. Acesso em: 25 jan. 2009.

DURHAND, Silvina Beatriz. Amamentação na adolescência: utopia ou realidade? *Adolescência & Saúde*, v. 1, n. 3, p. 12-16, set. 2004.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro. O papel dos avós na maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 205-212, abr./jun. 2005.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out. 2006.

FARIAS, Dóris Helena Ribeiro. *Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas*. 2008. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2008.

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

GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; VASCONCELOS, Simone Gonçalves; PAIVA, Simone de Sousa. Mulheres doadoras de leite humano. *Acta Paul Enferm*, v. 19, n. 2, p. 157-161, 2006.

GIUGLIANI, Elsa R. J. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, v.70, n. 3, p. 138 - 151, 1994.

_____. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, v.76, n.3, p. S238 - S252, 2000.

GIUGLIANI, Elsa R. J; VICTORA, Cesar G. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: embasamento científico. OPAS/OMS, 1997.

GOMES, Priscila Tsupal Tenório. *Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na segunda etapa da campanha nacional de vacinação nos postos de saúde fixos da cidade de Guarapuava – PR, em 2004*. Ribeirão Preto, 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, Universidade de São Paulo, 2005.

GONÇALVES, Maria Bernadete *et al.* Prevalência do aleitamento materno entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999-2000, Maringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 25, n.6, p. 115-124, 2003.

GRIECO, Sara Matthews. Breastfeeding, wet nursing and infant mortality in Europe (1400-1800). In: UNICEF. *Historical perspectives on breastfeeding*. Florence, p.15-25. 1991.

GUERRA, Alessandra Fontes Ferreira da Silva; HEYDE, Maria Emília Daudt Von Der; MULINARI, Rogério Andrade. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.3, mar. 2007.

GUIMARÃES, Eleuse M. de Brito; ALVES, Maria de Fátima da C.; VIEIRA, Maria Aparecida da S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia-GO - *Revista da UFG*, v. 6, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

GUSMAN, Christine Ranier. Os significados da amamentação na perspectiva das mães. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, Universidade de São Paulo, 2005.

ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.9, n. 5, p.70 - 76, set./out. 2001.

KASSAR, Samir B. *et al.* Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n.3, p. 293-299, jul. / set. 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANA, Adolfo P. B. O livro de estímulo à amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEITE, Christiane Araujo Chaves; MARQUES, Mikaelle Severo. Inadequação do uso do leite de vaca integral no primeiro ano de vida. *Rev Pediatr Ceará*, v. 7, n.1, p. 33-35, jan./jun. 2006.

MACHADO, Bárbara Rosa Gallego. Influencia de la educación sanitaria em madres adolescentes em su conducta para lactar. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, v.17, n.3, p.244-247, 2001.

MACHADO, Márcia Maria Tavares. *A conquista da amamentação: o olhar da mulher*, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Compreendendo a prática do aleitamento materno exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infant.*, Recife, v.4, n.2, p. 187-196, abr./ jun. 2008.

MARCIANO, Edinael *et al.* Influências e motivações na exposição à gravidez na adolescência: Axixá do Tocantins, 2003. *Revista da UFG*, v. 6, n. especial, dez., 2004. Disponível em: www.proec.ufg.br. Acesso em: 22 fev. 2009.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloíza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Universidade Federal de Viçosa. [2008?]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br>. Acesso em: 29 mar. 2009.

MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão *et al.* Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2001-2012. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 269p.

MONTEIRO, Denise Leite Maia. Gestação na adolescência e assistência multidisciplinar. *JAMA-GO*, v.3, n.3, p. 58-68, 1995.

MORGANO, Marcelo A. *et al.* Composição mineral do leite materno de bancos de leite. *Ciênc. Tecnol. Aliment.*, Campinas, v. 25, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 13 jan. 2009.

NAKANO, Ana Márcia Span o. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: os limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p. 355- 363, 2003.

NEJAR, Fabíola Figueredo *et al.* Padrões de aleitamento materno e adequação energética . *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 64-71, jan./fev. 2004.

OLIVEIRA, Lucivalda P. Magalhães *et al.* Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1519-1530, set./out. 2005.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p. 1901-1910, nov./dez. 2005.

OLIVEIRA, Andréia Andrade; CASTRO, Sheila Vieira e; LESSA, Nilma Maria Vargas. Aspectos do aleitamento materno. *NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição*, Ipatinga, MG, v. 2, n. 2, fev./jul. 2008.

PARAGUASSU, Ana Lúcia C. B. *et al.* Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 17 jan. 2009.

PONTE JUNIOR, Gerardo Magela; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 17 jul. 2007.

PRIMO, Cândida C.; CAETANO, Laíse C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 75, n.6, p.449-455, 1999.

RAMOS, Carmen V.; ALMEIDA, João A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

REA, Marina Ferreira. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.3, p.241-249, 1990.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*, v.19, suplemento 1, p.37-45, 2003.

_____. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 5, supl. 142-146, 2004.

REA, Marina Ferreira; TOMA, Tereza Setsuko. Proteção do leite materno e ética. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n.4, p. 388-395, 2000. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 20 jan. 2009.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SELLTIZ, C. *et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Herder/EPU, 1974.

SENA, Maria Cristina Ferreira. Prevalência do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal e sua associação com o trabalho materno fora do lar. 1997. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 1997.

SILVA, Antonio A. M. *Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira*. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo, 1990.

SILVA, Amauri Pinto da; SOUSA, Nelson de. Prevalência do aleitamento materno. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.18, n.3, p. 301-310, maio./jun. 2005.

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

SILVA, Isilia Aparecida. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.3, n. 1, p.7-14, jan./jun. 2001.

_____.A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. *Rev. bras. enferm.*, v. 58, n. 6, p. 641-646, 2005.

SILVA, Deusivania Vieira; SALOMÃO, Nádía Maria Ribeiro. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n.1, p.135-145, 2003.

SIMÕES, Vanda Maria Ferreira *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.

SOUSA, Fátima Regina Nunes de *et al.* O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2004.

SPALLICCI, Maria Delizete Bentivegna *et al.* Aspectos perinatais do aleitamento materno: orientações durante o pré-natal. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 5: 2000: Rio de Janeiro/ CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 5: Rio de Janeiro : SBP/FEBRASCO, v. 5. p. 102-117, 2000.

SPRADLEY, James P. *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979. 247p.

_____. *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980. 195p.

SUSIN, Lúlie R. O.; GIUGLIANI, Elsa R. J.; KUMMER, Suzane C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005.

TAKUSHI, Sueli Aparecida Moreira *et al.* Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Rev. Nutr.*, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

TEIXEIRA, Marizete Argolo *et al.* Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto contexto / enferm.*, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

TRINDADE, Ana Luiza de Jesus; LINHARES, Eliane Fonseca; ARAÚJO, Rosália Teixeira de. Aleitamento materno: conhecimentos das puérperas a respeito dessa prática. *Rev. Saúde. Com.*, v. 4, n. 2, p. 123-133, 2008.

VENANCIO, Sonia Isoyama. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, RJ, v. 79, n. 1, 2003.

VIEIRA, Maria de Lourdes F. *et al.* Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 343 – 348, dez. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

VIEIRA, Maria L. F.; PINTO e SILVA, João L. C.; BARROS FILHO, Antonio A. A amamentação e a alimentação complementar são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p.317-324, 2003.

WAMBACH, Karen A.; Cole, Cynthia. Breastfeeding and Adolescents. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*, v. 29, p. 282- 299, 2000.

WEIGERT, Enilda M. L. *et al.* Influência da técnica de amamentação no aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 4, 2005.

WERUTSKY, Natalia Mira de Assumpção *et al.* Avaliação e recomendações nutricionais específicas para a gestante e puérpera gemelar. *Rev. Einstein*, v. 6, n. 2, p. 212 - 220, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Nutrition and attitudes among health personnel about early infant-feeding. practices. The WHO's infant feeding recommendation. *Wkly Epidemiol Rec.*, v. 70, n.17, p. 119-12, 1995.

_____. The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. *Indian Pediatr*, v. 38, n. 5, p. 565-567, 2001.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 28, n.8, ago. 2006.

ANEXO

ANEXO A

Quadro Demonstrativo do SINASC



SECRETARIA DA SAÚDE DE FORTALEZA - COPS/CEVEPI
 CÉLULA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
 NASCIDOS VIVOS - SINASC-Fortaleza

Cobertura: Total de Declarações de Nascidos Vivos emitidas em Fortaleza digitadas até às 20h do último dia útil.

Incluem nascimentos ocorridos em Fortaleza de residentes locais e do interior.
 (CNV revisados em DEZ/2007.)

por Fx.Etária Mãe(10) segundo mês do Nascimento

Estabelecimento: 2499363-HOSP

Munic Resid-CE Mãe: 230440 Fortaleza

Munic Ocorr-CE: 230440 Fortaleza

Local Ocorrência: Hospital

Período: 2007

Mês do Nascimento	10-19a	20-29a	30-39a	40-49a	Total
TOTAL	789	1.801	838	101	3.529
Jan	58	148	71	11	288
Fev	63	114	59	10	246
Mar	57	147	52	8	264
Abr	61	192	86	11	350
Mai	55	158	78	10	301
Jun	61	167	47	6	281
Jul	74	138	70	4	286
Ago	68	152	79	7	306
Set	69	157	79	7	312
Out	71	156	69	8	304
Nov	77	145	72	8	302
Dez	75	127	76	11	289

[Copia como .CSV](#)

[Copia para TabWin](#)

www.saudefortaleza.ce.gov.br

Seção criada em Out/2003

by Ricardo Gurgel - SMS

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO PARA AS ADOLESCENTES Nº _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: () Residência () Outro: _____

Data de nasc.: _____

A - Escolaridade:

1. () Analfabeto
2. () Fundamental incompleto
3. () Fundamental completo
4. () Médio incompleto
5. () Médio completo
6. () Superior incompleto

B - Renda da família:

1. () Sem rendimento
2. () < 1 salário mínimo
3. () 1 salário mínimo
4. () > 1 salário mínimo
5. () > 2 salários mínimo

C - Sexo da criança: 1. () Masc. 2. () Fem.

D - DN da criança: _____ Meses: _____

E - Peso ao nascer da criança: _____

F - Nº de filhos: _____

G - Já amamentou? 1. () Não 2. () Sim. Quantos? _____

Tipo: _____ Duração: _____

H - Estado civil: _____

I - Vive com o companheiro? 1. () Não 2. () Sim

J - Residência: 1. () Própria 2. () Mora com a família

3. () Outro _____

2. DADOS REFERENTES AO PRÉ-NATAL

Nº de consultas: _____

Foi realizado exame de mamas? 1. () Não 2. () Sim. Qual profissional? _____

Foi dada orientação sobre amamentação? 1. () Não 2. () Sim. Quais? _____

3. QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Você está amamentando? 1. () Não 2. () Sim

Por quê?

Como:

1. () AME

2. () AME + água

3. () AME + água + chá

4. () Aleitamento misto

Horário:

1. () Livre demanda

2. () Determinado. Qual? _____ Por quê? _____

2. Por quanto tempo pretende amamentar (exclusivo e parcial)?

3. Como você se sente ao amamentar (aspecto físico e emocional)?

4. Você encontrou alguma dificuldade na amamentação?

1. () Não. 2. () Sim. Qual? _____

5. Você teve ajuda/apoio de alguém para amamentar?

1. () Não () Sim. De quem? _____

APÊNDICE B**FORMULÁRIO PARA AS MÃES DAS ADOLESCENTES Nº _____****1. DADOS IDENTIFICATÓRIOS:**

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data da entrevista: ____/____/____

1. Quantos filhos você teve?

2. Você amamentou? 1.() Não. 2. () Sim. Quantos filhos?

3. Você lembra como amamentou? (se exclusivo, misto) e por quanto tempo?

4. Por que decidiu amamentar? Ou parar? (conforme os diferentes filhos).

5. Como você sentiu-se ao amamentar (aspecto físico e emocional)? (conforme os diferentes filhos).

6. Foi vantajoso para você amamentar?

1. () Não. 2. () Sim. Quais vantagens?

7. Foi difícil amamentar?

1. () Não. Por quê?

2. () Sim. Por quê? _____

8. Você teve ajuda/apoio de alguém para amamentar?

1. () Não. 2. () Sim. De quem? _____

9. Você incentivou sua filha a amamentar?

1. () Não. Que orientação você deu para a alimentação da criança? _____

2. () Sim. Por quê? Como fez? _____

APÊNDICE D**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO PÓS-INFORMADO**

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Jocelia Abreu Juaçaba dos procedimentos utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, e concordo em participar da pesquisa. Foi-me garantido o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Fortaleza, _____ de _____ de 200_____.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)