UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL

**O processo de amamentação e suas implicações na vida
da mãe adolescente**

RIBEIRÃO PRETO
2017

CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL

O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe
adolescente

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao
Adolescente

Orientador: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

Coorientador: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-
Sponholz

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Leal, Caroline Cândido Garcia

O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente.
Ribeirão Preto, 2017.
245 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

Coorientador: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

1. Adolescente. 2. Aleitamento materno. 3. Photovoice. 4. Estudo qualitativo.
5. Enfermagem.

LEAL, Caroline Cândido Garcia

O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICO ESTE TRABALHO À MINHA FAMÍLIA...

*Aos meus pais, **Genuefa** e **Janio**, meus portos seguros. Obrigada pelo exemplo de vida e por cuidarem da Teodora com tanto amor e dedicação.*

*Ao meu marido **Tiago**, pela companhia, amor, compreensão e pelo pai maravilhoso que é. Amo a história que construímos juntos e o que ainda vamos construir.*

*À minha filha **Teodora** de 4 anos, por nos divertirmos juntas nas brincadeiras, pela alegria de viver e pelo amor incondicional.*

*Às minhas irmãs, **Jacqueline** e **Aline**, por todo o carinho e amor. Vocês sempre estiveram em meu coração.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, por me presentear com a vida e por me dar a oportunidade de realizar meus sonhos.

À querida Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, minha orientadora, pelo carinho, por me incentivar, me dar força e pela credibilidade em desenvolver este trabalho. Você foi fundamental para a concretização deste sonho. Muito obrigada!

À querida Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, minha coorientadora, por me conduzir há 15 anos no caminho do conhecimento. Agradeço por seus valiosos ensinamentos. Aprendi e aprendo muito com você. Muito obrigada!

As mães adolescentes que participaram deste estudo, pela confiança e por me darem a oportunidade de conhecer e fazer parte da história de cada uma.

AGRADECIMENTOS

À Profa Dra. Fabiana Vilela Mamede e Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva pelas contribuições importantes no exame de qualificação. Obrigada por toda a ajuda!

À Profa Dra. Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves pela grande disposição e disponibilidade em me ajudar e pelas considerações importantes para este trabalho. Muito obrigada!

À querida Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano (in memoriam), por despertar em mim a paixão pelo conhecimento em aleitamento materno em suas aulas e estágios, durante a minha graduação e pós-graduação. Minha eterna gratidão e admiração.

À minha amada família (avós, tios, primos, afilhados e cunhados), todos que estão em meu coração sempre.

Às minhas amigas Samantha Midori Inokoshi de Sousa e Ana Paula de Carvalho, pela amizade verdadeira, pelas palavras de incentivo, momentos de descontração, de alegria e apoio, e à Samantha, especialmente, por cuidar com amor da minha filha Teodora, em momentos que precisei.

Aos meus sogros, Sidinéia e Fausto, pelo carinho e por cuidarem da minha filha sempre que precisei, com amor e atenção.

À amiga querida Danielle Cristine Martins, sempre pronta a me ajudar, permitindo a concretização deste estudo. Minha gratidão é eterna!

Às queridas amigas Aidê, Ivany, Maria Regina, Sílvia e Zigmar pelo carinho e por compartilharem momentos importantes da minha vida.

*À amiga **Maria Angélica Motta da Silva Esser**, muito querida, pela contribuição para este estudo e pelos momentos de descontração.*

*A todos os meus **alunos e ex-alunos**, em especial à **Joseane da Silva Barbieri**, pelo carinho e contribuição especial para a realização deste trabalho.*

*Aos **docentes e funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública e à **Shirley**, pelo carinho e atenção de sempre.*

*À **Universidade Paulista de Ribeirão Preto**, pela oportunidade de realização desta qualificação profissional.*

*À **Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto**, pela autorização para a coleta de dados.*

*Às **Unidades de Saúde de Ribeirão Preto e profissionais** que lá se dedicam ao atendimento de adolescentes.*

*A **todos** que colaboraram, de forma direta e indireta, para a concretização deste estudo.*

RESUMO

LEAL, Caroline Cândido Garcia. **O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente**. 2017. 245 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A amamentação possui vários benefícios para a saúde da criança, mulher-mãe, família, sociedade e planeta, se constituindo em uma prática importante. Entretanto, recebe influências sociais, culturais e econômicas que resultam das condições concretas em que a mulher-mãe-nutriz vive e que, na situação especial de ser adolescente, pode resultar no desmame. Este estudo teve como objetivo geral compreender a vivência de amamentação de um grupo de mães adolescentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com utilização do método *photovoice*, desenvolvida junto a um grupo de 12 mães adolescentes que compareceram, em consulta puerperal e ou de puericultura, à rede de atenção primária à saúde do município de Ribeirão Preto - SP. Com a aprovação do Comitê de Pesquisa local (CAAE: 50437515.2.0000.5393), a coleta de dados foi desenvolvida entre março de 2016 e fevereiro de 2017. Os dados foram coletados, em grande parte, no domicílio das mães adolescentes, por meio de duas entrevistas (uma estruturada, para caracterização das participantes e outra não estruturada, para investigação da vivência em amamentação) e uma sessão de grupo focal. Os dados foram transcritos e analisados, de acordo com a análise temática indutiva, sob o referencial teórico da Psicologia sócio-histórica de Vygotski. Os resultados foram descritos e analisados em torno de três temas: Construindo sua história em amamentação; Revelando singularidades do cotidiano da amamentação das mães adolescentes; Saberes e práticas construídos pelas mães adolescentes. O cotidiano de amamentação das mães adolescentes é fortemente influenciado pelo apoio de seu meio familiar e social que pode se constituir em fator facilitador ou dificultador da amamentação. A mãe da adolescente é a pessoa mais influente na iniciação e manutenção da amamentação, seguida do pai do bebê, parentes e profissionais de saúde, que ora apoiam ora desestimulam essa prática. Também vivenciam a solidão e/ou desamparo e até o abandono por parte da família ou do meio social. Somam-se as responsabilidades dos afazeres domésticos e dos cuidados com o filho, as dificuldades de permanência na escola e de trabalho fora do lar e a conciliação com a amamentação. O aleitamento materno influencia em necessidades de lazer, sono e repouso. Por outro lado, a satisfação das necessidades de conforto e de higiene e fatores como a calma, paciência e persistência em amamentar facilitaram o cotidiano em amamentação da mãe adolescente. Seus saberes e práticas em amamentação são construídos por meio da observação de mulheres de sua convivência, de experiências anteriores e de informações dos profissionais de saúde, que ora incentivam, ora desestimulam a amamentação. Essa construção está pautada na perspectiva biológica da amamentação. As mães apresentam preocupação com a estética mamária e absorvem as crenças, tradições e o modo de vida de suas

culturas familiar e social. Consideramos a necessidade de o enfermeiro dar vez e voz às diversas faces que permeiam o contexto de vida individual, familiar e social das adolescentes, por meio de uma atitude de escuta acolhedora para a construção de vínculo de confiança em toda e qualquer oportunidade de contato com elas, a fim de favorecer a amamentação.

Palavras-chave: Adolescente. Aleitamento materno. *Photovoice*. Estudo qualitativo. Enfermagem.

ABSTRACT

LEAL, Caroline Cândido Garcia. **The breastfeeding process and its implications in the life of the teenage mother**. 2017. 245 p. Dissertation (Doctoral degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Breastfeeding has several health benefits for child and mother, family, society and planet, being an important practice. However, it receives social, cultural and economic influences that result from the concrete conditions in which the woman-mother-nursing mother lives; and regarding the special situation of being an adolescent, it can result in weaning. This study aimed to understand the experience of breastfeeding in a group of teenage mothers. This is a *photovoice* qualitative research developed with a group of 12 teenage mothers, who attended the puerperal appointment and/or the childcare visits at the primary health care network in the city of Ribeirão Preto-SP. After the approval of the Ethics Research Committee (CAAE: 50437515.2.0000.5393), the data collection was performed from March 2016 to February 2017. Data were collected largely in the teenage mothers' home, through two interviews (one structured to characterize the participants and the other unstructured to investigate the experience of breastfeeding) and a focus group session. Data were transcribed and analyzed according to the thematic inductive analysis, using as theoretical reference the socio-historical Psychology of Vygotsky. The results were described and analyzed around three themes: Building a breastfeeding history; Revealing singularities of the breastfeeding routine of teenage mothers; Knowledge and practices built by teenage mothers. The breastfeeding routine of teenage mothers is strongly influenced by the support of their family and social environment, which can be a facilitating or difficult factor for breastfeeding. The mother of the teenage mother is the most influential person in the initiation and maintenance of breastfeeding, followed by the baby's father, relatives and health professionals, who can encourage or discourage this practice. They also experience loneliness and/or helplessness and even abandonment by the family or the social environment. The responsibilities of household chores and childcare, difficulties in staying at school and of working outside home and its reconciliation with breastfeeding are faced in this situation. Breastfeeding influences leisure, sleep and rest needs. On the other hand, the satisfaction of the needs of comfort and hygiene and factors such as calmness, patience and persistence in breastfeeding facilitated the breastfeeding routine of the teenage mother. Their knowledge and practices in breastfeeding are built through the observation of women from their coexistence, previous experiences and information from health professionals, who can encourage or discourage breastfeeding. It is necessary for nurses to give voice to the various faces that permeate the individual, family and social life context of adolescents, through a welcoming listening attitude to build a bond of trust in any opportunity to contact them to encourage breastfeeding.

Keywords: Adolescent. Breastfeeding. *Photovoice*. Qualitative Study. Nursing.

RESUMEN

LEAL, Caroline Cândido García. **El proceso de lactancia materna y sus implicaciones en la vida de la madre adolescente**. 2017. 245 h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La lactancia materna tiene varios beneficios para la salud del niño, madre, familia, sociedad y planeta, constituyéndose en una práctica importante. Sin embargo, recibe influencias sociales, culturales y económicas que resultan de condiciones concretas en que la mujer-madre-nutriz vive y que, en la situación especial de ser adolescente, puede resultar en el destete. Este estudio objetivó comprender la vivencia de la lactancia de un grupo de madres adolescentes. Se trata de una investigación cualitativa con la utilización del método *photovoice*, desarrollada con un grupo de 12 madres adolescentes que asistieron, en consulta puerperal y/o de puericultura, a la red de atención primaria a la salud del municipio de Ribeirão Preto-SP. Con la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CAAE: 50437515.2.0000.5393), la recolección de datos fue desarrollada entre marzo de 2016 y febrero de 2017. Los datos fueron recolectados, en gran parte, en el domicilio de las madres adolescentes, por medio de dos entrevistas (una estructurada, para caracterización de las participantes y otra no estructurada, para investigación de la vivencia en lactancia) y una sesión de grupo focal. Los datos fueron transcritos y analizados, de acuerdo con el análisis temático inductivo, bajo el referencial teórico de la Psicología socio-histórica de Vygotski. Los resultados fueron descritos y analizados en torno de tres temas: Construyendo su historia en lactancia; Revelando singularidades del cotidiano de la lactancia de las madres adolescentes; Saberes y prácticas contruidos por las madres adolescentes. El cotidiano de la lactancia de las madres adolescentes está fuertemente influenciado por el apoyo del medio familiar y social que puede constituirse en factor facilitador o dificultador de la lactancia. La madre de la adolescente es la persona más influyente en la iniciación y el mantenimiento de la lactancia, seguida del padre del bebé, parientes y profesionales de salud, que apoyan o desestimulan esa práctica. También vivencian la soledad y/o desamparo y hasta el abandono por parte de la familia o del medio social. Se suman las responsabilidades de los quehaceres domésticos y de los cuidados con el hijo, las dificultades de permanencia en la escuela y de trabajo fuera del hogar y la conciliación con la lactancia. La lactancia influye en las necesidades de ocio, sueño y reposo. Por otro lado, la satisfacción de las necesidades de confort e higiene y factores tales como la calma, paciencia y persistencia en amamantar facilitaron el cotidiano de la lactancia de la madre adolescente. Sus saberes y prácticas en lactancia son contruidos por medio de la observación de mujeres de su convivencia, de experiencias anteriores y de informaciones de los profesionales de salud, que estimulan o desestimulan la lactancia. Esta construcción está pautada en la perspectiva biológica de la lactancia. Las madres presentan preocupación por la estética mamaria y absorben las creencias, tradiciones y modo de vida de sus

culturas familiares y sociales. Es necesario que el enfermero dé voz a las diversas caras que permean el contexto de vida individual, familiar y social de las adolescentes, por medio de una actitud de escucha acogedora para la construcción de un vínculo de confianza en toda oportunidad de contacto con ellas, con el fin de favorecer la lactancia.

Palabras clave: Adolescente. Lactancia materna. *Photovoice*. Estudio cualitativo. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Câmera fotográfica oferecida às participantes.....	69
Figura 2	Fotografia produzida pela participante Paty.....	101
Figura 3	Fotografia produzida pela participante Mari.....	107
Figura 4	Fotografia produzida pela participante Sandy.....	114
Figura 5	Fotografia produzida pela participante Juju.....	119
Figura 6	Fotografia produzida pela participante Mel.....	131
Figura 7	Fotografia produzida pela participante Susi.....	135
Figura 8	Fotografia produzida pela participante Bela.....	138
Figura 9	Fotografia produzida pela participante Mari.....	141
Figura 10	Fotografia produzida pela participante Susi.....	144
Figura 11	Fotografia produzida pela participante Sandy.....	147
Figura 12	Fotografia produzida pela participante Sandy.....	150
Figura 13	Fotografia produzida pela participante Sandy.....	154
Figura 14	Fotografia produzida pela participante Sandy.....	155
Figura 15	Fotografia produzida pela participante Bia.....	165
Figura 16	Fotografia produzida pela participante Paty.....	169
Figura 17	Fotografia produzida pela participante Mari.....	171
Figura 18	Fotografia produzida pela participante Bia.....	176
Figura 19	Fotografia produzida pela participante Paty.....	183

LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Bancos de Leite Humano
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Media Players
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SP	São Paulo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UNICEF	United Nations Children's Fund
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1.	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	Aleitamento materno: da prioridade à realidade.....	21
1.2	Determinantes da amamentação e do desmame.....	26
1.3	Adolescência: da maternidade ao aleitamento materno.....	35
2.	OBJETIVOS.....	44
2.1	Objetivo Geral	45
2.2	Objetivos Específicos.....	45
3.	PRESSUPOSTO.....	46
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	48
4.1	A perspectiva sócio-histórica no processo de amamentação na adolescência.....	49
5.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	58
5.1	Caracterização do estudo.....	59
5.2	Local do estudo.....	60
5.3	Participantes do estudo.....	62
5.4	Procedimentos de coleta de dados.....	63
5.4.1	Entrevistas individuais.....	63
5.4.2	<i>Photovoice</i>	65
5.4.2.1	Estabelecer relações de confiança com a comunidade e consultá-la.....	68
5.4.2.2	Planejar o <i>photovoice</i>	68
5.4.2.3	Recrutar as participantes para o <i>photovoice</i> , introduzir a metodologia <i>photovoice</i> às participantes e facilitar uma discussão de grupo sobre imagem, poder e ética.....	69
5.4.2.4	Iniciando o <i>photovoice</i> - obter o consentimento informado.....	71
5.4.2.5	Identificar um ou mais temas para as fotografias.....	72
5.4.2.6	Distribuir as câmeras para as participantes e instruir quanto ao seu manuseio – coletando os dados.....	73
5.4.2.7	Oferecer tempo às participantes para registrarem as fotografias – analisando os dados.....	74
5.4.2.8	Promover reuniões para discutir as fotografias e identificar os recursos e problemáticas comunitárias.....	75
5.4.2.9	Planejamento partilhado dos formatos de disseminação das imagens fotográficas e das histórias produzidas.....	77
5.5	Aspectos éticos.....	77
5.6	Análise dos dados.....	79
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
6.1	Caracterização das participantes do estudo.....	82
6.1.1	Conhecendo as adolescentes.....	86

6.2	O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente.....	97
6.2.1	Construindo sua história em amamentação.....	99
6.2.1.1	Frente a frente com a gravidez na adolescência.....	100
6.2.1.2	Percebendo a necessidade de apoio familiar no processo de amamentação.....	105
6.2.1.3	Reconhecendo o pai do bebê como importante aliado no processo da amamentação.....	112
6.2.1.4	Revelando a vivência com profissionais da saúde.....	117
6.2.2	Revelando singularidades do cotidiano da amamentação das mães adolescentes.....	127
6.2.2.1	Sentindo-se só.....	128
6.2.2.2	Assumindo novos papéis.....	133
6.2.2.3	Abrindo mão de suas atividades e seus planos.....	138
6.2.3	Saberes e práticas construídos pelas mães adolescentes.....	157
6.2.3.1	Aprendendo a amamentar tendo o outro como base.....	157
6.2.3.2	Percebendo a amamentação como natural: o olhar para o biológico.....	163
6.2.3.3	Crenças, cultura e tradições prevalecem.....	179
6.3	A experiência das mães adolescentes com a participação nesta pesquisa.....	188
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
	REFERÊNCIAS.....	198
	APÊNDICES.....	225
	APÊNDICE A - Roteiro da entrevista estruturada.....	226
	APÊNDICE B - Orientações para a realização das fotografias - adaptado de Galon (2015).....	227
	APÊNDICE C - Termo de Autorização para Uso de Imagem...	229
	APÊNDICE D - Termo de Assentimento.....	230
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a) responsável pela adolescente.....	233
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	235
	APÊNDICE G - Termo de Recusa de Uso da Máquina Fotográfica.....	238
	ANEXOS.....	239
	ANEXO A – Folhas de aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.....	240
	ANEXO B - Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	242

APRESENTAÇÃO¹

¹ Esta tese foi revisada seguindo a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil

Iniciei o curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), no ano de 1998, e me encantei com a Enfermagem e com todas as suas áreas de atuação. Mas, no último ano (2001) do curso, ao realizar estágio na área de Saúde da Mulher, descobri o que realmente me trazia prazer: assistir e cuidar da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Ao terminar a graduação, optei por fazer dois anos de residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal na mesma Universidade e desenvolvi a monografia intitulada: “Aspectos socioculturais da gestação na adolescência: revisão da literatura”, cuja orientadora (Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz) foi fundamental para o meu crescimento e amadurecimento científico.

Após o término da pós-graduação, iniciei minha vida profissional em um hospital particular em Ribeirão Preto. Esse hospital realizou parceria com uma Universidade particular de Ribeirão Preto e graças a essa parceria, recebi um convite para supervisionar o estágio dos alunos de graduação desta Universidade. Surgiu, então, outra paixão: a educação, que tem relação direta com a área científica. Porém, sabia que estava diante de um grande desafio: ser professora universitária.

Assim, com apoio da coordenadora da Universidade, decidi seguir a carreira acadêmica. Senti necessidade de continuar estudando e me aperfeiçoando na área de saúde da mulher, pois também supervisiono estágio em Unidades de Saúde de Ribeirão Preto.

Em meu cotidiano de trabalho, ao acompanhar os alunos em consultas de enfermagem às mulheres, observo quão grande é o número de adolescentes grávidas e, conseqüentemente, de mães adolescentes. Essas mães adolescentes apresentam muitas dificuldades em amamentar. Percebo que nesse atendimento há a necessidade de uma atuação e atenção especial do enfermeiro destinada a esse grupo de mulheres. Surgiu, assim, a pergunta a respeito de como se dá o atendimento do enfermeiro para a gestante e para a mãe adolescente com relação ao aleitamento materno, considerando que essa mulher apresenta especificidades que deveriam ser levadas em consideração pelo enfermeiro.

Em minha dissertação de mestrado, realizei uma aproximação com os enfermeiros que atuavam no atendimento às mulheres adolescentes e evidenciei que esses profissionais tendem a considerar a amamentação como um ato natural,

valorizando seu aspecto biológico; as ações de saúde concentram-se, essencialmente, na atenção às mamas, na técnica da amamentação, em protocolos do serviço de saúde, distanciando-se das necessidades mais amplas das adolescentes.

Nesse sentido, compreendo que é fundamental que o profissional esteja capacitado e sensibilizado para entrar no mundo dessas mães e realmente dispor de ferramentas para apoiar o aleitamento materno, a partir das necessidades das mães adolescentes.

Assim, questiono: que necessidades são essas?

A partir dessa inquietação, senti vontade de me aproximar mais das mães adolescentes, pois aliando o fato de que essa é uma fase da vida permeada de profundas modificações em seu contexto individual e social, com necessidades e experiências únicas, a adolescente que vivencia a gravidez, o parto e pós-parto atravessa múltiplas e variadas vivências em amamentação, torna-se importante e pertinente conhecer seu meio, sua realidade, suas individualidades, seus mitos e suas crenças e os diversos fatores que podem interferir no processo de amamentação, a fim de compreender a lactação sobre seus olhos e suas perspectivas, e consequentemente lançar mão de subsídios científicos para atuar de forma mais eficaz e completa.

Tendo em vista a importância do trabalho do enfermeiro na promoção e na manutenção do aleitamento materno, começamos a delinear este estudo que pretende conhecer a vivência das mães adolescentes em relação ao processo de amamentação.

Para melhor contextualizar o tema em questão, iniciamos o presente estudo trazendo o aleitamento materno como prioridade na alimentação das crianças e a problemática do desmame e os fatores que o influenciam; contextualizamos a adolescência, a maternidade adolescente e terminamos a introdução expondo a necessidade de conhecer a vivência em amamentação da mãe adolescente, a partir de sua realidade e a importância da atuação do profissional de saúde na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Em seguida, apresentamos o referencial teórico adotado e no percurso metodológico descrevemos o tipo, o local e as participantes do estudo, bem como os procedimentos e o método utilizados para a coleta e análise dos dados e o atendimento aos preceitos éticos.

Os resultados apresentam as características de identificação e sociais das mães adolescentes e os três temas construídos a partir dos dados: (1) Construindo sua história em amamentação; (2) Revelando singularidades do cotidiano da amamentação das mães adolescentes; (3) Saberes e práticas construídos pelas mães adolescentes.

Na discussão, mostramos o que a literatura tem nos trazido como evidência em relação aos dados apresentados.

Nas considerações finais, apontamos as contribuições e limitações do estudo e implicações para o futuro.

Compreendendo que o processo de investigação é coletivo e a comunicação científica deve correr de maneira formal e impessoal, enfatizando os fatos e os fenômenos estudados, utilizo na redação da presente tese a primeira pessoa do plural para a conjugação verbal.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aleitamento materno: da prioridade à realidade

A forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados de um bebê até o sexto mês de vida é garantir o Aleitamento Materno Exclusivo (AME). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera esta prática alimentar prioridade de Saúde Pública para lactentes nessa faixa etária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

A *World Health Organization* (WHO) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomendam a amamentação exclusiva e sob livre demanda com início no prazo de uma hora após o nascimento até os seis primeiros meses de vida. A partir dos seis meses, recomenda-se que o bebê comece a receber outros alimentos saudáveis, mas que continue a amamentação até os dois anos de idade ou mais, acrescida de outras fontes nutricionais adequadas à criança (BRASIL, 2015a; VICTORA et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2010).

Do ponto de vista nutricional, o leite humano é o mais nutritivo e adequado por ser rico em vitaminas, proteínas, sais minerais, água, carboidratos e gordura que são fundamentais para a saúde, o crescimento e desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2009a).

O Aleitamento Materno (AM) torna o mundo mais saudável, mais inteligente e mais igual (BREASTFEEDING..., 2016), se constituindo em importante estratégia para a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015b; HANSEN, 2016; VICTORA, 2016). Dentre os benefícios trazidos pela prática da amamentação, podemos citar: menor incidência ou gravidade de doenças infecciosas e diarreicas; melhora dos níveis intelectuais, educacionais e da renda na idade adulta (BREASTFEEDING..., 2016; ROLLINS et al., 2016), proteção contra doenças alérgicas; favorecimento no desenvolvimento da cavidade bucal, redução dos riscos para sobrepeso/obesidade infantil, diabetes tipos I e II, hipertensão e colesterol alto, entre outros, além de intensificar o vínculo entre mãe e filho, também (ALMEIDA et al., 2008; BRASIL, 2015b; SOUZA et al., 2012). Notam-se também os benefícios econômicos para a família que utiliza o AM e as vantagens para a lactante, como menores possibilidades de desenvolver câncer de mama e de ovário (VICTORA, 2016), maior rapidez na involução uterina e menor probabilidade de uma nova gravidez, nos primeiros meses após o parto, nos casos de AME (ALMEIDA et al.,

2008; BRASIL, 2015b; HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008; KRAMER; KAKUMA, 2012); também contribui para: a equidade, o que possibilita a todas as crianças terem uma vantagem nutricional para o sucesso na vida; redução de gastos assistenciais e o desenvolvimento social e econômico de um país, por meio do aumento do nível educacional e intelectual e, conseqüentemente, da produtividade (HANSEN, 2016; BREASTFEEDING..., 2016; VICTORA, 2016).

Outro aspecto a ser enfatizado é o fato do ato de amamentar contribuir de forma positiva para a sustentabilidade do meio ambiente, na medida em que não polui o meio ambiente, pois não necessita da cadeia produtiva de energia, fabricação, envase, transporte e venda, não gera consumo de itens tais como mamadeiras, bicos e acessórios, latas e rótulos, e outros materiais que muitas vezes não são reaproveitados, colabora com desestímulo ao consumismo e não utiliza e não gera substâncias e/ou resíduos nocivos ao meio ambiente (GRAÇA; NOVAES, 2016).

Em função do impacto do AM na saúde da criança, com repercussão importante nos índices de morbimortalidade infantil, a promoção, a proteção e apoio ao AM têm sido, cada vez mais, priorizados nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015b; VIEIRA et al., 2015), a fim de que as recomendações de AM e de AME preconizadas pela WHO sejam uma realidade para todos.

No Brasil, diversas intervenções a favor do AM têm sido implementadas, nas últimas três décadas. Dentre elas, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Método Canguru, a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), a comemoração nacional da Semana Mundial do AM, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, voltada para o incentivo ao AM na Atenção Primária e, recentemente, o estímulo à instalação de salas de apoio à amamentação nos locais de trabalho das lactantes, entre outras (VENANCIO et al., 2010; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Como resultado dessas medidas, notam-se avanços significativos na adesão das mulheres pela prática da amamentação, observados nos indicadores de AM no país, graças aos esforços do governo, de organizações não governamentais, universidades, mídia, entre outros (UEMA et al., 2015; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Os números da última pesquisa realizada em 2008, em dia nacional de campanha de vacinação e publicada pelo MS, sobre a prevalência do aleitamento

materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelaram que a prevalência do AME em crianças menores de seis meses foi de 41,0%. Em menores de quatro meses foi de 51,2%, mostrando aumento em relação à pesquisa de 1999 que era de 35,5% (BRASIL, 2009a). Observa-se que a duração mediana de amamentação (exclusiva e não exclusiva) passou de 2,5 meses, em 1975, para 5,5 meses, em 1989, sete meses em 1996, para 9,9 meses, em 1999 (BRASIL, 2001), e em 2008 foi de 11,2 meses (BRASIL, 2009a). Esse crescimento se deve à intensificação das ações de incentivo à amamentação, durante os períodos analisados, e investimentos nessa área (SALIBA et al., 2008).

O estudo de Silva, Venancio e Marchioni (2010) utilizou dados da Campanha Nacional de Vacinação de 2003 do município de São Bernardo do Campo, SP, com 1.176 crianças e evidenciou a interrupção prematura da amamentação exclusiva e introdução precoce de alimentos complementares: a estimativa da prevalência de AME aos 120 dias foi de 15% e aos 180 dias foi de 5%. Na modalidade aleitamento materno predominante aos 120 e 180 dias, foram estimadas prevalências de 34% e 13%, respectivamente. Os autores observaram que os alimentos complementares foram precocemente introduzidos na dieta dos lactentes: cerca de um terço das crianças recebia suco de fruta e um quarto das crianças recebia mingau, fruta ou sopa com quatro meses de vida.

De acordo com Victora (2016), o Brasil está sem informações sobre a situação do AM há cerca de 10 anos. Existem alguns estudos que permitem acompanhar as tendências da amamentação em algumas localidades, mas sem dados representativos para toda a população, como no município em estudo, Ribeirão Preto, SP.

No município de Ribeirão Preto, verificou-se que, no ano de 1999, os índices de AME foram de 18,8% e 12,7% em menores de quatro e seis meses de vida respectivamente, e índices de Aleitamento Materno Predominante (AMP) de 40,3% e de 32,9% em menores de quatro e seis meses de vida, respectivamente. O índice de aleitamento materno em menores de um ano de idade foi de 55,5% com duração média do aleitamento de seis meses. Por outro lado, entre as crianças entre seis e nove meses que estavam em alimentação complementar, 35,1% estavam recebendo além do leite materno, alimentos sólidos e semissólidos (PEREIRA et al., 2004).

A mesma pesquisa, acerca da situação da amamentação em Ribeirão

Preto, em 2003, revelou melhora em todos os indicadores de aleitamento materno, particularmente no índice de AME que em menores de quatro e seis meses foi de 35,3% e de 24,2%, respectivamente. Quanto ao índice de AMP, em menores de quatro e seis meses de vida foi de 21,9% e 18,1%, respectivamente, e o de AM em menores de um ano de idade foi de 60,7%, com duração média do AM de sete meses (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

No ano de 2008, os dados da pesquisa realizada, em dia nacional de vacinação em Ribeirão Preto, revelaram que os índices de AME em menores de quatro meses foram de 53,5% e em menores de seis meses foram de 41,0%, mostrando aumento em relação à pesquisa realizada no ano de 2003. Quanto ao índice de AMP, em menores de quatro e seis meses de vida, foi de 16,9% e 17%, respectivamente, e o de AM em menores de um ano de idade de 68,4% com duração média do AM de oito meses (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Os dados obtidos no ano de 2011, provenientes do projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) que, desde 1998, coleta informações sobre práticas de alimentação infantil de menores de um ano no dia da campanha nacional de vacinação contra a poliomielite apontam que os índices de AME em menores de quatro meses foram de 40,7% e em menores de seis meses foram de 32,5%, revelando uma queda em relação à pesquisa realizada no ano de 2008. Em relação ao índice de AMP, em menores de quatro e seis meses de vida, foi de 13,6% e 12%, respectivamente, e o de AM em menores de um ano de idade de 70% com duração média do AM de cinco meses (PASSANHA et al., 2013; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Porém, apesar do aumento das prevalências e do forte impacto que o AM exerce sobre a mortalidade infantil, os valores observados no país ainda são considerados insatisfatórios pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a; UEMA et al., 2015; VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010), e o desmame é uma realidade e preocupação para a saúde pública, apontando a necessidade de um constante processo de monitoramento dos indicadores, busca de determinantes modificáveis, delineamento de intervenções e novas pesquisas (PARIZOTO et al., 2009).

O desmame é caracterizado pela introdução de qualquer tipo de alimento

na dieta de uma criança que se encontrava em regime de AME. Logo, o período de desmame é aquele compreendido entre a introdução dos novos aleitamentos até a supressão completa do AM (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011). O alimento complementar é qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite materno, oferecido à criança ainda amamentada

(GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Segundo o MS, o desmame não é um fenômeno aleatório, “mas um processo que faz parte da evolução da mulher como mãe e do desenvolvimento da criança” (BRASIL, 2009b, p. 63). Dessa forma, o desmame deveria acontecer naturalmente, conforme a criança adquira capacidade para tal.

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos apresenta aspectos negativos, pois diminui a duração do AM, interferindo na absorção de nutrientes importantes do leite materno, tais como o ferro e o zinco e aumenta a morbimortalidade infantil devido a menor ingestão de anticorpos e imunoglobulinas contidos no leite materno e ao maior risco de contaminação dos alimentos ofertados às crianças (FRANÇA et al., 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Nesse sentido, a prática do AME pelo período recomendado é tão importante quanto a introdução adequada e em tempo oportuno da alimentação complementar ao lactente (BRASIL, 2015a).

No Brasil, é grande o número de crianças que consomem vários tipos de alimentos antes dos seis meses. Estudos apontam que a falta de conhecimento de nutrizes sobre a composição, qualidade e os benefícios do leite humano para a saúde das crianças e a incapacidade de reconhecer os benefícios da prática da amamentação para as próprias mães predispõem à introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança, culminando com o desmame precoce (FROTA et al., 2016; NAKANO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2015; PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015a; SIMÕES et al., 2015).

Globalmente, países de alta renda têm menor duração da amamentação do que países de baixa e média renda. Entretanto, mesmo nos países de baixa e média renda, somente 37% das crianças no mundo são amamentadas exclusivamente até os seis primeiros meses de vida (VICTORA, 2016).

Estudos internacionais igualmente mostram prevalências baixas e decréscimo considerável de AME em bebês de até seis meses. Um estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos da América mostrou que somente 16,8% dos bebês de seis meses estavam sendo amamentados exclusivamente (JONES et al., 2011). De acordo com o documento da WHO publicado em 2015, no Canadá, a prevalência de AME em crianças menores de 6 meses foi 26%, na Turquia, 42% e na Ucrânia, 20% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em Portugal, as taxas de início da amamentação aumentaram de 84,9%

em 1998/1999, para 98,5% em 2010/2011. Entretanto, apesar do aumento das taxas de amamentação, há uma redução na amamentação ao longo dos meses. Em 2010/2011, entre 65,2% e 72,5% (em hospitais amigos da criança) das mães amamentaram exclusivamente seus bebês no momento da alta hospitalar. Aos três meses após o parto, o percentual de amamentação exclusiva era de 40,3%, e diminuiu para 14,7% aos cinco meses (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2012).

As prevalências mais altas de AME foram encontradas em Ruanda e Sri Lanka, com 85% e 75%, respectivamente (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), 2015). A revisão de Victora et al. (2016) de estudos populacionais e revisões sistemáticas de 164 países apontou que os locais de maiores prevalências de AM aos 12 meses foram na África Subsaariana, no sul da Ásia e em algumas regiões da América Latina (havendo variabilidade entre os diversos países).

Diante da constatação de que indicadores de AM e sua evolução variam significativamente entre diferentes populações, é importante conhecer os fatores determinantes que levam mulheres e crianças a se manterem excluídas de tantos benefícios que o aleitamento materno pode proporcionar a ambos.

1.2 Determinantes da amamentação e do desmame

“Amamentação ou Aleitamento Materno (AM) significa aleitar e nutrir o filho com o leite que produz, sendo popularmente visto como um comportamento natural” (WILHELM et al., 2015). Praticamente todas as mães são biologicamente capazes de amamentar exceto muito poucas portadoras de condições severamente debilitantes (OMS, 2009). No entanto, essa capacidade inata não garante a ocorrência da amamentação.

Nesse sentido, estudos têm mostrado que a amamentação é um fenômeno complexo, além de ser biologicamente determinada, é uma prática fortemente influenciada pelo contexto histórico, socioeconômico, cultural (mitos e crenças) e individual que resultam das condições concretas em que a mulher-mãe-nutriz vive (ALMEIDA; NOVAK, 2004; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011; NAKANO, 2003; ROLLINS et al., 2016; WILHELM et al., 2015).

Os diversos determinantes da amamentação e do desmame podem ser agrupados conforme estejam ligados à mãe, à criança ou ao binômio mãe-filho. Os principais fatores modificáveis, que são os de interesse para a Saúde Pública, estão vinculados à mãe ou a procedimentos e manejo do binômio mãe-filho no puerpério (BERSOT, 2011).

Quanto aos fatores associados às crianças, o estudo de revisão sistemática realizado por Uema et al. (2015) reuniu 27 estudos nacionais e internacionais, no período de 1998 a 2013, e constatou a existência de nove variáveis: uso de chupeta, uso de mamadeira, introdução de outro leite, introdução de chá, mamar nas primeiras 24 horas de vida, sexo do recém-nascido, peso de nascimento, prematuridade e internação em berçário.

De acordo com os mesmos autores, o uso de chupeta foi a variável do lactente mais estudada. O estudo de Boccolini (2012) também demonstrou que existe associação entre uso de chupeta e a duração do AM. Vieira, G. et al. (2010) informam que o uso de chupeta possivelmente reduz o número de mamadas por dia e, conseqüentemente, implica em menor estimulação da sucção e menor produção de leite, o que leva à necessidade de suplementação, muitas vezes com fórmulas lácteas, reduzindo a duração do AM. Segundo Rodrigues e Gomes (2014), outros autores sugerem que a chupeta não seria a causa primária do desmame, mas sim um indicativo da vontade de a mãe desmamar ou um sinal de dificuldade com a prática da amamentação. Porém, estudo de meta-análise realizado por Jaafar et al. (2012) sugere que o uso de chupeta por filhos de mulheres altamente motivadas para amamentar não esteve associado com menor duração do AM, independentemente da idade em que a chupeta foi iniciada. Em prematuros, o uso de chupeta é controverso, pois tem demonstrado aliviar a dor e reduzir o estresse na ausência da mãe, mas a não utilização de chupeta ou a minimização da utilização do uso de chupeta durante a transição ao AM foram positivamente associadas à amamentação exclusiva na alta, mas não associadas à duração da amamentação (MAASTRUP et al., 2014).

Em relação ao uso de mamadeira, foi observado que a criança que não usa mamadeira tem 30,7 vezes a chance de estar em AME do que aquela que a usa (AFONSO, 2007). Outro estudo que analisou o uso da mamadeira no primeiro mês de vida mostrou que esse hábito é frequentemente realizado, principalmente para oferecer chás e água, apesar de a criança amamentada não precisar receber

suplementação hídrica nos primeiros seis meses de vida, mesmo em locais secos e quentes, pois o leite já supre essa necessidade. Além disso, acredita-se que a mamadeira, quando introduzida de precocemente possa gerar “confusão de bicos”, devido às diferenças existentes entre a sucção na mama e no bico artificial, ou seja, a mamadeira pode influenciar negativamente a técnica de amamentação (FRANÇA et al., 2008; RODRIGUES; GOMES, 2014; SOUSA et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Em relação à variável peso de nascimento, o estudo de revisão realizado por Uema et al. (2015) informa que apesar de a literatura mostrar que crianças nascidas com baixo peso apresentam maior risco de não serem amamentadas, chamou a atenção, no estudo de Vieira et al. (2004), o fato de não existirem diferenças significativas com relação à prevalência da amamentação e do AME entre crianças prematuras ou que ficaram internadas em berçários, quando comparadas com crianças nascidas a termo e/ou que não ficaram internadas. Já no estudo de Silva e Guedes (2013), o tempo de AM e AME dos prematuros foi superior aos valores encontrados para as crianças nascidas a termo. As crianças nascidas de parto prematuro apresentaram uma média de 121,6 dias para o aleitamento materno exclusivo e as nascidas a termo de 96,3 dias, havendo diferença estatística entre os grupos. Mais da metade das crianças estudadas foram desmamadas antes dos 6 meses de vida. Com o apoio e ajuda prática individual quanto à técnica de amamentação, um número maior de mães de bebês de baixo peso ao nascer e/ou prematuros pode amamentar de maneira efetiva (OMS, 2001; ZACHARIASSEN et al., 2010).

Uema et al. (2015) informam que o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), no qual ocorre o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, não era totalmente implementado em uma instituição certificada, e que as puérperas não sabiam que tinham esse direito. A IHAC é uma medida de baixo custo e com alta influência no estabelecimento do AM, entre seus objetivos está a melhoria dos índices de AM.

Foi encontrada associação positiva entre sexo feminino do bebê e prevalência de AME, segundo pesquisa bibliográfica de Boccolini, Carvalho e Oliveira (2015). Essa prevalência maior entre meninas foi observada nas capitais de todo o Brasil, contudo, não está claro se essa maior prevalência se deveu a algum aspecto cultural, como a crença de que meninos precisam de maior aporte

nutricional por meio de outros alimentos além do leite materno.

Ao ser investigada a introdução de alimentos antes dos seis meses, Sousa et al. (2015) perceberam a prevalência de outros leites e mingaus. Considerando a pessoa que orientou a mãe na introdução desses outros alimentos, antes dos seis meses de vida da criança, a maioria das entrevistadas respondeu que foi por conta própria, seguido do pediatra. Os pediatras também foram mencionados no estudo de Rocci e Fernandes (2014) como influência no desmame precoce, por falta de atitude e práticas negativas, assim como por falta de capacitação no manejo adequado do AM. Estudo de Vieira, F. et al. (2010) realizado no município de Goiânia verificou que, no período pós-natal imediato e tardio, as mulheres são acometidas por grande influência de crenças e hábitos familiares, o que é potencializado pelo déficit de informações recebidas pelos profissionais de saúde, tornando evidente a necessidade de se implantar um processo educativo de forma mais participativa, contínuo e melhor planejado desde a gravidez até o período pós-natal tardio, para que essas mulheres estejam capacitadas para serem mães mais seguras e detentoras dos conhecimentos necessários para a manutenção do AM de seus filhos.

O estudo de Souto, Jager e Dias (2014), com mães adolescentes, revelou que a oferta de líquidos e outros alimentos parece ser o principal fator causador da interrupção precoce do AM. Isso ocorre, muitas vezes, devido ao pensamento de que o alimento provido pela mãe não é suficiente para o desenvolvimento do bebê.

O estudo de Oliveira et al. (2015), sobre a vivência das mães ao amamentar e suas dificuldades, inseguranças e intercorrências que contribuíram para o desmame, reforçou a ideia de que a inexperiência associada a informações insuficientes no que tange à amamentação podem estar relacionadas à segurança materna em adotar seu leite como único alimento de seus filhos, ou até mesmo à busca de soluções para essas intercorrências, a fim de assegurar a continuidade da amamentação. E diante das dificuldades encontradas, muitas vezes essas mães buscam como primeira opção a introdução do leite artificial na dieta de seus filhos, por ser de fácil acesso e manuseio, e por satisfazer à necessidade da mãe em alimentá-lo naquele instante. No entanto, esse ato passa muitas vezes a ser constante e definitivo, colaborando para a ocorrência do desmame precoce.

Os mesmos autores apontam que o leite fraco ou insuficiente (hipogalactia) foram as justificativas mais comuns entre as mulheres estudadas para

o desmame precoce de seus filhos. O estudo de Rocci e Fernandes (2014) destacou que a impressão de leite fraco ou hipogalactia se constituiu em um dos principais problemas citados pelas mães como dificultadores do AM e eles acrescentam que o leite fraco é um fator cultural, um mito, pois a maioria das mães produz leite suficiente para atender à demanda de seus filhos. Nesse sentido, os mesmos autores afirmam que a cultura interfere fortemente nas crenças maternas, e a influência de pessoas próximas (avós, vizinhas) quanto à ideia do leite fraco pode levar as mães a se considerarem incapazes de produzir leite em quantidade suficiente.

Existem algumas crenças e práticas impregnadas na cultura da população brasileira, como por exemplo, o ato de oferecer à criança água para saciar a sede, chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar diferentes doenças. Estas práticas são conflitantes com as recomendações para alimentação do lactente e aliadas à crença de que o leite materno não é completo para atender às necessidades da criança, têm resultado na introdução de substitutos do leite materno e alimentos complementares precocemente (NAKANO et al., 2007). O estudo de Olímpio, kochinski e Ravazzani (2010) revelou que a introdução de água e chá antes dos seis meses parece contribuir para o desmame precoce, porém essa relação não foi comprovada estatisticamente.

Em relação às variáveis maternas, Uema et al. (2015) também identificaram, a partir dos artigos científicos analisados, 14 variáveis associadas ao AM: idade, escolaridade, trabalho, licença-maternidade, primiparidade, tipo de parto, realização de pré-natal, número de consultas realizadas durante o pré-natal, classe econômica/renda, local de residência, dificuldade inicial para o AM, influência familiar, orientações recebidas e acesso ao serviço de saúde, AME em menores de quatro e seis meses e AM em menores de 12 meses. Destas, as variáveis mais frequentes foram: idade, escolaridade, trabalho, paridade, tipo de parto, número de consultas no pré-natal e licença-maternidade. Os mesmos autores afirmam que nem toda a literatura analisada encontrou associação significativa entre estas variáveis e o aumento da prevalência do AM.

De acordo com Bizerra et al. (2015), Boccolini (2012), Dennis, Heaman e Mossman (2011), Dodt et al. (2013) e Robert et al. (2014), outro fator envolvido na efetivação do AM é a autoeficácia que diz respeito à confiança materna em sua habilidade de amamentar, o que influencia diretamente na prática e duração do AM.

Nesse sentido, a confiança materna em praticar a amamentação é construída sobre quatro tipos de informações, entre elas: experiência anterior de sucesso com o aleitamento materno, através de momentos vivenciados que estimulem a amamentação; o fato de receber informações corretas e apoio de pessoas próximas que incentivem o ato de amamentar; e apresentar bom estado emocional e fisiológico que contribuam para o sucesso da amamentação (EDFICHER, 2013). A autoeficácia pode ser modificada por meio de ações de educação em saúde (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

O estudo de Sousa et al. (2015) apontou que o retorno ao trabalho se mostrou como um grave fator que influencia no desmame precoce, pois 32 (57,1%) mulheres retornaram às suas atividades com até quatro meses após o parto, sendo a maioria delas fora de casa, o que pode prejudicar o vínculo estabelecido entre mãe e filho, durante a amamentação. Além disso, este período está bem abaixo do preconizado para a licença-maternidade que consta de 180 dias (através da Lei Complementar estadual número 11.770 de 9 de setembro de 2008, que contempla a orientação da OMS e do MS) para as mulheres trabalhadoras (BRASIL, 2009c). Além disso, a mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho duas vezes ao dia por, pelo menos, 30 minutos para amamentar, até o bebê completar seis meses (BRASIL, 1943).

Há alguns anos a mulher conquistou seu espaço no mercado de trabalho, porém não deixou de lado seu papel de mãe, de esposa e de administradora do lar, o que acabou influenciando de maneira negativa na amamentação dos filhos (RODRIGUES; GOMES, 2014). Souza et al. (2012) demonstraram, em seu estudo, no interior do Estado de São Paulo, que o trabalho fora do lar exercido pela mãe foi associado à menor oferta de AM, em comparação com mulheres que não trabalham fora ou estavam em licença-maternidade. Portanto, a ampliação da licença-maternidade de quatro para seis meses parece ser um importante investimento para melhorar as prevalências de AM no Brasil (UEMA, et al., 2015). Nesse sentido, Brasil (2010a) afirma que é necessária ampla divulgação de orientações às mães trabalhadoras que amamentam por profissionais de saúde envolvidos nas consultas de pré-natal dessas mulheres, pois é preciso empoderá-las para que cobrem seus direitos, frente às empresas nas quais trabalham.

O estudo de Uema et al. (2015) e de Oliveira et al. (2015) apontam que a variável dificuldade de manejo no início da amamentação, tais como ingurgitamento

mamário, traumas mamilares e mastite, apresenta relação significativa com a prática de AME e de AM, o que evidenciam falhas assistenciais dos serviços de saúde, reforçando a necessidade de ações de apoio efetivas no período puerperal precoce, especialmente nas primeiras semanas após o parto. O estudo de Amaral et al. (2015) acrescenta que tais dificuldades podem ocorrer devido à falta de acesso às orientações e apoio social e profissional durante a gestação e no pós-parto. Assim, é essencial que essas mulheres sejam assistidas por profissionais de saúde.

Sousa et al. (2015) destacam que, em seu estudo com 56 mães de crianças desmamadas precocemente, duas (3,6%) mulheres não ofereceram o leite materno aos seus filhos. Também ressaltaram que, em se tratando do AME, 29 (64,4%) o ofereceram por um período inferior a quatro meses. Em outro estudo, Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009) informam que a média de permanência do AME foi de 90 dias. Esse resultado condiz com a declaração de que a proporção de recém-nascidos que iniciam a amamentação é alta nas Américas, porém, há muita variação na duração da lactância e do AME.

No âmbito familiar, a nutriz escolhe um membro familiar como referência de apoio. Geralmente essa pessoa possui características semelhantes: um membro mais velho, mais experiente, que já tenha vivenciado a maternidade, como a mãe, a avó, ou a irmã (JUNGES et al., 2010). Sousa et al. (2015) observaram que 44 (78,6%) mulheres receberam apoio ao AME, sendo este fornecido, na maioria das vezes, por mães (avós das crianças) e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). No estudo, o AME foi desestimulado principalmente por pessoas de convívio próximo, como parentes, amigas e vizinhas. Apesar de várias iniciativas governamentais, ainda é grande o número de pessoas que não reconhecem os benefícios proporcionados pelo aleitamento natural e, conseqüentemente, os prejuízos pela falta dele. É conhecido o fato de que o processo de amamentação é influenciado por crenças e tabus que envolvem tanto a mulher que amamenta como sua rede de apoio, e que para serem desconstruídos levam bastante tempo (TEIXEIRA et al., 2006).

O estudo de Olímpio, Kochinski e Ravazzani (2010), ao analisarem os fatores que influenciam no AM e desmame precoce em uma população de mães adolescentes e adultas, observou que mães com renda familiar inferior a quatro salários-mínimos tiveram maior prevalência de AM (81,1%), comprovando que a renda familiar menor influencia positivamente na prática do AM, o que pode ser

atribuído ao fato de o leite materno ser um alimento completo, sem custo e de fácil acesso, que satisfaz todas as necessidades alimentares do bebê até os seis meses de idade. Os autores também concluem que esse fato pode ser resultado das orientações realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde que visam a informar às mães os benefícios da amamentação.

A investigação de Boccolini, Carvalho e Oliveira (2015) indicou que o baixo número de consultas pré-natais é fator de risco para o AME. Essa baixa adesão pode refletir baixo acesso a fontes de informação sobre AM (DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012). No estudo de Santos, Soler e Azoubel (2005), as variáveis renda *per capita* familiar, consultas pré-natal e o tipo de parto tiveram correlação com o AME, observando-se que a maioria das mulheres que fez pré-natal passou a adotar a prática do AME por um período maior, enquanto o parto cesariano proporcionou maior risco de desmame em comparação com o parto normal. O estudo de Prior et al. (2012) constatou menor prevalência de AM e AME em mulheres submetidas a partos cirúrgicos, o que corrobora o estudo de Vieira et al. (2015). O parto normal contribui para o início oportuno do AM (BOCCOLINI et al., 2008).

O estudo de Uema et al. (2015) verificou que quatro dos 11 estudos que avaliaram a influência da escolaridade materna sobre a amamentação e verificaram que ser mãe com escolaridade até o primeiro ou segundo graus representa maior risco de não estar em amamentação exclusiva. No estudo de revisão sistemática realizada por Boccolini, Carvalho e Oliveira (2015), foi observada associação entre escolaridade materna e AME, e os achados foram unânimes: a baixa escolaridade associou-se à interrupção do AME. De acordo com Cavalcanti et al. (2015), a maior vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso desses grupos a uma rede de suporte familiar e social e a outros fatores facilitadores para a manutenção dessa prática, como, por exemplo, acesso a serviços de atenção à saúde e à inserção formal no mercado de trabalho, usufruindo benefícios legais como a licença-maternidade.

De acordo com Silva, M. et al. (2014), a falta ou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde também pode interferir no processo de amamentação. Outras autoras apontam a necessidade de valorização do cuidado integral, acompanhando a mulher desde o pré-natal até o pós-parto tardio (SILVA, N. et al., 2014).

A primiparidade também foi considerada fator de risco para o desmame

no estudo de Uema et al. (2015). Vieira et al. (2004) consideram a possibilidade de que fatores culturais que favoreçam a interrupção do AM tenham maior impacto no primeiro parto, e Vannuchi et al. (2005) informam que a chance de se prorrogar o tempo do AM amplia-se de acordo com o aumento do número de filhos, principalmente quando a amamentação dos filhos anteriores foi favorável. De acordo com Rocha (2010), é necessário que as nutrizes ponham em prática o que vivenciaram durante a amamentação dos filhos anteriores, pois as vivências e experiências positivas levaram a nutriz a estabelecer a amamentação com facilidade e tranquilidade, bem como as experiências negativas que influenciaram as mães a não repetir os erros ajudaram a superar as dificuldades. Portanto, é importante, segundo Rodrigues e Gomes (2014), reforçar o trabalho de educação em saúde com as mulheres em sua primeira gestação.

Segundo Rollins et al. (2016), a idade é um atributo pessoal que influencia no comportamento de amamentação das mulheres. Para as adolescentes, a associação da idade com fatores pessoais aumenta o risco de desmame precoce, quando comparadas às mulheres adultas (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010). O fato de mulheres adolescentes amamentarem seus filhos por menos tempo do que as adultas coincidem com os resultados publicados por Kingston et al. (2012) e Wambach e Cohen (2009). Maior tempo de AM por mulheres adultas pode ser explicado por sua maior experiência e conhecimento acerca da amamentação.

Em contrapartida, estudo de Olímpio, Kochinski e Ravazzani (2010) constatou que a idade materna não foi associada à duração do AM ou desmame precoce. Cremonese et al. (2016) apontam que mães adolescentes podem ter boa adesão à amamentação, e Leon et al. (2009) observaram que as mães adolescentes pesquisadas valorizam a amamentação, conhecem a sua importância e as suas dificuldades e sentem prazer no ato da amamentação. Podem amamentar o filho sendo adolescente ou adulta, sem nenhuma intercorrência relacionada à idade, a não ser aquelas existentes na amamentação.

Assim, no contexto da amamentação de adolescentes, a literatura ainda se mostra ambígua em relação a seu comprometimento com o processo de amamentar (BIZERRA et al., 2015).

Os achados na investigação de Gusmão et al. (2013) constataram associação significativa entre escolaridade materna e duração de aleitamento materno, o que pode estar relacionada ao maior acesso a informações sobre os

benefícios do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê das mães com maior nível educacional.

França et al. (2007) e Warkentin et al. (2013) identificaram fatores de risco para o desmame precoce, estando, dentre eles a idade materna (menor que 19 anos) e a primiparidade. Ambos os fatores se associaram de forma significativa ao desmame, o que pode estar relacionado à falta de experiência anterior, de apoio de suas mães e insegurança. Assim, concluíram que o aleitamento materno foi determinado por fatores socioculturais e enfatizaram que especialmente para mães adolescentes devem existir ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Nesse contexto é importante destacar a atuação do enfermeiro que, por estar inserido no contexto da comunidade por meio da estratégia saúde da família, tem a oportunidade de conhecer a população, principalmente as mães que estão em processo de amamentação, uma vez que as orientações recebidas tanto de profissionais como de familiares exercem influência sobre o aleitamento (FROTA et al., 2016; UEMA et al., 2015).

Portanto, há a necessidade de uma atenção especial dos profissionais, governos e grupos da sociedade civil organizada às populações que apresentem fatores de risco à interrupção do aleitamento materno (BERSOT, 2011).

No presente estudo, iremos aprofundar as investigações acerca da adolescente que amamenta, por se tratar de um grupo específico que pode apresentar fragilidades.

1.3 Adolescência: da maternidade ao aleitamento materno

A palavra adolescente originou-se no fim do século XVIII. “Adolescência é um termo de origem latina, do verbo *adolescere*, que significa desenvolver-se, crescer” (MATHEUS, 2002, p. 18). Do ponto de vista cronológico, no Brasil, a OMS e o MS delimitam a adolescência como o período dos 10 aos 19 anos de idade (BRASIL, 2017), o que também adotamos para este estudo.

Além da definição cronológica, a adolescência também é uma etapa da vida humana entremeada de transformações, conflitos e rupturas (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009; SANTOS et al., 2014). Ser adolescente é também viver intensas transformações, processos de questionamento, descoberta de novos

sentimentos, alterações hormonais, conscientização da sexualidade e busca de uma nova identidade física, psíquica e social (BRASIL, 2008).

Neste grupo populacional, o perfil de morbidade tem revelado a presença de doenças crônicas, fármaco-dependência, acidentes, problemas de saúde ocupacional, doenças sexualmente transmissíveis, aumento do risco de depressão e outros transtornos psiquiátricos nas adolescentes gestantes e maior prevalência de complicações na gravidez, parto e puerpério (DIAS; TEIXEIRA, 2010; SANTOS, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; YAZLLE, 2006).

A gravidez na adolescência tem sido considerada, em geral, elemento desestruturador da vida de adolescentes, e também elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2013a, p. 66).

Por outro lado, não podemos deixar de considerar que a gravidez pode ser desejada pelos adolescentes e pode estar incluída em seus projetos de vida. A maternidade e a paternidade podem se revelar como elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador (BRASIL, 2017).

A partir da década de 1970, a gestação na adolescência ganha visibilidade como problema de saúde, com a elevada taxa de fecundidade em mulheres com menos de 20 anos. A taxa de fecundidade total manteve sua tendência de queda, atingindo, em 2006, o valor de 1,8 filho por mulher, e em 2015 o valor de 1,7 filho por mulher, em contraste com os 2,5 registrados em 1996. A escolaridade das mulheres permanece como um diferencial importante: mulheres com menor escolaridade apresentaram taxas mais elevadas. Ao contrário da fecundidade total, a fecundidade adolescente aumentou, passando de 17% em 1996, para 23% em 2006 (BRASIL, 2009d; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2016a).

Após 2009, houve redução nas taxas de gestação na adolescência, no país, relacionada: ao aumento do grau de escolaridade, às campanhas em relação ao uso de preservativo, com a disseminação da informação e ao maior uso de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2010b).

Assim, as informações, os métodos e os meios para a regulação da fecundidade, bem como “a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável” (BRASIL, 2013a, p. 67).

Outro importante ponto a ser considerado, quando se trata de gestação

precoce, consiste no fato que a maioria das mães adolescentes não visualiza fatores de risco relacionados a seus filhos, acredita que sua idade não está associada a possíveis eventualidades com a criança, uma vez que o nascimento de um bebê considerado de risco requer assistência direcionada pelos profissionais de saúde, no sentido de orientar essa mãe que muito frequentemente tem um baixo nível de instrução e menor renda (CAMAROTTI et al., 2011; FARIA; ZANETTA, 2008; ZANI et al., 2011).

Filhos de mães adolescentes são considerados pelo MS como um dos critérios estabelecidos para recém-nascido de risco de morbimortalidade, assim como os demais: prematuridade, residência em área de risco, peso ao nascer menor que 2.500 gramas, asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida), hospitalização ou intercorrência na maternidade ou unidade neonatal, necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou unidade neonatal, mãe com baixa instrução (menos de oito anos de estudo) e história de morte de criança menor de cinco anos na família (BRASIL, 2004).

Além disso, é comum as mães em idades menores apresentarem certa insegurança em relação ao cuidado dos filhos, em especial, na alimentação da criança, o que muitas vezes está associado com o fato de estar na sua primeira experiência como mãe, neste sentido, a falta de apoio da família e o egocentrismo próprio da idade configuram fatores negativos para o aleitamento materno (CAMAROTTI et al., 2011; ZANI et al., 2011).

Em contrapartida, na medida em que os profissionais de saúde abandonarem uma postura predeterminada em relação a essas mães e abordá-las buscando conhecer seus projetos de vida de maneira integrada com sua família e o meio em que vivem, fazendo com que as mesmas assumam seu devido papel na maternidade, em especial na amamentação, é possível reverter as dificuldades descritas (CAMAROTTI et al., 2011). O suporte familiar também se mostra como um fator positivo neste grupo, uma vez que proporciona maior segurança às mães adolescentes, e essa confiança representa um avanço importante no cuidado do recém-nascido (ZANI et al., 2011).

Em virtude de a gestação e a maternidade se constituírem em um processo contínuo de aprendizado para as mães, torna-se fundamental o preparo da adolescente para o enfrentamento das situações que serão vivenciadas por ela. Ao serem preparadas, é possível que compreendam melhor as modificações em seu

corpo, o processo de parto e que participem, com maior confiança, da tomada de decisão frente à maternidade, especialmente sobre a melhor forma de alimentar seu filho (MERINO, et al., 2013).

O Ministério da Saúde recomenda a orientação para a mãe adolescente acerca da prática do “aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, introduzindo alimentos complementares a partir daí, podendo a amamentação ser mantida até os 2 anos de idade” (BRASIL, 2017, p. 169).

A intenção de amamentar em gestantes adolescentes se constitui em uma variável que tem sido abordada na literatura científica (LECLAIR et al., 2015; SIPSMA et al., 2013; SMITH et al. 2012; WAMBACH; COHEN, 2009). O estudo realizado por Sipsma et al. (2013), nos Estados Unidos, evidenciou que 75% das gestantes adolescentes revelaram a intenção em amamentar. Destas, aproximadamente 71% iniciaram a amamentação. Wambach e Cohen (2009) informam que esse processo de decisão sobre a amamentação geralmente ocorreu durante o pré-natal.

O estudo de revisão bibliográfica de estudos internacionais, realizado por Kanhadilok e Mcgrath (2015), também constatou que a maioria das adolescentes manifestou a intenção de amamentar durante a gestação; no entanto, quase metade das mães adolescentes parou de amamentar dentro de um mês de vida da criança e menos de 25% continuaram com essa prática até os seis meses.

Em estudo comparativo entre mães adolescentes e adultas de uma enquête de experiências de uma agência de saúde pública no Canadá, Kingston et al. (2012) apontaram que a taxa de mães adolescentes que manifestaram a intenção de amamentar foi mais baixa (70,2%) do que as mães adultas (75,9%), porém ambas adolescentes e adultas jovens apresentaram taxas baixas de iniciação de amamentação. Outro estudo, também realizado no Canadá (Ohio), de abrangência nacional, demonstrou que do total de mães adolescentes pesquisadas, 44% iniciaram a amamentação quando comparadas com 65% das mães adultas (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DE FRANCO, 2013). Por outro lado, estudo de Puapornpong et al. (2014) com adolescentes tailandesas não encontrou diferenças estatisticamente significativas nas taxas de amamentação exclusiva entre mães adolescentes e adultas.

Estudo nacional, realizado em Teresina, Piauí, também evidenciou que as adolescentes tendem a diminuir a amamentação, conforme o bebê vai crescendo.

Nesse estudo, 60% das adolescentes amamentavam seus filhos no primeiro mês, porém esse percentual reduziu-se a 10% no terceiro mês. Ainda no segundo mês, 26,3% das adolescentes referiram ter introduzido alimentação complementar à dieta da criança (MARANHÃO et al., 2015). Por outro lado, outras adolescentes podem se apresentar como protagonistas nesse processo, demonstrando habilidades para o cuidado com seu filho e, também, terem boa adesão à amamentação (CREMONESE et al., 2016).

De acordo com Silva (1996), a mulher ao amamentar identifica riscos e benefícios para o binômio mãe-filho, onde ela os interpreta, segundo sua perspectiva.

Assim, a decisão e a manutenção do aleitamento materno dependem do desejo da mãe e de alguns fatores que podem influir favoravelmente ou não para o seu sucesso (MARANHÃO et al., 2015).

Alguns indicadores estão relacionados com baixos índices de iniciação da amamentação entre adolescentes tais como: suporte social (SIPSMA et al., 2013) e situação socioeconômica (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DE FRANCO, 2013; OLIMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010), assim como a assistência pré-natal de baixa qualidade e a falta de informação (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DE FRANCO, 2013).

A prática ou não da amamentação entre adolescentes está fortemente relacionada à experiência e ao seu contexto situacional que apresentam vários aspectos concomitantes como o fato de serem adolescentes e dependentes de algum familiar, possuírem pouco conhecimento acerca da amamentação e do desenvolvimento infantil. Assim, a cessação da amamentação é influenciada pelo déficit de habilidade para amamentar, sensação desagradável e primeiras experiências dolorosas, o que leva as adolescentes a se sentirem inseguras ou pouco preparadas para lidar com esse processo (SMITH et al., 2012).

Os motivos relatados pelas mães adolescentes para a descontinuidade da amamentação exclusiva resultaram de diversas causas complexas relativas às suas características pessoais, crenças, valores e cultura, fontes de apoio (família), choro persistente da criança, concepção de leite insuficiente para atender às necessidades da criança, dificuldades na pega, retorno ao trabalho e adversidades com a mama puerperal (OLIMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010; OLIVEIRA et al., 2016).

Alguns autores evidenciam que, para as adolescentes, a prática da

amamentação pode se tornar mais difícil do que para as adultas, devido à exaustão de amamentar com frequência ao dia e à dificuldade de lidar com a privação de sono, o que facilita a introdução de mamadeiras, possibilitando dividir a responsabilidade de alimentar o bebê com outras pessoas (NESBITT et al., 2012).

Por outro lado, estudo realizado em uma Unidade Básica do município do Rio de Janeiro, Brasil, refere que, ao amamentar, a mãe estabelece ligação sentimental com o filho e assim reconhece a importância de prover alimento à criança. Nesse sentido, a mãe adolescente se sente empoderada com o AM, e a mesma considera que a amamentação auxilia na construção da maternidade, momento em que se percebe responsável pelo cuidado e desenvolvimento de seu filho (SPINDOLA et al., 2014).

Outros motivos para o desmame precoce, sob o ponto de vista das mães adolescentes, são descritos no estudo de Oliveira et al. (2016) que apontam o “choro frequente” utilizado como sinônimo de “fome” para a mãe, que interpretava negativamente a capacidade nutritiva do leite materno. O pensamento de leite fraco foi relativo à necessidade e à maior frequência e duração das mamadas, bem como ao pouco ganho de peso corporal, manifestações estas que remetiam, sob o ponto de vista das mães adolescentes, à insuficiência do leite para atender às necessidades da criança. Essa concepção de leite fraco é uma questão cultural (BRASIL, 2009c).

No ato de amamentar, estão envolvidos condicionantes assimilados e difundidos no contexto cultural em que as pessoas estão inseridas (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). Assim, Cremonese et al. (2016) afirmam que a cultura pode atuar sobre as percepções, crenças e práticas de cuidados acerca da amamentação. Por retratar um processo cultural, a amamentação pode ser envolta por mitos e crenças herdados dentro do contexto familiar (CAMAROTTI et al., 2011).

A influência de pessoas da família representa mais uma das causas citadas pelas adolescentes como justificativa para a interrupção da amamentação exclusiva. A adolescente, por depender de sua fonte de apoio (mãe, avó e companheiro) para direcionar suas escolhas e atitudes, opta pela alternativa aconselhada pela família (OLIVEIRA et al., 2016). Segundo Camarotti et al. (2011), no ambiente doméstico, a decisão de amamentar é influenciada pela história familiar das mulheres, ou seja, conforme a vivência da amamentação na família. Neste sentido, as autoras acreditam que este contexto poderá proporcionar experiências

positivas às mulheres relacionadas com a amamentação.

Os estudos de Wambach e Cohen (2009) e de Smith et al. (2012) apontam que a principal razão para as mães adolescentes amamentarem foi a percepção dos benefícios para a saúde da criança (menor doença infantil, o leite materno sendo mais saudável do que a fórmula, e menos obesidade em crianças amamentadas). No estudo de Santos et al. (2016), as adolescentes citaram os benefícios do AM para a mulher adequadamente, porém com menor frequência do que para o bebê.

Assim, consideramos que as apreensões e os significados referentes ao processo de amamentar vão ao encontro das experiências compartilhadas e também vividas. Concomitantemente, a amamentação é concebida como um comportamento cultural (LARAIA, 2011), dentro do contexto social, que é continuamente aprendido e repassado entre as mulheres de diferentes gerações (CREMONESE et al., 2016).

Porém, a vivência do amamentar muitas vezes é vista apenas como um ato biológico, sem levar em consideração o contexto histórico, social e cultural (BARROS et al., 2012; LEAL et al., 2016). Foi constatada a perspectiva eminentemente biológica da prática cotidiana dos profissionais de saúde, reduzindo tal ato na atenção às mamas e na técnica de amamentação (LEAL et al., 2016), desconsiderando as vivências das adolescentes, suas reais dificuldades, seus desejos e expectativas.

A conscientização de que a maternidade não é apenas um ato biológico-reprodutivo, mas um processo social, torna necessária a investigação, a fim de compreender a vida cotidiana das mães adolescentes (FOLLE; GEIB, 2004). Aliando-se a isso, quando a amamentação é vivenciada durante essa fase do ciclo vital, pode assumir diferentes proporções para a mulher adolescente, a qual pode demandar atenção diferenciada e estruturada do profissional de saúde (CAMAROTTI et al., 2011).

Assim, é importante a atuação do profissional de saúde no incentivo ao aleitamento materno, promovendo, apoiando e instruindo a nutriz, através do acompanhamento pré-natal e após o nascimento do bebê, no alojamento conjunto e na puericultura, entre outros (ROCHA et al., 2010).

Nesse sentido, às mães adolescentes, buscamos retratar seu cotidiano e o contexto que envolve a amamentação de seus bebês, para converter em

conhecimento científico, sobretudo para subsidiar as práticas dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações em saúde e contribuir para mudanças na atenção e cuidado à saúde materna e infantil.

Concordamos com Silva, M. et al. (2014) que é imprescindível ao profissional de saúde uma escuta sensível à mãe adolescente que deseja amamentar, ao seu pensar, às suas percepções e necessidades. Dessa forma, este estudo pretende estabelecer possibilidades reais e contextualizadas junto ao mundo da adolescente que deseja amamentar. Nesse sentido, pode também trazer a oportunidade de compreender como as adolescentes percebem a sua realidade concreta, ou seja, a ótica das adolescentes acerca do processo de amamentação no seu contexto de vida e de saúde, assim como consideram Silva, M. et al. (2014). Sendo assim, fazemos os seguintes questionamentos: Quais são os aspectos que facilitam ou facilitaram o processo de amamentação de mães adolescentes? Quais são os aspectos que dificultam ou dificultaram o processo de amamentação de mães adolescentes?

Diante desses questionamentos, propusemos realizar esta investigação da vivência das adolescentes no amamentar, a fim de compreender o fenômeno da amamentação, com vistas a subsídios que possam aprimorar a abordagem e as intervenções de enfermagem prestadas às nutrizes adolescentes, contribuindo para a promoção, proteção e apoio à amamentação.

A importância de conhecermos as vivências das adolescentes no processo de amamentação ou de desmame visa ao desenvolvimento de subsídios científicos para a prática profissional dos enfermeiros em relação à amamentação de adolescentes. Também, tem o propósito de, após analisar o contexto de vida e saúde em que se desenvolve o processo de amamentação ou de desmame, propor estratégias/ações que contribuam para ampliar o conhecimento sobre o tema, identificar as necessidades mais amplas das adolescentes e, finalmente, para a promoção de intervenções apropriadas na promoção e apoio ao aleitamento materno e obtenção de resultados na saúde de mães adolescentes e suas crianças. Buscamos, ainda, promover reflexões entre as adolescentes que favoreçam o aumento dos índices de aleitamento materno e diminuam as taxas de desmame com maior adesão ao aleitamento materno entre as adolescentes.

Salientamos a necessidade de conhecimento de referenciais teórico-metodológicos atuais que possibilitem maior aprofundamento do tema em questão e

que considerem as particularidades da mãe adolescente que amamenta ou se prepara para tal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender a vivência de amamentação de um grupo de mães adolescentes.

2.2 Objetivos Específicos

- Interpretar os aspectos facilitadores de sua vivência, no processo de amamentação;
- Interpretar os aspectos dificultadores de sua vivência, no processo de amamentação.

Somando-se à crescente produção científica que se volta a captar o significado da amamentação baseado nos sujeitos que a vivenciam, temos como pressuposto para o presente estudo que mães adolescentes estejam expostas a diversas vivências facilitadoras ou dificultadoras do aleitamento materno, a depender de suas experiências particulares e de sua realidade sociocultural que influenciam no seu cotidiano, no contexto que envolve a amamentação de seus filhos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A perspectiva sócio-histórica no processo de amamentação na adolescência

De acordo com a visão positivista (liberal), o homem é entendido segundo a ideia de “natureza humana”, um homem apriorístico, livre e constituído de potencialidades naturais (OZELLA, 2003, p. 8).

A Psicologia histórico-cultural ou sócio-histórica fundada por Lev Semenovitch Vygotski² (1896-1934), na década de 1920, apresenta uma nova postura relativa à construção da teoria do desenvolvimento e, assim, uma nova compreensão da adolescência (TOMIO; FACCI, 2009). É sob essa perspectiva teórica que abordaremos o presente estudo.

A Psicologia sócio-histórica entende o homem a partir da ideia de “condição humana”, isto é, alguém que constrói formas com o objetivo de satisfazer suas necessidades junto com outros homens. Um ser histórico que possui características moldadas de acordo com as relações sociais contextualizadas no tempo e no espaço histórico em que ele vive. Enquanto na perspectiva positivista/liberal, a relação homem/sociedade é vista como algo externo e, geralmente, antagônico às tendências “naturais” do homem, na sócio-histórica esta relação é concebida dialeticamente na medida em que este ser se constrói ao construir sua realidade (OZELLA, 2003, p. 8). Aguiar (2000) explica que homem e sociedade vivem uma inter-relação, em que cada um “expressa e contém o outro, sem que nenhum deles se dilua no outro ou perca sua singularidade”.

A abordagem sócio-histórica não considera a adolescência como uma fase natural do desenvolvimento, mas sim como uma criação histórica da humanidade, ou seja, um período constituído historicamente (OZELLA, 2003).

Como afirma Pino (2005, p. 58) não significa ignorar a influência dos aspectos biológicos, pois: “realidades biológicas e realidades culturais, embora pertencendo a ordens diferentes, são interdependentes e constituem dimensões de uma mesma e única história humana”.

O trabalho e a vida em sociedade são dois aspectos da vida humana que permitiram uma evolução no desenvolvimento humano. O homem libertou-se de

² A grafia Vygotski aparece de diferentes maneiras, a depender do país ou época de sua tradução. Optamos pela grafia acima, respeitando, contudo, nas referências, a forma como aparece na obra citada.

suas limitações biológicas para “inventar” a condição humana. Nesse sentido, os sentimentos, as ações, as habilidades e as características humanas historicamente acumulados não estão previstos pelo código genético, e o homem não está mais submetido às leis biológicas e sim às leis sócio-históricas. É devido ao trabalho, entendido como aplicação de energia humana para a transformação intencional da natureza, que os homens se põem nos objetos, de forma a humanizá-los. Qualquer objeto que esteja em nosso mundo material ou intelectual é resultado da intervenção do homem (BOCK, 2004). Nesse sentido, Moretti, Asbahr e Rigon (2011) afirmam que o trabalho possibilita a ocorrência de modificações não somente e puramente biológicas, devido à atividade com instrumentos, mas também modificações de ordem psicológica, ou seja, o homem, por meio do trabalho, passa a controlar seu comportamento, da mesma maneira que domina a natureza.

Porém, o homem não nasce com “aptidões e habilidades históricas da humanidade, pois elas foram conquistadas e criadas. O homem nasce candidato a essa humanidade, que está no mundo material, concretizada nos objetos, nas palavras e nos fenômenos da vida humana”. Aqui surge o contraponto da visão naturalista do homem. Este, por meio de sua ação sobre o mundo material, humaniza o mundo, ou seja, ao mesmo tempo em que atua e trabalha, suas habilidades e conhecimentos vão se concretizando, de certa maneira, nos seus produtos, como, por exemplo, o ato de escrever (BOCK, 2004, p. 31). Assim como aprendemos a manejar o lápis e outros objetos, aprendemos a lidar com a linguagem, que segundo Vigotskii (1988) é um dos instrumentos básicos inventados pela humanidade, a qual é responsável pela organização e desenvolvimento do processo de pensamento.

Os homens, na abordagem sócio-histórica, tornam-se “criadores de suas criaturas”, pois eles constroem o mundo material que cristaliza suas habilidades desenvolvidas com ações pessoais sobre o mundo e são eles que, ao atuarem novamente sobre o mundo para transformá-lo, assimilam e internalizam as habilidades ali deixadas pelas gerações anteriores (BOCK, 2004, p. 30). Para Vygotski, a sociedade está continuamente em movimento, e cada indivíduo é um ser dinâmico, em constante interação com o mundo cultural e o mundo subjetivo (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006). Nesse sentido, o homem é agente ativo no processo de criação de seu ambiente (VIGOTSKII, 1988).

Portanto, a apropriação do instrumento e a aprendizagem de habilidades

se referem a uma “apropriação das operações motoras que estão cristalizadas e incorporadas nos objetos”. Por esse motivo, afirma-se que “o processo é ativo para o homem, na medida em que é um processo de formação ativa de aptidões novas e de funções superiores que o hominizam”. E “esse processo humano ocorre em cada indivíduo da espécie que esteja vivendo em sociedade” (BOCK, 2004, p. 30).

As funções psicológicas superiores consistem na capacidade humana, de planejamento, memória voluntária, imaginação e outras, o que distingue o homem dos outros animais. Esses processos mentais são considerados sofisticados e “superiores” porque se referem a atividades psicológicas voluntárias, intencionais, controladas pelo próprio indivíduo, possibilitando ao ser humano, independência frente às características do momento e espaço presente. Estes processos não são inatos, ocorrem a partir das relações entre seres humanos e se desenvolvem ao longo do processo de internalização de formas culturais de comportamento. São diferentes, portanto, dos processos psicológicos elementares, visto que esses estão presentes nas crianças menores e nos animais e correspondem às reações automáticas, ações reflexas e associações simples que são de origem biológica (VYGOTSKY, 1998).

Para Vygotski, o homem aprende na interação face a face com o outro, ou seja, por meio da relação interpessoal concreta que mantém com outros homens, e a partir daí apropria-se de significados construídos culturalmente, o que resulta em seu desenvolvimento (GONÇALVES; ANDRADE, 2016). Para Vygotski (1991, p. 61), “o aprendizado adequadamente organizado resulta em desenvolvimento mental e põe em movimento vários processos de desenvolvimento que, de outra forma, seriam impossíveis de acontecer”.

Portanto, aprender é apropriar-se daquele conhecimento já formado e consolidado pela sociedade (DAVIS; OLIVEIRA, 2010). A apropriação é relativa aos significados que se propagam no meio cultural, ou seja, são os signos atribuídos aos objetos concretos ou não concretos de nossa cultura (VYGOTSKI, 2000).

De acordo com Vygotski, (1991), os signos auxiliam o homem nas suas atividades psíquicas, portanto, internas ao indivíduo:

a invenção e o uso de signos como meios auxiliares para solucionar um dado problema psicológico (lembrar, comparar coisas, relatar, escolher, etc.) é análoga à invenção e uso de instrumentos, só que agora no campo psicológico. O signo age como um instrumento da atividade psicológica de maneira análoga ao papel de um instrumento no trabalho (VYGOTSKI, 1991, p. 38).

Os signos são chamados de “instrumentos psicológicos” por Vygotski (1984, p. 59-60) e funcionam como “mediadores entre o ser humano e o próprio psiquismo” (GONÇALVES; ANDRADE, 2016, p. 3).

Para Vygotski, a linguagem é compreendida como um sistema simbólico essencial em todos os grupos humanos que organiza os signos em estruturas complexas e desempenha um papel fundamental na formação das características psicológicas humanas. A linguagem possibilita a designação dos objetos do mundo exterior (como, por exemplo, a palavra garfo que representa um utensílio usado na alimentação), ações (como plantar, colher, comer), qualidades dos objetos (como liso, áspero, poroso) e as que correspondem às relações entre os objetos (acima, abaixo, distante) (REGO, 1995, p. 53).

A linguagem por permitir o desenvolvimento da comunicação entre os homens garante, conseqüentemente, “a preservação, transmissão e assimilação de informações e experiências acumuladas pela humanidade ao longo da história. A linguagem é um sistema de signos que possibilita o intercâmbio social entre os indivíduos” (REGO, 1995, p. 53, 54).

Assim, “o elemento mediador é a significação. Mas a significação, antes de ser significação para si, o é significação para o Outro (os outros sujeitos), o que quer dizer que ela tem sempre como portador o Outro, não sendo acessível diretamente” (PINO, 2004, p. 442). Dessa forma, é primordial a presença de outros sujeitos para apreendermos o significado que as coisas têm, por exemplo, para que serve uma faca, ou a denominação dos objetos, ou por que as coisas operam de uma maneira e não de outra (VYGOTSKI, 2000).

Segundo Vygotski (1987), a aprendizagem é fundamental ao desenvolvimento dos processos internos, bem como na interação com outras pessoas. A aprendizagem ocorre no intervalo da zona de desenvolvimento proximal, que é a distância entre o nível de desenvolvimento atual, determinado pela capacidade de resolver um problema, sem ajuda e a gama de possibilidades e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através de resolução de um problema sob orientação de um adulto ou em colaboração com outro, ou seja, é a distância existente entre aquilo que o sujeito já sabe, seu conhecimento real, e aquilo que o sujeito possui potencialidade para aprender, seu conhecimento potencial.

A partir do nascimento, o bebê mantém contínua interação com os

adultos, que além de assegurar sua sobrevivência atuam como mediadores de sua relação com o mundo. Os adultos procuram integrar as crianças à sua cultura, conferindo significado às condutas e aos objetos culturais que foram produzidos no decorrer da história (REGO, 1995).

Com o auxílio do adulto, as crianças aprendem habilidades que foram construídas pela história social no decorrer de milênios tais como: sentar, andar, controlar os esfíncteres, falar, sentar-se à mesa, comer com talheres, tomar líquidos em copos e outras. E assim, os processos psicológicos mais complexos começam a se constituir a partir das intervenções frequentes do adulto (e de crianças mais experientes) (REGO, 1995).

A mesma autora (1995) conclui que:

para Vygotski, o desenvolvimento do sujeito humano se dá a partir das constantes interações com o meio social em que vive, já que as formas psicológicas mais sofisticadas emergem da vida social. Assim, o desenvolvimento do psiquismo humano é sempre mediado pelo outro (outras pessoas do grupo cultural), que indica, delimita e atribui significados à realidade (REGO, 1995, p. 60-61).

Smolka e Góes (1993) afirmam que no processo de constituição do sujeito:

o movimento de individuação ocorre a partir das experiências fornecidas pela cultura. O desenvolvimento envolve processos, que se constituem mutuamente, de imersão na cultura e emergência da individualidade. Nesse processo de desenvolvimento, o sujeito se faz como ser diferenciado do outro mas formado na relação com o outro: singular, mas constituído socialmente (SMOLKA; GÓES, 1993, p. 10).

Nesse contexto, essas ideias são fundamentais para a reflexão sobre a adolescência porque: primeiro, não concebem que a adolescência seja decorrente de um desenvolvimento natural; segundo, a diversidade que se apresenta como riqueza humana é construída pela humanidade através de sua atividade transformadora sobre o mundo e, portanto, nada que se apresente em nosso mundo nos deve ser estranho; terceiro, se a humanidade é transmitida e apreendida pelo sujeito de acordo com seu contato com instrumentos da cultura, as diferenças sociais serão geradoras de diferenças no desenvolvimento psicológico dos seres humanos (BOCK, 2004).

A adolescência foi instituída por Erickson no ano de 1976, seguido de outros autores, como uma fase especial no processo de desenvolvimento humano, um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pela confusão

de papéis e as dificuldades para constituir uma identidade própria (ERICKSON, 1976). Um caráter universal e abstrato foi dado à adolescência; inerente ao desenvolvimento humano. A adolescência foi apontada como uma fase difícil, uma fase semipatológica que se apresentava carregada de conflitos “naturais” e que devia ser superada (BOCK, 2004).

Nesse contexto, Bock (2004) deparou-se com construções teóricas que expõem a visão de que o homem possui uma natureza, concedida a ele pela espécie, e de acordo com seu crescimento e desenvolvimento vai relacionando-se com o meio e modernizando características que já possui, pois são de sua natureza. Faz parte da adolescência esse conjunto de aspectos. Suas características são consequências do "amadurecer"; são hormônios lançados na circulação sanguínea e o surgimento da sexualidade genital os fatores que contribuem para o aparecimento da sintomatologia da adolescência normal.

Assim, questionamos: como foi construída historicamente a adolescência? De acordo com Clímaco (1991), na sociedade, o aprimoramento e as inovações tecnológicas do trabalho, passaram a exigir um tempo cada vez maior de formação adquirida na escola. Também, o desemprego crônico/estrutural da sociedade capitalista trouxe a necessidade de antecipar a entrada dos jovens no mercado e aumentar as exigências para essa entrada. O avanço da ciência, em compensação, solucionou muitos problemas do homem e ele teve a sua vida prolongada, ampliando desse modo, os desafios para a sociedade, no que diz respeito ao mercado de trabalho e às formas de sobrevivência.

Dessa forma, estavam estabelecidas as condições para que se mantivesse a criança mais tempo sob a tutela dos pais, sem ingressar no mercado de trabalho e a solução foi mantê-la na escola. E as consequências dessa nova exigência social foram o prolongamento do período escolar, o distanciamento dos pais e da família, e a aproximação de um grupo de iguais. Assim, a sociedade vivencia a criação de um novo grupo social com padrão geral de comportamento – a adolescência. Outro fator importante é que a adolescência pode ser também justificada pela burguesia para manter seus filhos longe do trabalho (CONTINI, KOLLER; 2002).

A adolescência refere-se, dessa forma, segundo Contini e Koller (2002):

a esse período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista, gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e prolongamento do período escolar, da necessidade do preparo técnico e da

necessidade de justificar o distanciamento do trabalho de um determinado grupo social (CONTINI; KOLLER, 2002, p. 22).

Essas questões sociais e históricas vão constituindo um período de distanciamento do trabalho e de preparo para a vida adulta. As mudanças que ocorrem no corpo e as possibilidades na convivência com os adultos vão sendo selecionadas e eleitas para a elaboração das significações, para a qual a contradição é elemento básico, que se traduz nesta vivência entre as necessidades dos adolescentes, as condições pessoais e as possibilidades sociais de satisfação delas. É dessa relação e de sua vivência, enquanto contradição, que se constitui grande parte das características da adolescência, tais como: a rebeldia, a moratória, a instabilidade, a busca da identidade e os conflitos. Essas características são históricas, isto é, foram geradas como sendo próprias da adolescência (CONTINI, KOLLER; 2002).

Logo, as características da adolescência são consideradas como negativas ou como tolices da idade. O adolescente como parceiro social é observado com desconfiança, e suas atitudes são percebidas como imaturas. Socialmente, o jovem fica desvalorizado “e o mundo adulto, em seu conservadorismo, reforçado” (BOCK, 2004, p. 35).

Atualmente, os adolescentes estão cada dia mais em evidência, e essa exposição comumente é paradoxal, pois algumas vezes é destacada pela sua exclusão social, sua tão proclamada marginalidade e criminalidade, outras vezes por seu potencial transformador, sua participação social, na família, na escola e na comunidade (SILVA, 2012).

De acordo com Ozella (2003):

É preciso superar as visões naturalizantes e entender a adolescência como constituída socialmente a partir de necessidades sociais e econômicas dos grupos sociais e olhar e compreender suas características como características que vão se constituindo no processo (OZELLA, 2003, p. 9).

Nesse sentido, Bock (2004, p. 39) conceitua adolescência como “uma construção social que apresenta repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem. É um momento significado, interpretado e construído pelos homens”, associado a marcas do desenvolvimento do corpo que são significadas socialmente e historicamente (os seios na menina significam possibilidade de amamentar mas também as tornam sensuais e sedutoras; a força

muscular nos meninos como possibilidade de trabalhar, guerrear e caçar, mas também tem sentido de beleza, sensualidade e masculinidade).

Silva (2012) entende a adolescência como:

uma etapa da vida que agrega sujeitos detentores de direitos que merecem ser vistos como atores ativos na sociedade, capazes de ter e incorporar valores e atitudes cidadãs que os permitam conviver de forma autônoma no mundo contemporâneo, se a eles forem dadas as devidas oportunidades, acessibilidade aos bens sociais, atendimento de suas necessidades... oportunidades de vida e viver (SILVA, 2012).

Portanto, o adolescente e o processo de adolecer que vivencia imprimem historicamente marcas na cultura, na linguagem e nas relações sociais, “portanto, não se constituindo como algo naturalizado” (SILVA, 2012).

Nesse sentido, “a identidade do adolescente é sempre um ser social e um ser histórico”, um ser que possui particularidades e que vivencia o coletivo, sendo que a particularidade é evidenciada pelo fato de cada um ser único, e a coletividade refere-se ao elo entre o ser humano e a sociedade, o que implica na construção e no desenvolvimento da “consciência do nós”, isto é, o compromisso de cada um com seu grupo social. “Assim, adolecer estabelece-se como uma interação biológica, social, cultural e historicamente construída” (SILVA, 2012).

Segundo Ozella (2003, p. 9), “a concepção, o significado que a adolescência adquire historicamente está determinando ações pessoais, políticas, sociais, profissionais em relação a ela”.

Silva, M. et al. (2014) consideram que o processo de adolecer deve ser tratado de forma sistêmica e construtivista, onde o adolescente, sujeito desse processo, seja visto dentro de suas singularidades e necessidades, e também em suas inter-relações com o seu meio familiar e social, em um determinado momento histórico e social.

Pensar os adolescentes como sujeitos envolve acreditar em “sua capacidade de construir e participar coletivamente da produção da sociedade e da cultura”. Somente desta forma podem ser analisados as potencialidades e os limites do nosso trabalho, a partir da compreensão das práticas sociais que esses adolescentes constroem e atentos às suas diferentes e singulares experiências e vivências (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009, p. 35).

De acordo com Minayo (2012, p. 622), o termo “vivência é produto de reflexão pessoal sobre a experiência. Esta pode ser a mesma para vários indivíduos

(irmãos numa mesma família, pessoas que presenciam um fato, por exemplo) ”, porém cada um vivencia o mesmo evento de maneira ímpar, o que advém de sua personalidade, de sua biografia e de seu envolvimento na história. Apesar de ser uma vivência pessoal, tem como base o contexto social em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre.

Buscar compreender a adolescência em sua singularidade é um desafio, pois envolve a investigação, a descoberta e a construção de um caminho a ser trilhado (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009), dado que essa singularidade contém suas particularidades e a expressão de sua condição histórica e social, sua ideologia e relações vividas (AGUIAR, 2000).

Considerando que a concepção, o significado que a adolescência adquire historicamente, está, certamente, determinando suas ações em relação ao aleitamento materno, é fundamental conhecer suas vivências, para que a partir delas, possamos lidar com as questões subjetivas desse processo, de maneira a transformar as relações estabelecidas com as nutrizes adolescentes, no sentido de trazê-las como parceiras ativas e propiciadoras de mudanças necessárias à nossa sociedade.

O ato de amamentar apresenta aspectos diversos. “A sua questão não é somente biológica, mas também histórica, social e cultural” (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007, p. 434).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na Psicologia sócio-histórica para a investigação da vivência da amamentação de mães adolescentes.

Dado que a amamentação é um processo individual que se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, consideramos importante conhecer este fenômeno a partir da perspectiva da adolescente, aqui nesse contexto. A possibilidade de apreender a realidade da adolescente lactante é oriunda do instrumental teórico e metodológico da pesquisa qualitativa, que é entendida como o “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões”, resultantes das interpretações que as pessoas fazem com relação a como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmas, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p.57).

Trabalhar com a pesquisa qualitativa numa abordagem sócio-histórica consiste numa preocupação de compreender a vivência de amamentação de mães adolescentes, procurando as suas possíveis relações, integrando o individual com o social (FREITAS, 2002). De acordo com Minayo (2012):

para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012, p. 623).

Os adolescentes se constituem em sujeitos singulares e coletivos, possuem uma história de vida e uma consciência crítica, e suas atitudes são permeadas de propósitos e significado capazes de manifestar sua visão de mundo e suas percepções (SILVA, M. et al., 2014). Assim, para atender aos objetivos deste estudo, elegemos a abordagem qualitativa, pois se caracteriza por possibilitar a compreensão dos sujeitos na sua realidade, incluindo o entendimento próprio acerca das vivências (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa apresenta como base diferentes abordagens compreensivas que apresentam em comum: o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; o contato com as pessoas, que ocorre nos seus próprios contextos sociais; e o destaque do encontro intersubjetivo entre pesquisador e sujeitos participantes. Também, nesse tipo de abordagem, os resultados são

apresentados como a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos em estudo. A realidade é vista de forma dinâmica, evidenciando as perspectivas dos vários atores frente a um projeto social em constante criação. As conclusões nesse tipo de abordagem não podem ser generalizadas, porém o estudo aprofundado da realidade possibilita inferências mais abrangentes (MINAYO, 2008).

Considerando as mães adolescentes como sujeitos de suas ações em relação ao aleitamento materno, a abordagem qualitativa permite a compreensão da subjetividade expressa nas falas acerca de suas vivências e percepções sobre a amamentação ou desmame. Assim, esta abordagem nos permitiu conhecer as vivências que envolvem a subjetividade das participantes relacionadas ao processo de amamentação e/ou de desmame.

5.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, SP que está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2013b). A população do município, de acordo com o censo do IBGE (2012), foi de 619.746 habitantes. A população estimada do ano de 2016, segundo estimativa do IBGE, foi de 674.405 habitantes (IBGE, 2016b). De acordo com o Censo do IBGE 2000 e 2010 (IBGE, 2012), houve um crescimento populacional do município em quase 100.000 habitantes em um período de 10 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2013b).

O município apresentou, no ano de 2015, a natalidade de 13,64 por mil habitantes (BRASIL, 2015c), e uma mortalidade infantil de 9,51 por mil nascidos vivos, sendo a meta pactuada e estabelecida no município de 11,20% (RIBEIRÃO PRETO, 2017)³. Observa-se também que a população na faixa etária de 10 a 19 anos é de 13,67%, sendo que 6,73% são do sexo feminino (BRASIL, 2015c).

No ano de 2013, o município apresentou 6,29% de mães adolescentes (com menos de 18 anos) (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2015). De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, o município apresentou no ano de 2014, 1.523 nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

³ RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Série histórica das pactuações e resultados do indicador de mortalidade infantil do município de Ribeirão Preto:** divisão de Planejamento. 2017. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <planejamento@saude.pmrp.com.br> em 28 ago. 2017.

Ribeirão Preto dispõe de ampla rede de atenção à saúde pública e presta serviços tanto na atenção básica, como na especializada e de alta complexidade. A rede municipal da saúde de Ribeirão Preto está estruturada com: duas Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 Unidades de Saúde da Família com 34 equipes de saúde da família, três Unidades Básicas e Especializada, duas Unidades Distrital e Especializada, uma Unidade de Pronto- Atendimento (UPA) e 11 Unidades Especializadas (RIBEIRÃO PRETO, 2014b).

Este estudo teve como portas de entrada, para o contato com as mães adolescentes e realização da primeira entrevista, a Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. “Marco Antônio Sahão” e a Unidade de Saúde: Dr. “Waldemar Barnsley Pessoa”, ambas localizadas no Distrito Sul do município de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2017), por se constituírem em local de trabalho da pesquisadora, onde já possui vínculo com a comunidade local e com os usuários e onde ocorreu a maior prevalência de atendimentos pré-natal a adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, no ano de 2014 no município.

A Unidade de Saúde “Dr. Waldemar Barnsley Pessoa” funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 21:00 horas e oferece os seguintes serviços: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, homeopatia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, teste do pezinho, assistência domiciliar, planejamento familiar e atividades educativas (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

A Unidade Básica Distrital de Saúde “Dr. Marco Antônio Sahão” funciona diariamente 24 horas com atendimento de emergência 24 horas e atendimento básico e de especialidades de segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas. Oferece os seguintes serviços: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, assistência domiciliar, teste do pezinho e planejamento familiar, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia, urologia, ultrassonografia e radiologia (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

A partir da primeira abordagem à mãe adolescente nas Unidades de Saúde descritas, foi sugerida pela pesquisadora a realização das etapas seguintes da pesquisa, no domicílio da adolescente, porém uma participante verbalizou preferência por realizar o segundo encontro (segunda etapa) em uma sala disponibilizada na Unidade de Saúde por motivo de privacidade, o que foi

respeitado, e outra participante preferiu aproveitar a consulta que havia agendado na UBDS para proceder à entrevista. Assim, considerando a escolha da participante, este estudo foi realizado, em sua maior parte, no domicílio das mães adolescentes. Tal sistemática foi priorizada, com base em recomendações: “abordar o adolescente como um membro da família é atitude fundamental para estabelecer vínculos” (BRASIL, 2013a, p. 68). Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar do binômio mãe-filho, bem como de sua família (BRASIL, 2015b).

Após a alta hospitalar, a mãe passa por um período considerado crítico, em que ela deixa um ambiente seguro, com uma rede de proximidade de profissionais, para regressar ao ambiente em que terá de resolver suas necessidades e as do bebê de forma autônoma (LEVY; BÉRTOLO, 2008). Dessa forma, vários estudos têm sido realizados nos domicílios das participantes (FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; NAKANO, 2003; ROCHA et al., 2010; TAKEMOTO et al., 2011). A observação do contexto familiar no domicílio é um aliado na promoção do aleitamento materno, segundo Parizotto e Zorzi (2008, p. 473): pois possibilita conhecer a realidade das mães e sua família, “conhecer suas práticas e crenças; avaliar condições ambientais, físicas, habitação e saneamento”, favorecendo assim o vínculo entre profissional e paciente. Permite, também, “promover a qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e promoção da saúde”. Consideramos que a aproximação das pesquisadoras no domicílio das participantes possibilitaria essa apreensão do contexto de vida da mãe adolescente.

5.3 Participantes do estudo

Foram convidadas a participar deste estudo mães adolescentes com filhos de até dois anos de idade, que estavam vivenciando ou vivenciaram o processo de amamentação e/ou de desmame e que compareceram às consultas médicas ou de enfermagem (de puericultura ou puerperal) nas referidas Unidades de Saúde eleitas para este estudo. Optamos por essa faixa etária das crianças devido à possibilidade de captar maior diversidade de situações em relação à amamentação e/ou desmame. Assim, com relação à situação de aleitamento

materno, foram incluídas adolescentes que amamentam ou amamentaram; assim como as que não haviam amamentado ou não estavam amamentando seus filhos, na ocasião da coleta de dados.

O número de mães adolescentes participantes (grupo de sujeitos) foi determinado pela saturação dos dados. A saturação ou recorrência dos dados caracteriza-se pelo momento no qual a coleta de maior quantidade de dados já não gera dados novos à investigação (POLIT; BECK, 2011). E de acordo com Minayo (2017, p. 10), o grupo de participantes se configura idealmente quando “reflete em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações”, ao longo da pesquisa. Portanto, na vigência de dados suficientes e consistentes para o trabalho, a coleta de dados foi encerrada.

5.4 Procedimentos de coleta de dados

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa foi composta por uma entrevista estruturada individual, e a segunda etapa foi realizada por meio do método *photovoice*, com produção de fotografias pelas mães adolescentes, seguida de reflexão individual sobre as imagens produzidas, e posteriormente, reflexão coletiva acerca das imagens produzidas, por meio da realização de um grupo focal.

5.4.1 Entrevistas individuais

Para essa primeira etapa, obtivemos, por meio das agendas de consultas de puericultura da enfermeira e do pediatra, os nomes das adolescentes que iriam comparecer às consultas médicas ou de enfermagem (de puericultura ou puerperal), e assim foi estabelecido o primeiro contato com a adolescente, ou seja, no dia e hora agendados para as referidas consultas. Dessa forma, observamos que praticamente todo dia havia adolescentes nas Unidades de Saúde, então, a partir desse momento, passamos a comparecer quase que diariamente às Unidades de Saúde e a permanecer por um período dentro de nossas possibilidades. Portanto, as participantes foram incluídas no estudo, conforme o comparecimento às consultas

de rotina.

De acordo com protocolos estabelecidos no município estudado, é importante que a primeira consulta de puericultura tenha início na primeira semana de vida do recém-nascido, assim é preciso garantir que o recém-nascido passe por essa consulta (preconizada de três a cinco dias de vida) com o enfermeiro. Os próximos atendimentos estão estruturados da seguinte forma: de um a seis meses de vida as consultas devem ocorrer mensalmente; de seis até 12 meses, consultas a cada dois meses; de 12 a 24 meses, consultas a cada quatro meses; de dois a dez anos, consultas a cada seis meses; de dez a 16 anos incompletos, durante a fase de puberdade, as consultas devem ocorrer semestralmente e posteriormente, anualmente (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

A partir dos encontros com as participantes, realizamos 12 entrevistas com mães adolescentes por meio de um roteiro com perguntas que compuseram a entrevista estruturada individual (Apêndice A).

Para Minayo (2014), entrevista é uma conversa a dois ou mais interlocutores, realizada a partir da iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Essa técnica de pesquisa também envolve a abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, tendo em vista o mesmo objetivo. A entrevista estruturada é realizada por meio de questionários e contém perguntas fechadas, cujo ponto de partida são as referências do pesquisador.

Nesse primeiro contato, nos apresentamos, explicamos sobre a pesquisa, as questões de investigação e a metodologia proposta e questionamos se a adolescente tinha interesse em participar da pesquisa. Em caso afirmativo, era realizada a entrevista estruturada individual por meio do referido roteiro, contendo 26 questões para obtenção de dados de identificação e socioeconômicos da participante. Coletamos dados tais como: nome; idade; número de filhos, endereço; telefone; renda, nível de escolaridade; se está estudando; estado civil, pessoas com quem reside; número de consultas pré-natal; gravidez desejada/indesejada; entre outras questões, a fim de criar uma oportunidade para construir um relacionamento com cada participante, caracterizar as participantes do estudo e de contatar a adolescente oportunamente.

Nesse primeiro encontro, também agendamos um segundo encontro com a participante, conforme a disponibilidade da mesma, em local definido pela mesma

para proceder com a pesquisa.

O período de coleta de dados ocorreu de março de 2016 a fevereiro de 2017. Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, individualmente e face a face com cada participante. A duração média das entrevistas foi de, aproximadamente, seis minutos.

5.4.2 Photovoice

Para a segunda etapa deste estudo, foi utilizada a metodologia *photovoice*, que é um recurso metodológico por meio do qual os participantes utilizam a fotografia e histórias sobre suas fotos para identificar e representar questões de importância para eles, o que permite aos pesquisadores ter uma maior compreensão do tema em estudo (CATALANI; MINKLER, 2010; NOWELL et al., 2006; NYKIFORUK; VALLIANATOS; NIEWENDYK, 2011; PALIBRODA et al., 2009; WANG, 2006). O *photovoice* é um método de pesquisa qualitativa que permite visualizar as percepções dos indivíduos acerca de suas realidades cotidianas (NYKIFORUK; VALLIANATOS; NIEWENDYK, 2011; VAUGHN; ROJAS-GUYLER; HOWELL, 2008).

O termo *photovoice* foi originalmente proposto por Wang e Burris no início da década de 1990 a partir de referenciais teóricos específicos, sendo eles a fotografia documental, as teorias feministas e a educação para uma consciência crítica, arcabouço teórico proposto por Paulo Freire (WANG; BURRIS, 1997). Esse método foi proposto para descrever a abordagem de mesclar narrativa com fotografia para explorar questões da comunidade; no entanto, esta metodologia foi aprofundada e utilizada também para expressar necessidades, história, cultura, problemas e desejos (NYKIFORUK; VALLIANATOS; NIEWENDYK, 2011).

O *photovoice* foi concebido como um método de pesquisa flexível que pode ser adaptado para diversos temas de pesquisas e tem sido utilizado com diversas populações marginalizadas, tais como refugiados, crianças de rua e sem abrigo (FOSTER-FISHMAN et al., 2005; WANG et al., 1998), grupos sub-representados, estigmatizados socialmente ou oprimidos, pois oferece a oportunidade para os indivíduos revelarem as suas preocupações (PALIBRODA et al., 2009). Alguns estudos também utilizaram o método, tais como Strack, Magill e McDonagh (2004) e Wang (1999) que investigaram questões sociais e de saúde de

adolescentes.

Partindo-se do que considera Bock (2004), ao versar que o adolescente como parceiro social é observado com desconfiança e suas atitudes são percebidas como imaturas, e Silva (2012) que afirma que algumas vezes é excluído socialmente e marginalizado, este método pode ser bastante viável para esse segmento populacional.

No Brasil, são escassas e recentes as publicações que tratam a saúde dos adolescentes em especial sobre a amamentação. O único estudo publicado que utilizou o método *photovoice* com adolescentes descreveu as concepções de adolescentes moradores de zonas rurais sobre saúde e evidenciou o *photovoice* como uma estratégia de educação em saúde positiva, na medida em que “envolveu os adolescentes na saúde coletiva da comunidade e potencializou a voz do jovem como protagonista de sua história” (COSTA et al., 2013, p. 1675).

Os benefícios do uso desse método para os participantes da pesquisa incluem: oportunidade para retratar visualmente experiências e compartilhar conhecimento pessoal sobre questões específicas que podem ser difíceis de expressar somente com palavras (VAUGHN; ROJAS-GUYLER; HOWELL, 2008; WANG; BURRIS, 1997). Para os pesquisadores, o uso de fotos ajuda a iniciar o diálogo entre os participantes sobre suas percepções do tema em discussão. É a combinação da narrativa e das representações visuais que ampliam a capacidade dos investigadores para capturar com precisão o significado de um problema do ponto de vista do participante (HARRISON, 2002; MCINTYRE, 2003; NOWELL et al., 2006).

Os participantes são convidados a expor seu ponto de vista através de fotografias, fornecendo um mecanismo de ver e compreender as percepções da saúde ou do problema social que deve ser abordado, discutindo e identificando, muitas vezes, soluções inovadoras para os problemas, ainda, as histórias advindas das fotografias podem provocar reações intuitivas que podem promover a ação sobre as questões comunitárias (VAUGHN; ROJAS-GUYLER; HOWELL, 2008; WANG; BURRIS, 1994).

O uso de câmeras na pesquisa social possibilita gravações detalhadas de fatos, além de proporcionar uma apresentação mais abrangente e holística de estilos e condições de vida. Permite também: o transporte de artefatos e a apresentação destes como retratos; a transgressão dos limites de tempo e espaço; gravações não

reativas das observações; e são menos seletivas do que as observações. As fotografias permanecem disponíveis a outras pessoas, podendo ser reanalisadas (FLICK, 2009).

O estudo da imagem é importante para o entendimento dos diversos pontos de vista que os homens constroem a respeito de si e dos outros, de seus comportamentos, pensamentos, sentimentos e emoções, em diferentes experiências de tempo e espaço (ALEGRE, 1998). As fotografias oferecem poderosas provas concretas de uma realidade, de maneira que as palavras simplesmente não podem capturar (PALIBRODA et al., 2009).

Sartorio (2011) constatou, em seu estudo, as seguintes potencialidades do uso da fotografia em pesquisa: emancipação dos sujeitos; dar voz a grupos vulneráveis; melhor compreensão da situação do sujeito; registro detalhado do real, maior riqueza dos dados obtidos; permite aos sujeitos rever suas experiências de vida; efeito terapêutico para os sujeitos; mais proximidade entre o entrevistador e o sujeito; conferir protagonismo aos sujeitos; divulgação de acervos e aceitação do método.

A mesma autora também constatou limitações, as quais foram: habilidade no manuseio da câmera fotográfica; censura dos familiares às fotografias; invasão da privacidade individual e familiar; risco de manipulação dos dados; disponibilidade de equipamento; custo e necessidade de pessoal especializado; dados oriundos de fontes secundárias (SARTORIO, 2011).

Photovoice também incorpora diversão, criatividade e colaboração, de uma forma que incentiva a participação da comunidade (PALIBRODA et al., 2009). Em se tratando de adolescentes, esse método pode se constituir em estímulo no sentido de poderem expressar questões de suas circunstâncias de vida.

A utilização do método *Photovoice*, neste estudo, teve o caráter de documentar a realidade vivenciada pelas adolescentes com relação às potencialidades e fragilidades do processo de amamentação e de revelar as necessidades das adolescentes para que os profissionais de saúde possam atuar de maneira significativa na promoção e apoio à amamentação, prolongando a duração do aleitamento materno e a satisfação do binômio mãe-filho.

Assim, para atingir os objetivos propostos para este estudo, optou-se por desenvolver a estratégia fundamentada em nove fases de Souza (2013) e Wang (1999) para a operacionalização do método *photovoice*, as quais foram adaptadas

para este estudo.

O *photovoice* avança em suas fases na forma de um passo a passo, porém algumas atividades do método se sobrepõem em alguns momentos, dado que é um processo contínuo, ou seja, algumas atividades têm um início e fim definidos claramente, enquanto outras atividades continuam por um tempo maior. Assim, cada projeto *photovoice* é diferente (PALIBRODA et al., 2009).

A seguir, descrevemos como foi operacionalizada esta pesquisa, detalhando cada fase.

5.4.2.1 Estabelecer relações de confiança com a comunidade e consultá-la

Nessa primeira fase é importante a construção de uma conexão entre o pesquisador e a comunidade, a fim de obter os dados e base sólida para desenvolver o projeto. Assim, o pesquisador poderá compartilhar ideias, oferecer feedback e responder a questionamentos, a fim de estabelecer uma relação de confiança para interação entre pesquisador e a comunidade, gerando uma participação mais significativa (SOUZA, 2013).

De acordo com Catalani e Minkler (2010), projetos *photovoice* mais participativos tendem a ser associados com relações de longa data entre pesquisadores e a comunidade. O desenvolvimento de conexão entre as mães adolescentes e a pesquisadora foi facilitado, pois a pesquisadora já exerce atividades de trabalho docente junto às Unidades de Saúde aprovadas para esta pesquisa. Foi realizado encontro da pesquisadora com a equipe de saúde (gerentes, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, pediatras e ginecologistas) dos vários setores das Unidades de Saúde (pediatria, ginecologia, consultórios das enfermeiras e sala de vacinas), a fim de gerar uma aproximação e estreitamento de laços.

5.4.2.2 Planejar o *photovoice*

Nesta fase os detalhes específicos do *photovoice* são planejados. O pesquisador assume a liderança das atividades, seleciona o local para o desenvolvimento da investigação, desenvolve o cronograma de atividades, organiza equipamentos e o local para a reunião de grupo, estima possíveis problemas e

elabora o orçamento financeiro da pesquisa (SOUZA, 2013).

A pesquisadora selecionou o tipo de câmera a ser utilizada para a captação de imagens: câmeras fotográficas de uso único que vêm com um filme contendo 27 poses e um flash (Figura 1), conforme recomendam Palibroda et al. (2009). Foi explicada a possibilidade de utilizar mais filmes, caso a participante desejasse. Nenhuma participante solicitou nova câmera. A pesquisadora também já possuía um aparelho portátil (Media Players – MP3) para gravação de áudio das sessões. Todos os gastos financeiros com a pesquisa foram custeados pela pesquisadora.

Figura 1 – Câmera fotográfica oferecida às participantes.

Fonte: pesquisadora

5.4.2.3 Recrutar as participantes para o *photovoice*, introduzir a metodologia *photovoice* às participantes e facilitar uma discussão de grupo sobre imagem, poder e ética

Nesta fase, ocorre o recrutamento das participantes para o estudo, o que envolve atrair pessoas da comunidade estudada, convidando-as para participarem do *photovoice*, e se explicam os objetivos da pesquisa, os detalhes de cada fase do método *photovoice*, as questões de identificação e os aspectos éticos (PALIBRODA et al., 2009). Essas informações foram fornecidas no primeiro encontro com as participantes do estudo.

Ainda, Wang (1999) sugere algumas discussões tais como: Qual é a forma aceitável para se aproximar de alguém para fotografá-lo? Devem ser obtidas

fotografias de pessoas sem o consentimento delas? Em que momento não gostaria que lhe fotografasse? A quem poderia mostrar suas imagens? Quais são os impactos que seriam causados?

De acordo com Wang e Burris (1997, p.369), o *photovoice* é um método em que se confia câmeras nas mãos de pessoas que possam agir como fotógrafos e documentar suas vidas. Às participantes foram explicadas as questões éticas para entendimento sobre a responsabilidade e autoridade que lhes são atribuídas enquanto fotógrafas.

Para esta pesquisa, ao término do primeiro encontro, foi oferecida uma câmera fotográfica para as participantes do estudo que foram orientadas a realizar as fotografias de acordo com o tema: “O que pode facilitar e o que pode dificultar a amamentação de seu filho(a)?”, durante o período de dez dias. Elas também foram instruídas sobre o manuseio e técnicas básicas para obtenção das imagens por meio da câmera fotográfica, conforme o Apêndice B, adaptado de Galon (2015). A maioria das participantes do estudo recusou a utilização da câmera fotográfica oferecida, preferindo captar as imagens com aparelho celular próprio e enviar à pesquisadora por meio do aplicativo WhatsApp. Tondo e Silva (2016) afirmam que os mais jovens, as crianças e adolescentes possuem maior familiaridade com as tecnologias; suas vivências estão permeadas pelas mídias, o que facilita o manuseio e a sociabilidade com tais dispositivos.

Assim, do total de 12 participantes do estudo, a maioria (nove) optou por enviar as fotos por meio do WhatsApp, (aplicativo que possibilita uma forma de comunicação instantânea, em múltiplos formatos como texto, imagens, sons e vídeos) instalado em seus telefones celulares (MATTAR, 2014), o que demonstra que essas adolescentes pesquisadas têm acesso a essas tecnologias da informação e utilizam os dispositivos tecnológicos. De acordo com Tondo e Silva (2016), a posse de telefones celulares e os usos da internet são cada vez mais comuns na sociedade globalizada; são responsáveis pelo desenvolvimento e empoderamento de pessoas e se constituem em importante aliado para o acesso à internet de muitos sujeitos, principalmente os jovens. De acordo com Galperin e Mariscal (2007), os telefones celulares contribuem como uma ferramenta de fortalecimento de laços sociais de seus usuários. Pesquisa realizada por Silva (2011) apresentou os impactos causados pelas apropriações dos telefones celulares por 41 mulheres em situação de vulnerabilidade social e apontou a importância do telefone celular como

instrumento que auxilia na manutenção dos laços familiares e no cuidado com os filhos e o acesso à internet para fins educativos.

É importante ressaltar que 41 mães adolescentes que aguardavam a consulta médica ou de enfermagem na sala de espera das Unidades de Saúde aceitaram participar da pesquisa. Porém, 12 mães adolescentes realmente compuseram o grupo de participantes deste estudo. É importante evidenciar a dificuldade dessa fase inicial (recrutamento) da pesquisa, em que houve certa recusa em participar da mesma. Notou-se que as que recusaram a participar estavam muito voltadas para o seu filho(a) e talvez essa seja a grande recusa em participar da pesquisa. Alguns dos motivos relatados para tal recusa foram: falta de tempo, pois os cuidados com o filho e as atividades/tarefas do lar lhe consumiam muito tempo; a participação na pesquisa dependeria da aceitação do companheiro; falta de habilidade e/ou criatividade para fotografar.

5.4.2.4 Iniciando o *photovoice* – obter o consentimento informado

Nesse momento do *photovoice*, ocorre a implementação do planejamento do projeto com o estabelecimento do cronograma de reuniões (PALIBRODA et al., 2009). Também, são enfatizadas questões de segurança, autoridade e responsabilidade que as participantes devem possuir ao utilizarem uma câmera fotográfica para transmitirem suas mensagens. Devem ser respeitados os princípios éticos no momento de registrar as imagens, não infringindo a privacidade individual, pois as fotografias representarão fielmente os problemas, o que pode gerar fotografias de pessoas, onde as mesmas devem ser tratadas sempre de forma ética.

Segundo Vaughn, Rojas-Guyler e Howell (2008), os pesquisadores devem informar aos participantes sobre a responsabilidade de respeitar a privacidade e direitos das pessoas. A pesquisadora seguiu esta recomendação e, portanto, a mãe adolescente foi informada de que era preciso respeitar a privacidade e o direito das pessoas, acrescentando que não era permitido fotografar a face de pessoas, somente do pescoço para baixo. As participantes respeitaram essa recomendação.

Dessa forma, para a realização de fotos que envolvessem pessoas, foi solicitada autorização para sua realização por meio do Termo de Autorização de Uso de Imagem (Apêndice C).

No segundo encontro com as participantes, antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora efetuou a leitura do Termo de Assentimento (Apêndice D) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a) responsável pela adolescente (Apêndice E) ou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) e obteve a assinatura dos mesmos.

Também, foi disponibilizado o número do telefone da pesquisadora para as participantes, que lhes permitia entrar em contato com a pesquisadora, sem custo para as participantes, conforme a necessidade.

De acordo com Palibroda et al. (2009), o *photovoice* geralmente é realizado com indivíduos marginalizados socialmente. Além dessa vulnerabilidade, o exame do problema em questão pode gerar sentimentos de preocupação e/ou de frustração com sua vida ou com as questões sociais de sua comunidade. A maioria das adolescentes que participou da pesquisa revelou diretamente ou indiretamente seu descontentamento com suas condições socioeconômicas, e algumas revelaram estar sem perspectivas de um futuro melhor para si e seu(s) filho(s). Assim, a pesquisadora entrou em contato com o serviço de assistência social oferecido pela rede municipal de saúde para casos específicos de duas mães adolescentes. Os mesmos autores afirmam que expor essas emoções significam crescimento pessoal e mudar pode ser doloroso. É preciso que o pesquisador se planeje com antecedência e saiba como esta situação pode ser abordada ou discutida. O fato de a mãe adolescente estar vivenciando questões emocionais de descontentamento pode acarretar influências em seu processo de amamentação.

5.4.2.5 Identificar um ou mais temas para as fotografias

Nesta fase, os sujeitos devem ser orientados sobre o foco da pesquisa, são explicitados os objetivos do estudo, o papel de cada indivíduo no grupo e sobre o consentimento informado. Assim, as participantes pensaram nas questões da pesquisa e determinaram o que desejavam fotografar. Os participantes do *photovoice* têm a oportunidade de explorar como a questão de pesquisa influencia suas próprias vidas e como eles podem capturar imagens que revelem suas experiências de vida relacionadas com essa questão. Também é importante evidenciar o significado central e o valor de cada participante para o sucesso do *photovoice* (PALIBRODA et al., 2009).

As mães adolescentes foram estimuladas a retratar situações que serão utilizadas para educar, sensibilizar e compreender o tema da pesquisa. As participantes devem estar dispostas e interessadas em compartilhar abertamente suas vivências com o grupo participante e, eventualmente, com o público.

À medida que o *photovoice* avança, os participantes vão melhorando suas habilidades e confiança como fotógrafos e criadores de informação (PALIBRODA et al., 2009). A maioria das participantes deste estudo relatou dificuldades iniciais em como saber o que fotografar. De acordo com Palibroda et al. (2009), esse tipo de dificuldade pode ocorrer. O assunto foi abordado de forma sensível pela pesquisadora na medida em que as participantes foram encorajadas, dados exemplos de potenciais fotografias e foi discutido como superar essa dificuldade com as mesmas.

5.4.2.6 Distribuir as câmeras para as participantes e instruir quanto ao seu manuseio – coletando os dados

Esta fase retrata a coleta de dados que, segundo Palibroda et al. (2009), é um processo contínuo que se inicia com a execução da pesquisa e continua até a fase de compartilhamento das fotografias, seguida da análise dos dados.

A pesquisadora disponibilizou câmeras fotográficas às mães adolescentes que aceitaram participar da pesquisa, no primeiro encontro. Após a obtenção das imagens pela participante, providenciou a revelação das fotografias. E caso a adolescente desejasse obter as imagens com o celular próprio, era informada sobre essa possibilidade e para isso, assinava o Termo de Recusa do Uso da Câmera Fotográfica (Apêndice G). Nesse caso, a adolescente enviava as imagens à pesquisadora por meio do aplicativo WhatsApp, conforme descrito anteriormente.

Porém, 29 mães adolescentes desistiram da participação na pesquisa. Uma delas devolveu a câmera, e outras 12 câmeras foram perdidas por dificuldade de contato telefônico ou presencial com a adolescente, ou por desistência em participar da pesquisa e perda do equipamento (câmera) pela adolescente.

5.4.2.7 Oferecer tempo às participantes para registrarem as fotografias – analisando os dados

As participantes que optaram por utilizar a câmera fotográfica ficaram em média uma semana com a mesma; as participantes que optaram por enviar as imagens por meio do aplicativo WhatsApp enviaram em até três dias. Isso possibilitou a captura de um total de 94 fotografias. Foi capturada uma média de sete fotografias por participante, sendo duas o número mínimo e 19 o número máximo.

Não foi estipulado um limitador do número de fotos, e as participantes foram instruídas de que na entrevista seriam discutidas apenas algumas fotos. Foi solicitado às participantes para identificarem as fotografias, respondendo às questões da pesquisa:

- 1) O que facilita ou facilitou na amamentação do seu filho(a)?
- 2) O que atrapalha ou atrapalhou na amamentação do seu filho(a)?

Após esse momento, inicia-se a análise dos dados, em que são selecionadas imagens que retratem fielmente os objetivos da pesquisa e as mesmas são utilizadas para nortear a entrevista com a participante e devem ser categorizadas para a discussão em grupo (PALIBRODA, et al. 2009). Algumas questões podem nortear essa escolha, como por exemplo: O que você exemplificou aqui? O que realmente aconteceu nesta imagem? Como esta imagem está relacionada com a vida das adolescentes? (SOUZA, 2013).

Essa entrevista tem como objetivo obter as histórias sobre algumas de suas fotografias. A pesquisadora iniciou com a fotografia que foi mais significativa para a adolescente. A entrevista prosseguia até que a participante verbalizasse que deseja finalizar a entrevista ou até que fosse atingida a profundidade das questões. A pesquisadora realizou uma série de perguntas sobre a foto, por exemplo, como abordaram Nykiforuk, Vallianatos e Nieuwendyk (2011), Vaughn, Rojas-Guyler e Howell (2008) e Wang (1999): O que você vê nessa foto? Por que esta imagem é importante para você? O que realmente está acontecendo nessa foto? Por que esse problema ou preocupação existe? O que podemos fazer para melhorar ou resolver isso?

Na sequência, ocorria discussão das fotografias na qual a participante era questionada sobre suas experiências com sua participação nesta pesquisa e como

sua participação a impactou.

Para este estudo, julgamos que a entrevista individual pôde permitir uma exploração mais aprofundada das questões de interesse, assim como no estudo de Nykiforuk, Vallianatos e Nieuwendyk (2011).

A pesquisadora ofereceu às participantes uma cópia revelada de suas fotografias, sem ônus para as mesmas, após a conclusão da entrevista. Uma participante aceitou a cópia de suas fotos.

5.4.2.8 Promover reuniões para discutir as fotografias e identificar os recursos e problemáticas comunitárias

Nessa fase, os participantes são reunidos em um grupo, as imagens são exibidas e realizam-se discussões e troca de experiências sobre as temáticas abordadas (SOUZA, 2013). Uma das técnicas grupais mais comuns de pesquisa qualitativa é o grupo focal, que se constitui num tipo de entrevista ou conversa baseada na interação entre os participantes, em grupos pequenos e homogêneos (MINAYO, 2014).

Ao planejar o desenvolvimento da pesquisa, um dos desafios vivenciados pela pesquisadora foi adotar ou não a técnica de grupo focal, visto que mesmo sabendo que seria um método valioso na coleta de dados, com viabilidade financeira e possibilidade de obtenção de dados válidos e confiáveis em um tempo abreviado, seria uma tarefa difícil a adesão das participantes para a sessão grupal. Segundo Gaskel (2002), existem situações em que nem todos os convidados para o grupo se apresentam, e existem grupos cujo público-alvo é difícil de recrutar, tal como mães com filhos muito pequenos.

O *photovoice* foi sugerido por Wang (1999) com tamanho ideal variando de sete a dez participantes, pois são suficientes para que cada pessoa possa contribuir de maneira significativa na troca de experiências e ideias.

Houve dificuldade em reunir as participantes para o grupo focal. Inicialmente foi agendado um encontro com as 12 participantes, por meio de contato telefônico, sendo que sete delas confirmaram presença. No dia da reunião, apenas uma compareceu, sendo então agendado outro encontro com 11 participantes, pois não foi possível entrar em contato com uma delas. Do contato com as adolescentes, nove confirmaram a participação no dia e horário combinados, porém apenas três

mães adolescentes compareceram e participaram do grupo focal, o que proporcionou a maximização da profundidade de expressão de cada uma delas.

Para Gondim (2003), apesar de se convencionar que o tamanho do grupo varia de quatro a 10 pessoas, isto depende do nível de envolvimento com o assunto de cada participante; se este desperta o interesse de um grupo em particular, as pessoas terão mais o que falar e, neste caso, o tamanho não deve ser grande, para não diminuir as chances de todos participarem.

A técnica de grupo focal busca reunir informações detalhadas que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre um tema específico, a partir de um grupo de participantes selecionados (TRAD, 2009). Assim, neste estudo, o grupo focal foi conduzido a partir da seguinte temática: o que facilita e o que dificulta o processo de amamentação para as mães adolescentes.

Então, para a reunião, as pesquisadoras analisaram e separaram as fotografias entre “fatores que facilitam” e “fatores que dificultam” o processo de amamentação, segundo as informações coletadas *a priori* na entrevista individual. A discussão grupal foi estimulada a partir das imagens apresentadas, e as adolescentes foram orientadas a contextualizar, ou seja, discutir, contar histórias e/ou experiências relacionadas aos significados das fotografias (WANG; BURRIS, 1997). As pesquisadoras atuaram como moderadoras e criaram um ambiente favorável para que a discussão proporcionasse a expressão de diferentes ideias e pontos de vista.

A reunião para a realização do grupo focal ocorreu em fevereiro de 2017, em um local de fácil acesso às participantes (próximo à residência delas) seguro e confortável e em horário combinado com as mesmas. As adolescentes foram dispostas em círculo de modo a promover um bom contato visual entre elas.

As falas das participantes do grupo focal foram gravadas em dois dispositivos eletrônicos, gerando arquivos do tipo MP3. Dessa forma, foram utilizados dois gravadores digitais, com o intuito de registrar na íntegra os discursos das participantes e também não correr o risco de perdas, ao utilizar somente um equipamento. Posteriormente, o conteúdo foi transcrito.

A reunião grupal teve duração de uma hora e trinta e dois minutos. Tipicamente, sua duração varia entre 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo) para garantir um bom emprego da técnica (TRAD, 2009). Para facilitar a interação social entre as mães, foi oferecido um lanche com sucos, bolachas.

Também foram distribuídos brinquedos, fraldas e roupas infantis às participantes como forma de agradecimento pela contribuição à pesquisa. As despesas foram custeadas pela pesquisadora.

Com a realização do grupo focal, as participantes puderam conhecer as histórias de vida que cada participante expôs, compartilhar a própria história de vida e identificar aspectos em comum e outros divergentes e ainda a forma de enfrentamento de cada participante diante das questões da pesquisa.

Os dados gerados foram analisados de forma complementar com os temas que emergiram das entrevistas, foram identificados ao longo do discurso com as mães adolescentes e sinalizados nos resultados da pesquisa como (grupo focal).

5.4.2.9 Planejamento partilhado dos formatos de disseminação das imagens fotográficas e das histórias produzidas

Nesta última fase, a apresentação das imagens pode ser realizada através de diversos meios e estratégias com o objetivo de disseminar os trabalhos, histórias e recomendações a membros da comunidade, lideranças e políticos locais em: sessões públicas, eventos locais, nacionais e internacionais, garantindo o anonimato das participantes (SOUZA, 2013; PALIBRODA et al., 2009).

Acreditamos que a publicação dos dados deste trabalho, apresentação em eventos científicos, bem como em comunidades, contemplará esta fase. Ao encerrar a pesquisa, o relatório final será encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP, em atendimento à solicitação da mesma (Anexo A).

5.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP - USP) e pela Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto, SP (Anexo A) através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 50437515.2.0000.5393 (Anexo B).

Considerando-se que o presente estudo envolve seres humanos, seu

desenvolvimento foi guiado pelas diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todas as recomendações abordadas na referida Resolução foram seguidas e respeitadas (BRASIL, 2013b).

Participaram deste estudo adolescentes de 13 a 19 anos de idade, sendo que as participantes com idade de 13 a 17 anos completos foram incluídas no estudo, após consentirem em participar do estudo e assinarem o Termo de Assentimento (Apêndice D) e seu responsável assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável pela adolescente (Apêndice E); e as participantes com idade de 18 e 19 anos completos foram incluídas no estudo após consentirem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F).

Em relação ao registro fotográfico, foi elaborado um Termo de Autorização para Obtenção e Divulgação de Imagens, anexado ao Termo de Assentimento. Nele está esclarecida a não exposição das faces das pessoas no momento da divulgação das imagens. As participantes da pesquisa foram informadas de que era preciso respeitar a privacidade e o direito das pessoas, acrescentando que não era permitido fotografar a face de pessoas. Também, considerando que a pesquisa pode incluir imagens de terceiros, foi elaborado o Termo de Autorização para Uso de Imagem (Apêndice C).

Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos ou dúvidas que a participante poderia ter durante as entrevistas em seu domicílio, na Unidade de Saúde ou pelo contato telefônico, portanto, foram assegurados às participantes do estudo o anonimato, a privacidade e o direito de se recusar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo em nenhum aspecto do atendimento da participante. A pesquisadora esteve à disposição para ouvir e esclarecer dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicar a importância das entrevistas e dos registros fotográficos, o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade.

Na apresentação dos resultados, optamos por identificar as mães adolescentes como participantes do estudo, denominando-as por nomes fictícios e típicos da linguagem e comunicação entre as adolescentes, de forma a proporcionar a diferenciação entre elas e garantir a privacidade e o anonimato das informações. A saber: Juju, Bia, Dany, Sandy, Leleca, Paty, Susi, Bela, Mel, Nina, Mari e Mila.

5.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas, e seu conteúdo foi submetido à análise temática que, segundo Braun e Clarke (2006), é um método para identificar, analisar e relatar temas (padrões) emergentes dos dados coletados, a fim de organizá-los e descrevê-los detalhadamente, permitindo a interpretação de vários aspectos do objeto da pesquisa.

Ainda de acordo com os autores, esse tipo de análise de pesquisa permite relatar experiências, significados e a realidade dos participantes, o que vem de encontro com os objetivos desta pesquisa.

Quanto ao tipo de análise adotada, optamos pelo modelo indutivo, em que os temas identificados são extraídos dos próprios dados, e não por qualquer concepção prévia (BRAUN; CLARKE, 2006).

Os mesmos autores afirmam que a análise temática indutiva envolve constante avanço e recuo, conforme necessário, ao longo de suas seis fases, apresentadas a seguir:

Fase um: Familiarizar-se com os seus dados – nessa fase, após a transcrição dos dados, é realizada uma imersão no conteúdo, a fim de conhecer sua amplitude e profundidade e gerar ideias iniciais. Essa fase fornece a base para o resto da análise, assim, é importante estar familiarizado com todos os aspectos dos dados coletados. É importante tomar notas ou marcar ideias para a próxima fase, a codificação.

Fase dois: Geração dos códigos iniciais – a partir da identificação das características relevantes dos dados, é possível construir os códigos iniciais para as unidades significativas dos dados, organizando-os em grupos, trabalhando de forma sistemática com todo o conjunto de dados. A codificação é realizada manualmente.

Fase três: Busca por temas – essa fase envolve o agrupamento dos diferentes códigos em temas potenciais. Alguns códigos iniciais podem passar a formar temas principais, ao passo que outros podem formar subtemas, e ainda outros podem ser descartados. Recomenda-se não abandonar nenhum dado nessa fase, pois na próxima alguns dados podem ser combinados, refinados e separados ou descartados.

Fase quatro: Revisão dos temas – inicia-se a partir do conjunto de possíveis temas, realizar o refinamento dos mesmos. Os dados dentro dos temas devem ser significativos e coerentes e haver distinções claras e identificáveis entre os temas. Essa fase envolve dois níveis de revisão dos temas:

- **Nível um:** revisão ao nível dos extratos de dados codificados: significa ler todos os extratos de cada tema e certificar-se de que aparecem para formar um padrão coerente. Se os possíveis temas parecem formar um padrão coerente, passar para o segundo nível. Se os possíveis temas não se encaixam, considerar se o tema é problemático ou se algum dos extratos de dados não se encaixa. Nesse caso, refazer o tema, recriando-o, ou encontrando um local para esses extratos que não se encaixam em um tema já existente ou descartá-los da análise. Uma vez que a pesquisadora se certificar de que os possíveis temas se relacionam adequadamente aos códigos gerados, é possível gerar um mapa temático de análise e passar para o nível dois.

- **Nível dois:** neste nível, a pesquisadora deve verificar a validade dos temas individuais em relação ao conjunto de dados e também verificar se o mapa temático reflete, com precisão, os significados evidentes do conjunto de dados, o que depende da abordagem teórica do estudo.

Essa fase possibilita obtermos uma ideia de quais são os diferentes temas do estudo e de como eles se relacionam e a história que descrevem sobre os dados.

Fase cinco: Definição e nomeação dos temas – a partir do mapa temático gerado, definir e aperfeiçoar cada tema, nomeando-os. Também, relacionar os extratos de dados que deram origem aos temas.

Fase seis: Produção do relatório – nessa fase procede-se à análise final e escrita do relatório. É importante que a análise seja concisa e coerente, lógica, não repetitiva e interessante, de forma a apresentar o relato da história dos dados – dentro e entre seus temas. O extrato de dados precisa ser incorporado dentro de uma narrativa analítica que, de forma convincente, ilustre a história acerca dos dados, indo além da descrição dos dados, por meio da argumentação em relação à questão da pesquisa.

A seguir, serão apresentados os resultados do estudo bem como as interpretações e reflexões que surgiram no processo de seu desenvolvimento, objetivando compreender o tema proposto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados em duas etapas: a primeira refere-se à caracterização das 12 mães adolescentes que participaram do estudo, realizadas por meio da entrevista inicial; e a segunda etapa é relativa à análise das entrevistas, contemplando os aspectos que facilitam e/ou dificultam a amamentação para as 12 participantes, obtidos por meio do *photovoice*, considerando as entrevistas, as fotografias e o grupo focal.

Foram realizadas 12 entrevistas com mães adolescentes que compareceram em consulta às Unidades de Saúde aprovadas para este estudo, no município de Ribeirão Preto – SP, sendo que duas mães pertenciam à Unidade de Saúde “Dr. Waldemar Barnsley Pessoa” e as outras 10 mães pertenciam à Unidade Básica Distrital de Saúde “Dr. Marco Antônio Sahão”.

6.1 Caracterização das participantes do estudo

Analisando as características das 12 participantes, a idade variou de 13 a 19 anos de idade, sendo que seis delas tinham 19 anos de idade, as outras seis, entre 13 e 18 anos de idade. De acordo com o MS, a idade tem importância no planejamento e na implantação de políticas públicas. As diferentes particularidades que a idade interpõe aos sujeitos adolescentes, no momento do ciclo da vida, têm singularidades e aspectos psicobiológicos, socioculturais e socioeconômicos importantes e distintos (BRASIL, 2017).

Quanto ao estado civil, as 12 participantes relataram não estarem casadas com o pai da criança; sete informaram estarem amasiadas e cinco eram solteiras. Existe uma importante associação entre o fato de a mãe viver com o companheiro e o aleitamento materno presente nos primeiros meses (SILVA et al., 2012), pois os pais bem relacionados com suas parceiras auxiliam na construção da confiança materna para amamentar, importante para a adesão e manutenção da amamentação (KU; CHOW, 2010).

Dez participantes eram primíparas, e duas eram mães pela segunda vez. Entre as primíparas, especialmente, a promoção da amamentação, durante a gestação, certamente tem efeito positivo nas prevalências de aleitamento materno. O acompanhamento pré-natal apresenta-se como uma oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. É importante que pessoas significativas para a gestante,

como companheiro e/ou pai do bebê e mãe, sejam incluídas no aconselhamento (BRASIL, 2015b). Em relação à recorrência de gravidez na adolescência, Velho et al. (2014) concluíram que esse fato pode contribuir para a permanência do ciclo pobreza, baixa escolaridade e menores possibilidades futuras em amplo sentido.

Em relação à residência, sete participantes residem com o companheiro e as outras cinco residem com outros integrantes da família tais como: a mãe, a irmã, o irmão, prima, enteados, tia, tio, avô, avó, sobrinhos e/ou sogra.

Nenhuma participante referiu estar estudando no momento da entrevista. Todas as participantes referiram saber ler; sendo que 11 informaram saber escrever, e uma relatou não saber escrever. Entre as adolescentes entrevistadas, seis não completaram os estudos no ensino fundamental e seis não completaram o ensino médio. Em relação à escolaridade, a interrupção do processo de escolarização é uma das muitas rupturas que ocorrem na vida da adolescente que engravida (CAMAROTTI et al., 2011). Independentemente das razões que afastam as adolescentes da escola, elas deixam de adquirir conhecimentos e perdem oportunidades que são a base para a saúde e o bem-estar futuros. As adolescentes fora da escola têm menos probabilidade de acesso a uma educação integral para a sexualidade e a cursos sobre habilidades para a vida, onde podem aprender sobre seus corpos e sobre relações de gênero e poder, assim como competências de comunicação e negociação (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2016). O IBGE (2016a) afirma que é imprescindível a construção de políticas públicas que estimulem a continuidade nos estudos, no sentido de inclusão dos adolescentes, principalmente das mulheres, em desvantagem social pela desigualdade de gênero.

Em relação à renda familiar, oito participantes relataram que é de até um salário-mínimo⁴ e para quatro participantes a renda é de dois a três salários-mínimos.

Quanto à ocupação/profissão das entrevistadas, nove eram donas de casa, e as outras três trabalhavam fora de casa, sendo uma faxineira, uma babá e uma atendente em um restaurante.

Além do baixo nível educacional, um poder aquisitivo menor também contribui para uma gestação na adolescência, visto que a necessidade de interromper os estudos acaba impossibilitando a adolescente de obter qualificação

⁴ Salário-mínimo no ano de 2016 igual a R\$880,00 (oitocentos e oitenta reais) (BRASIL, 2015d).

profissional melhor, dado de Camarotti et al. (2011) que corrobora os achados deste estudo, em que grande número de meninas adolescentes realizava atividades do lar. De acordo com o IBGE (2016a), pessoas com menores rendimentos, sem acesso à educação e em condições de moradia precárias por falta de acesso a serviços básicos se mostram mais expostas a riscos de saúde, como é o caso de algumas das mães adolescentes que participaram deste estudo.

Das 12 participantes do estudo, sete informaram que essa última gravidez não foi planejada nem desejada e para cinco mães a gravidez foi planejada e desejada. De acordo com o MS, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada (BRASIL, 2013c). Geralmente, a ocorrência da gravidez na adolescência é vista como não planejada, indesejada e resultante do desconhecimento de métodos anticoncepcionais. Estas concepções nem sempre estão presentes e sinalizam que a análise da gravidez e da maternidade nessa etapa da vida não pode ser desarticulada dos projetos individuais, nem descontextualizada das condições sociais em que as adolescentes estão inseridas, tendo em vista a influência de fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos envolvidos na escolha de ser mãe (BRASIL, 2017). E, no caso de uma gestação indesejada, é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas (BRASIL, 2016b).

A média de realização de consultas pré-natal dessa última gravidez foi de seis consultas, sendo que o número mínimo foi de cinco consultas e o número máximo foi de dez consultas realizadas nas Unidades de Saúde próximas às suas residências. Segundo o MS, é possível que o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Se o início precoce do pré-natal é fundamental para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso (BRASIL, 2013c). Segundo a OMS, o número adequado seria igual ou superior a seis. As consultas deverão ocorrer mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre 28 e 36 semanas e semanalmente no termo. O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo essencial o envolvimento de toda a equipe para a integralidade da assistência à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é fundamental para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções apropriadas

sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança. É importante conhecer a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial, especialmente quando ela é adolescente. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, tendo em vista o bem-estar da mulher e da criança, bem como a inclusão do parceiro e/ou pai do bebê e família, desde que esse seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016b).

Todas as mães adolescentes que compuseram este estudo referiram não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. O grupo é um espaço que permite a saudável criação de uma zona imaginária, em que ideias e sentimentos são criados, a fim de concretizar atitudes pouco aceitas em outros espaços sociais (BRASIL, 2005; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Se por um lado as adolescentes se mostram resistentes ou desinteressadas em se aproximar das instituições de saúde, estas apresentam dificuldades em acolher os que a procuram, principalmente quando a demanda ultrapassa as enfermidades centradas no corpo físico (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Em relação à amamentação, no momento da entrevista, nove participantes referiram estar amamentando seus filhos; uma relatou que amamentou até os seis meses de vida de seu filho; a outra amamentou até os sete meses, e uma informou não ter amamentado seu filho. O desafio está em ampliar a amamentação (HANSEN, 2016). Para isso, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno devem ser ações prioritárias de saúde (FUJIMORI et al., 2010), para que as recomendações de AM e de AME preconizadas pela WHO sejam uma realidade para todos.

Assim, esses achados revelam que há necessidade de uma atenção/aproximação mais ampla às necessidades de vida e de saúde das adolescentes por parte dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, a fim de proporcionar um suporte/apoio às escolhas das adolescentes para os benefícios da amamentação para a saúde do binômio mãe-filho e o bem-estar de toda a família.

Para proporcionar melhor compreensão dos contextos pessoais e socioeconômicos das participantes do estudo, é apresentada a seguir, uma

caracterização de cada uma delas, conforme roteiro (Apêndice A).

6.1.1 Conhecendo as adolescentes

A seguir, apresentaremos as características de cada participante do estudo e as observações das pesquisadoras.

Juju

Juju, 19 anos de idade. Informa: residir com seu bebê de seis meses de idade, a mãe, e o companheiro, estar amasiada, não trabalhar e não estudar; ter estudado até o primeiro colegial e saber ler e escrever; a renda familiar (proveniente do companheiro) é de dois salários-mínimos; essa gravidez foi desejada/planejada. Relata ter comparecido a 10 consultas de pré-natal em duas localidades: Jardinópolis e na UBDS da Vila Virgínia, sendo que nesta última realizou duas consultas. Relata não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando seu filho em seio materno e ter iniciado a alimentação complementar.

Observações: A participante preferiu capturar as imagens com o celular próprio e enviou nove fotos/imagens às pesquisadoras por meio do aplicativo WhatsApp, no dia 17 de maio de 2016. Foi agendado encontro no domicílio da participante para o dia seguinte. No dia 18 de maio de 2016, as pesquisadoras foram até o domicílio da mesma, que aguardava na garagem de sua casa no horário combinado. A adolescente foi encontrada com seu filho no colo e uma outra criança de cinco anos brincando no chão. Imediatamente ela o colocou no carrinho e veio nos receber. Entramos em sua casa e sentamos. Havia uma outra criança, de quatro anos, dormindo em um dos sofás. Perguntamos de quem eram as duas crianças e ela disse que eram de sua irmã, e ela ficava com as sobrinhas em dias alternados para a sua irmã poder trabalhar. As pesquisadoras sentaram-se no outro sofá e os trabalhos foram iniciados. Durante toda a entrevista, sua sobrinha brincou com o seu filho e mais no final da entrevista, a participante pegou seu filho no colo e tentou ver se ele queria mamar, mas ele recusou. Ela insistiu por mais duas vezes, e ele não quis mamar. Nesse momento a participante comentou: “Ele ultimamente está fazendo graça e parece que não está mais querendo meu peito”. Então ela o

colocou no carrinho. A entrevista iniciou às 14:46 e terminou às 15:43. Duração de 57 minutos. Foram discutidas cada uma das nove fotos/imagens. No final, as pesquisadoras agradeceram a participante, e a mesma nos conduziu até o portão de sua casa.

Bia

Bia, 19 anos de idade. Informa: residir com suas duas filhas (uma de 21 dias e outra de um ano e quatro meses de idade) e o companheiro; estar amasiada; não trabalhar e não estudar; ter estudado até a quinta série, saber ler e escrever; a renda familiar (proveniente do companheiro) é de até um salário-mínimo. Relata que essa gravidez não foi desejada/planejada e que compareceu a cinco consultas de pré-natal na UBDS Vila Virgínia. Relata não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informou estar amamentando sua filha exclusivamente em seio materno.

Observações: A participante registrou 22 imagens com a câmera descartável fornecida pelas pesquisadoras, porém algumas se repetiam. Selecionamos 10 fotos para serem discutidas, durante a entrevista. No dia 19 de maio de 2016, as pesquisadoras foram até o domicílio da participante para a entrevista. A participante recebeu as pesquisadoras em sua casa, ela estava com as suas duas filhas. Então, a participante conduziu as pesquisadoras até o seu quarto. As pesquisadoras e a participante se sentaram na cama, por indicação da participante, onde sua filha estava deitada dormindo, e a entrevista foi iniciada. Durante a entrevista, a participante amamentou sua filha recém-nascida por alguns minutos. Houve várias interrupções devido à primeira filha querer a atenção da mãe. Foram feitas tentativas de distrair a criança com alguns brinquedos, o que por alguns momentos funcionou. A entrevista iniciou às 09:48 e terminou às 10:42 com duração de 54:00 minutos. No final, agradecemos, e a participante conduziu as pesquisadoras até o portão de sua casa.

Dany

Dany, 14 anos de idade. Informa residir com sua bebê de um mês de idade e o companheiro; ter vindo da Bahia para Ribeirão Preto logo que descobriu estar

grávida, junto com seu companheiro. Refere que não possui família nem amigos nesta cidade; estar amasiada; não trabalhar; não estudar; ter estudado até a quarta série. Refere que sabe ler e sabe escrever pouco. A renda familiar (proveniente do companheiro) é de até um salário-mínimo. Essa gravidez não foi desejada/planejada. Refere ter comparecido a seis consultas de pré-natal na Unidade de Saúde próxima à sua residência e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando sua filha exclusivamente em seio materno.

Observações: Entramos em contato (por meio de telefone) com a participante e fomos até seu domicílio buscar a câmera. A participante mora em um local com favelas e pudemos observar que o chão é de terra, onde três crianças brincavam no corredor que dava acesso a várias portas, sendo uma delas, a residência da participante. No corredor, havia vários entulhos, dificultando a passagem. Ao entrar em sua casa, pude observar que o local onde ela reside tem dois cômodos, sendo um cômodo com cama de casal, guarda-roupa, fogão e geladeira e outro cômodo com um banheiro. Então, a participante disse que sua filha teria uma consulta com o pediatra no dia 06 de junho às 17:00 na Unidade Básica de Saúde (UBS) e que poderíamos nos encontrar lá. Eu me ofereci para voltar em sua residência caso ela quisesse, mas a participante achou melhor nos encontrarmos no mesmo dia da consulta às 16:00 na Unidade de Saúde próxima à sua residência. A participante registrou cinco imagens com a câmera descartável fornecida pelas pesquisadoras. No dia 06 de junho de 2016, fomos até a UBS conforme combinado previamente com a participante. A entrevista iniciou às 16:13 e terminou às 16:50, com duração de 37 minutos. Nós encontramos com a participante, que levava sua filha no carrinho. Fomos até uma sala disponibilizada na própria UBS e iniciamos a entrevista. Durante a mesma, a participante ofereceu o peito à sua filha, porém ela recusou, então a participante ficou segurando-a em seu colo por alguns momentos. No final, agradecemos sua participação e conduzimos a participante até a saída da Unidade de Saúde.

As impressões das pesquisadoras a respeito dessa entrevista foram que a participante sentiu-se acolhida pelas pesquisadoras, pois ela verbalizou ter sido a única pessoa (depois que ela engravidou e se mudou para Ribeirão Preto) que se interessou em conhecer sua história de vida, suas dificuldades, seus desejos, suas alegrias... A participante se emocionou logo no início da entrevista (com lágrimas) e

durante toda a entrevista sentimos que ela está feliz por ser mãe e ser capaz de cuidar de sua filha, mas que está solitária/afastada do convívio familiar e social e ela sente falta desse suporte.

Sandy

Sandy, 19 anos de idade. Informa residir com seu bebê de quatro dias de vida, sua mãe, sua irmã e sua prima; estar solteira; não trabalhar; não estudar. Relata que estudou até o segundo colegial e sabe ler e escrever. A renda familiar (proveniente de sua mãe) é de aproximadamente dois salários- mínimos. Essa gravidez não foi desejada/planejada. Refere ter comparecido a sete consultas de pré-natal na Unidade de Saúde próxima à sua residência e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando seu filho exclusivamente em seio materno.

Observações: A participante preferiu capturar as imagens com o celular próprio, e as imagens foram enviadas a mim por meio do aplicativo WhatsApp, no dia nove de junho de 2016. Aproveitamos o contato para agendar um encontro na Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), no dia 10 de junho de 2016 por opção da participante, pois ela relatou que em sua casa não teria privacidade para conversarmos à vontade. Foi agendado encontro na UBDS no dia 10 de junho de 2016 às 9:45. No dia e horário combinados fomos até a UBDS, e a participante nos aguardava com seu filho dormindo no carrinho, no horário combinado. Nós a conduzimos até uma sala reservada que estava desocupada naquele momento e iniciamos os trabalhos. Houve uma interrupção durante a entrevista devido ao choro de seu filho na qual a participante o pegou no colo e ofereceu o peito. O bebê recusou e ela foi olhar a fralda que estava com fezes. A participante trocou a fralda de seu filho, ofereceu o peito e o bebê mamou por aproximadamente 20 minutos, largou o peito e permaneceu acordado no carrinho. A participante balançou o carrinho ao mesmo tempo em que respondia às questões da pesquisa. A entrevista iniciou às 09:58 e terminou às 11:00. Duração de 62 minutos. A participante nos enviou 20 fotos. Selecionamos 17 fotos para a entrevista pois algumas não estavam nítidas ou estavam em duplicidade. No final, agradecemos e conduzimos a participante até a saída da Unidade de Saúde.

Leleca

Leleca, 19 anos de idade. Informa residir com sua filha de dois anos de idade e o companheiro; estar amasiada; trabalhar como atendente em um restaurante; não estudar. Relata que estudou até o segundo ano do ensino médio e sabe ler e escrever. A renda familiar (sua e do companheiro) é de até um salário-mínimo. Refere que essa gravidez não foi desejada/planejada; ter comparecido a seis consultas de pré-natal na Unidade de Saúde próxima à sua residência e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa ter amamentado sua filha até os seis meses de idade e no momento oferece leite zero lactose no copo à sua filha (devido à alergia) e alimentação complementar.

Observações: A participante optou por utilizar a câmera fotográfica fornecida pelas pesquisadoras para registrar as imagens. A coleta de dados ocorreu no dia 15 de agosto de 2016, no domicílio da participante, por opção da mesma. Entramos em contato com a participante no dia 15 de agosto pela manhã e agendamos nosso encontro para o mesmo dia às 16:00. No dia e horário combinados, fomos até o domicílio da participante. Fomos recebidas pela participante que nos conduziu até a sala de sua casa. Ela estava sozinha, então iniciamos os trabalhos. Houve uma interrupção durante a entrevista que foi o momento que sua filha chegou da creche em que fica período integral. A partir desse momento, a participante continuou respondendo às perguntas da pesquisa, porém dividindo a atenção com a criança. A entrevista iniciou às 16:05 e terminou às 16:53. Duração de 48 minutos. A participante registrou 11 fotos, sendo duas repetidas. Portanto, conversamos sobre nove fotos durante a entrevista. No final, agradecemos, e a participante nos conduziu até o portão de sua casa.

Paty

Paty, 18 anos de idade. Informa residir com o bebê de seis meses de vida e uma prima; estar solteira; trabalhar como faxineira ocasionalmente; não estudar. Relata que estudou até a sexta série e sabe ler e escrever. A renda familiar (sua e de sua prima) é de até um salário-mínimo. Refere que essa gravidez foi desejada/planejada; ter comparecido a sete consultas de pré-natal em uma Unidade de Saúde no município de Cajuru – SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na

comunidade. Informa não ter amamentado sua filha.

Observações: A participante recusou utilizar a câmera fotográfica, preferindo registrar as imagens pelo aplicativo WhatsApp de seu celular. A coleta de dados ocorreu no dia 05 de setembro de 2016, no domicílio da participante, por opção da mesma. No dia e horário combinados, fomos até o domicílio da participante. Fomos recebidas pela participante que nos conduziu até a sala de sua casa. Ela estava sozinha, então iniciamos os trabalhos. Houve quatro interrupções durante a entrevista devido ao choro do bebê. A participante trocou a fralda dele, e o mesmo parou de chorar. A entrevista iniciou às 08:22 e terminou às 09:06. Duração de 44 minutos e 11 segundos. A participante registrou quatro fotos e conversamos sobre cada uma delas. No final, agradecemos, e a participante nos conduziu até o portão de sua casa.

Susi

Susi, 19 anos de idade. Informa residir com sua filha de um ano e seis meses de idade, dois enteados e o companheiro; estar amasiada; trabalhar como faxineira e babá, porém desempregada há quatro meses; não estudar. Relata que estudou até o primeiro colegial; sabe ler e escrever. A renda familiar (proveniente de seu companheiro) é de até um salário-mínimo. Relata que essa gravidez não foi desejada/planejada; ter comparecido a cinco consultas de pré-natal na Unidade de Saúde de Ribeirão Preto – SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa ter amamentado sua filha até os sete meses de idade e no momento está oferecendo leite artificial e alimentação complementar.

Observações: Tendo dois caminhos para o registro das fotos, preferiu registrar as imagens pelo aplicativo WhatsApp de seu celular. A coleta de dados ocorreu no dia 12 de setembro de 2016, no domicílio da participante, por opção da mesma. No dia e horário combinados, fomos até o domicílio da participante. A mesma nos aguardava próximo ao portão de sua casa. A participante nos conduziu até a sala de sua casa. Ela estava sozinha, então iniciamos os trabalhos. Não houve interrupções durante a entrevista. Sua filha estava na escola, e seus dois enteados estavam “de castigo” no quarto. A entrevista iniciou às 14:23 e terminou às 15:02. Duração de 39 minutos e 37 segundos. A participante registrou oito fotos e conversamos sobre cada uma delas. No final, agradecemos, e a participante nos

conduziu até o portão de sua casa.

Bela

Bela, 15 anos de idade. Informa residir com seu filho de seis meses de idade, a mãe e uma tia; estar solteira; não trabalhar; não estudar. Relata que estudou até a oitava série; sabe ler e escrever. A renda familiar (provenientes da mãe e tia) é de dois salários-mínimos. Refere que essa gravidez não foi desejada/planejada; ter comparecido a cinco consultas de pré-natal na Unidade de Saúde em Ribeirão Preto, SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando sua filha e tentando introduzir leite artificial com auxílio da mamadeira, mas está com dificuldade nesse processo.

Observações: Tendo dois caminhos para o registro das fotos, preferiu registrar as imagens pelo aplicativo WhatsApp de seu celular. A coleta de dados ocorreu no dia 19 de setembro de 2016, no domicílio da participante, por opção da mesma. No dia e horário combinados, fomos até o domicílio da participante. Tocamos a campainha, e a mesma nos recebeu em sua casa. A participante nos conduziu até a sala de sua casa, onde seu filho estava em um lençol no chão da sala. Ela o pegou em seu colo e iniciamos os trabalhos. Houve uma interrupção durante a entrevista. A entrevista iniciou às 14:17 e terminou às 14:48. Duração de 31 minutos e 42 segundos. A participante registrou três fotos e conversamos sobre cada uma delas. Quando finalizamos a entrevista, a participante relatou que no dia anterior, durante a briga com sua tia, ela havia ferido a planta do pé e nos mostrou os pontos. Nos contou a história sobre o ocorrido que envolvia o uso de drogas pela tia e disse que sua mãe havia expulsado sua tia de casa após a briga. No final, agradecemos, e a participante nos conduziu até a saída de sua casa.

Mel

Mel, 17 anos de idade. Informa residir com sua filha de 13 dias de vida e o companheiro; estar amasiada; não trabalhar; não estudar. Relata que estudou até a quinta série; sabe ler e escrever. Refere que a renda familiar (proveniente de seu companheiro) é de um salário-mínimo. Refere que essa gravidez foi desejada/planejada; ter comparecido a sete consultas de pré-natal na Unidade

Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto, SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando sua filha em seio materno e com auxílio da mamadeira.

Observações: Ao invés de utilizar a câmera fotográfica, preferiu registrar as fotos pelo aplicativo WhatsApp de seu celular. A coleta de dados ocorreu no dia 04 de novembro de 2016, no domicílio da participante, por opção da mesma. No dia e horário combinados, fomos até o domicílio da participante, que mora em uma favela. A participante estava em sua casa, junto com sua mãe (que é procedente do Piauí), sua filha e seu companheiro que acabara de chegar do trabalho. A moradia da participante é composta por dois cômodos pequenos: um banheiro e a cozinha junto com duas cadeiras e a cama do casal e um colchão. Ela nos ofereceu uma cadeira e sentou-se na outra e iniciamos os trabalhos. Sua mãe ficou ao lado cuidando da neta. Houve uma interrupção durante a entrevista, onde a criança começou a chorar, e a avó entregou a criança à mãe para amamentar. Observamos toda a mamada e a dificuldade inicial da amamentação. A participante referiu que estava com traumas mamilares e nos mostrou. A participante produz grande quantidade de leite e retirou durante alguns minutos uma quantidade expressiva de leite e depois ofereceu o peito à criança. Ela fazia expressões faciais de dor intensa quando a criança abocanhava o peito. A entrevista iniciou às 16:33 e terminou às 16:52. Duração de 16 minutos e 52 segundos. A participante registrou três fotos, e conversamos sobre cada uma delas. No final, agradecemos e nos despedimos.

Nina

Nina, 13 anos de idade. Informa residir com seu filho de dois meses de idade e sua mãe; estar solteira; não trabalhar; não estudar. Relata que estudou até a sétima série; sabe ler e escrever. A renda familiar (proveniente de sua mãe) é de um salário-mínimo. Refere que essa gravidez foi desejada/planejada; ter comparecido a sete consultas de pré-natal na Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando seu filho exclusivamente em seio materno.

Observações: Preferindo registrar as imagens pelo aplicativo WhatsApp de seu celular, recusou-se a utilizar a câmera fotográfica. A coleta de dados ocorreu no dia 22 de novembro de 2016, no domicílio da participante (que mora em uma favela),

por opção da mesma. No dia e horário combinados, fomos até o local combinado (uma caçamba que serve de ponto de referência aos moradores da favela). Desse local, a participante nos conduziu até seu domicílio, onde o acesso se dá por ruas estreitas (vuelas) e tortuosas, com desníveis e esgoto a céu aberto, correndo pelas vuelas e odor fétido. Chegando lá, a participante abriu o portão e entramos no quintal de terra do barracão. Havia um homem sentado em uma cadeira (companheiro da mãe da participante). A participante não me convidou para entrar em seu domicílio, mas pude observar que ele é composto por um cômodo pequeno, sem portas, um lençol dá acesso ao interior. A entrevista foi realizada no quintal que se apresentava sujo, com muitos ferros velhos sobrepostos, entulhos, animais (patos e gatos) pelo quintal que entravam e saíam de dentro do barracão. A participante se sentou com o bebê no colo e sua mãe apareceu e nos ofereceu uma cadeira. Nesse momento, o companheiro de sua mãe ofereceu-se para segurar a criança. A adolescente aceitou e entregou seu filho a ele. Nós sentamos e começamos a preparar o aparelho para registrar a entrevista. Antes de iniciar a gravação da entrevista, a adolescente demonstrou-se tímida, dizendo que não sabia o que falar. Nós a tranquilizamos e dissemos que faríamos as perguntas, e ela que iria responder caso desejasse. Sua mãe dizia para a participante que ela deveria responder, que não era para ter vergonha, que vergonha ela deveria ter tido antes de arrumar um filho. A entrevista foi iniciada às 10:45 e finalizada às 11:07. Duração de 22 minutos e 18 segundos. A participante registrou duas fotos e conversamos sobre cada uma delas. Sua mãe e o companheiro com a criança saíram de meu campo de visão. No final, agradecemos, e a participante nos conduziu de volta à caçamba inicial.

Mari

Mari, 19 anos de idade. Informa residir com seus dois filhos, um de 10 meses e outro de quatro anos de idade; a sogra, o companheiro que está preso, dois cunhados e dois sobrinhos; estar amasiada; não trabalhar; não estudar. Relata que estudou até o segundo colegial; sabe ler e escrever. A renda familiar (proveniente de sua sogra) é de dois a três salários-mínimos. Relata que essa gravidez foi desejada/planejada; ter comparecido a cinco consultas de pré-natal na Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando seu filho mais novo em

seio materno e oferecendo alimentação complementar.

Observações: Recusou utilizar a câmera fotográfica, preferindo registrar as imagens pelo aplicativo WhatsApp de seu celular. A coleta de dados ocorreu no dia 25 de novembro de 2016, no domicílio da participante, por opção da mesma. No dia e horário combinados, fomos até sua residência. No momento em que chegamos a sogra da participante estava abrindo o portão. Nós nos apresentamos e nesse momento ela gritou o nome da participante dizendo que era visita para ela. Pudemos observar três crianças brincando na garagem da casa. A participante veio até nós, cumprimentou-nos e nos conduziu para dentro de sua casa (na sala). As crianças nos acompanharam até a sala, demonstrando curiosidade. A participante questionou-nos onde gostaríamos de conversar, dissemos que onde ficasse melhor para ela. Nesse momento ela disse: “então vamos lá fora porque aqui tem muito barulho” (no fundo ouviam-se duas pessoas conversando muito alto). Voltamos para a garagem. A participante nos ofereceu uma cadeira para sentar e sentou-se também. As crianças voltaram a brincar na garagem fazendo muito barulho. A participante pediu que falassem baixo e não gritassem. Nós sentamos e começamos a preparar o aparelho para registrar a entrevista. A entrevista foi iniciada às 16:15 e finalizada às 16:59. Duração de 44 minutos e 22 segundos. Houve uma interrupção em que as crianças estavam se desentendendo, e a participante chamou a sogra dizendo que as crianças estavam fazendo muito barulho e atrapalhando a entrevista. A sogra gritou de onde estava (no interior da casa) que era para as crianças ficarem quietas. Nesse momento, as crianças se acalmaram, e prosseguimos com a entrevista. A participante registrou quatro fotos e conversamos sobre cada uma delas. No final, agradecemos, e a participante nos conduziu até a saída de sua casa.

Mila

Mila, 16 anos de idade. Informa residir com seu filho de cinco dias de vida, a avó, o avô, o tio, irmã, e irmão; estar solteira; não trabalhar; não estudar. Relata que estudou até o primeiro colegial; sabe ler e escrever. A renda familiar (proveniente de sua mãe) é de um salário-mínimo. Refere que essa gravidez não foi desejada/planejada; ter comparecido a oito consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP e não participar de nenhum grupo ou atividade na comunidade. Informa estar amamentando seu filho exclusivamente em

seio materno.

Observações: Também optou por registrar as imagens pelo aplicativo WhatsApp de seu celular. A coleta de dados ocorreu no dia sete de dezembro de 2016, na Unidade Distrital de Saúde, por opção da mesma. Por três vezes havíamos agendado com a participante em seu domicílio, porém sem sucesso. Então, a participante informou-nos que iria até a Unidade de Saúde no dia sete de dezembro às 9:30, pois tinha consulta agendada com o pediatra. No dia e horário combinados, fomos até a UBDS. No momento em que chegamos, a participante nos aguardava na sala de espera da Pediatria. Um fato nos chamou a atenção: ela estava amamentando seu filho e chupando seu dedo. Nos cumprimentamos, aguardamos o término da consulta e a conduzimos até uma sala reservada na própria Unidade de Saúde. Nós sentamos e começamos a preparar o aparelho para registrar a entrevista. A entrevista foi iniciada às 10:07 e finalizada às 10:29. Duração de 22 minutos e 46 segundos. Não houve interrupção. Durante toda a entrevista, a participante demonstrou-se envergonhada, com dificuldade para expressar suas ideias. No final da entrevista, seu filho acordou e ela ofereceu o peito a ele novamente. Finalizamos a entrevista e nos despedimos. A participante registrou três fotos, e conversamos sobre cada uma delas. No final, agradecemos e conduzimos a participante até a saída da Unidade de Saúde.

Em nosso estudo encontramos que as mães adolescentes mais novas (entre 13 e 17 anos de idade) tiveram uma tendência em tirar menos fotos em comparação com as mães adolescentes com mais idade (18 e 19 anos de idade).

Foi possível observar que, em geral, as adolescentes se mostraram tímidas no início das entrevistas, no entanto, ao nos aproximarmos mais da mãe adolescente e de sua família, proporcionando uma escuta e entendimento de seu universo e elogiá-la em seu papel materno pelo fato de dar conta de toda a situação particular em que vive, a timidez foi revertida, e ela se sentiu mais à vontade para verbalizar aspectos muito particulares/íntimos de sua vivência em aleitamento materno, inclusive algumas mães demonstraram suas emoções durante a entrevista, como o choro.

As observações provenientes do local de coleta de dados (domicílio da participante e Unidade de Saúde) foram utilizadas na análise como dados complementares às entrevistas, assim como as informações do grupo focal.

6.2 O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente

Inicialmente, buscávamos por meio das consultas agendadas (puericultura, consulta puerperal e teste do pezinho), os nomes das mães adolescentes que compareceriam às consultas, bem como a data e hora da consulta e nos deslocávamos até a Unidade de Saúde para abordar essas adolescentes. Porém, observamos que o número de mães adolescentes faltosas era grande e, quando compareciam à consulta, grande parte recusava-se a participar da pesquisa. Nesse momento (no início do mês de outubro de 2016), solicitamos a inclusão, na pesquisa, de mais uma Unidade de Saúde e passamos a permanecer, dentro de nossas possibilidades, por um período nas salas de espera e abordar as mães que lá estavam de acordo com os critérios de inclusão.

Identificamos, por meio das observações no campo de pesquisa, que as mães adolescentes ora comparecem ora não comparecem às consultas agendadas (teste do pezinho, puericultura e consulta puerperal), e a maioria estava sem a companhia de um adulto. O comparecimento ocorre por meio de demanda espontânea ou agendamento, nas quais elas retiram uma ficha de atendimento na recepção da Unidade de Saúde e aguardam o atendimento em uma sala de espera. Pudemos observar que, por algumas vezes, as mães aguardavam mais de uma hora para serem atendidas, ocasionando, em alguns momentos, revoltas e desentendimentos com a equipe de enfermagem e médica.

Outra observação foi a de que a maioria das adolescentes que aguardava a consulta estava sem a companhia de outra pessoa e somente com o seu filho. De acordo com o estudo de Mmari et al. (2016), embora adolescentes em Baltimore, Nova Déli e Joanesburgo fossem mais propensos a procurar serviços de saúde quando sentiam sintomas de doença, uma proporção bastante grande de adolescentes indicou que, mesmo quando precisavam de cuidados de saúde, não procuraram. Os dados do mesmo estudo indicaram que os adolescentes exibiam uma falta generalizada de confiança nos prestadores e muitas vezes sentiam-se envergonhados ou estigmatizados por procurar os referidos serviços. O medo e a exposição à violência na comunidade estavam associados a uma menor probabilidade de procurar atendimento, enquanto o apoio adulto a partir do lar

aumentou a probabilidade de os adolescentes procurarem atendimento, em Baltimore e Joanesburgo.

Pudemos observar, também, que o nível socioeconômico das participantes deste estudo é baixo. Algumas participantes moravam em favelas, onde as condições de moradia são, em sua maioria, precárias e algumas até possuem riscos iminentes de saúde (entulhos acumulados no quintal, vielas tortuosas e molhadas pela água).

As observações no domicílio das participantes do estudo levam-nos a refletir sobre o contexto de vida e de saúde em que essas mães estão inseridas e mais especialmente o contexto familiar que ora era inexistente ora pareceu muito distante de grande parte delas.

Com a participação das mães adolescentes em nosso estudo, a vivência em amamentação da mãe adolescente pôde ser compreendida a partir de três temas principais: (1) Construindo sua história em amamentação; (2) Revelando singularidades do cotidiano da amamentação das mães adolescentes; (3) Saberes e práticas construídos pelas mães adolescentes. Salientamos que tais temas foram construídos para fins didáticos, porém os mesmos se mostraram ser interdependentes e recorrentes dentro do contexto investigado.

Dentro de cada tema, foram gerados subtemas com o objetivo de desenvolver de forma específica cada tema construído, assim pudemos compreender a partir da perspectiva sócio-histórica, o que facilita e o que dificulta o processo de amamentação para as participantes deste estudo. Temas e subtemas decorrentes da análise dos dados qualitativos:

Tema 1 - Construindo sua história em amamentação

- Frente a frente com a gravidez na adolescência
- Percebendo a necessidade de apoio familiar no processo de amamentação
- Reconhecendo o pai do bebê como importante aliado no processo da amamentação
- Revelando a vivência com profissionais da saúde

Tema 2 - Revelando singularidades do cotidiano da amamentação das mães adolescentes

- Sentindo-se só

- Assumindo novos papéis
- Abrindo mão de suas atividades e seus planos

Tema 3 - Saberes e práticas construídos pelas mães adolescentes

- Aprendendo a amamentar tendo o outro como base
- Percebendo a amamentação como natural: o olhar para o biológico
- Crenças, cultura e tradições prevalecem

A análise dos dados possibilitou a compreensão das implicações da amamentação na vida da mãe adolescente, revelando condições individuais, de sua singularidade e aspectos plurais, do coletivo, e como a amamentação é aprendida e vivenciada por meio da interação/interdependência desses dois contextos (singular e plural). Para entender como a mãe adolescente vivencia a amamentação, é imprescindível conhecer suas trajetórias de vida, suas necessidades e desejos, o contexto sociocultural em que ela está inserida e o apoio de que dispõe.

6.2.1 Construindo sua história em amamentação

“O ser humano é visto como aquele que cria a história ao invés de sofrê-la passivamente” (BOCK, 1997, p. 37).

Para a compreensão do processo de amamentação sob a ótica da mãe adolescente, é preciso entendê-lo como uma prática historicamente construída, ou seja, no dia a dia pela interação da mãe adolescente com seus meios familiar e social, ou seja, ambos os contextos influenciam em seu comportamento em aleitamento materno. As mães adolescentes constroem sua história em amamentação desde a gravidez, tendo em vista as mudanças que ocorrem nessa etapa da vida.

A gravidez na adolescência tem sido alvo de estudos e preocupação dos órgãos públicos de saúde, num movimento que representa o atual desenvolvimento histórico, social e tecnológico. Era comum engravidar na adolescência até meados da década de 1940, pois as meninas casavam-se e reproduziam-se após alguns anos da menarca, ou seja, na adolescência. As meninas que não se casavam até os 18 anos de idade eram consideradas “tias” pela sociedade. Com os avanços no desenvolvimento do conhecimento médico, sociológico e psicológico, e também da

complexificação do mercado de trabalho nas sociedades industrializadas, engravidar na adolescência passa a ser considerado fator de risco devido ao comprometimento da inserção social do adolescente, assim como da qualidade de vida da dupla mãe-filho e das condições de nascimento e de vida futura dos recém-nascidos (OZELLA, 2003; RAUPP et al., 2011).

Assim percebemos, através da história, que no passado era aceitável e comum que adolescentes se tornassem mães, como as índias tupinambás que engravidavam ainda jovens e amamentavam seus filhos. A prática da amamentação, com o passar dos séculos, passou a ser socialmente reprovável e, mais adiante, com o passar do tempo, passou a ser valorizada e as estratégias para que a mulher aceite esta prática ganharam grande aliado com a entrada do Estado na construção de políticas públicas que protegem os direitos da criança e incentivam o aleitamento materno. No entanto, existe imposição de valores/crenças que limitam o protagonismo da mulher adolescente nessa prática (RAUPP et al., 2011).

Nesse primeiro tema, estão incluídos todos os familiares da mãe adolescente, profissionais de saúde e pessoas que convivem com ela e que não são familiares, tais como amiga(o) e vizinha(o) que influenciaram a prática da amamentação e os cuidados com o bebê.

6.2.1.1 Frente a frente com a gravidez na adolescência

Em relação à percepção das mães adolescentes sobre a gravidez, o significado de engravidar teve conotação negativa para a maioria delas, que revelaram, por meio de suas falas e da fotografia, como perceberam o impacto em suas vidas, gerado pela gravidez nessa fase da vida.

Foi difícil. Eu pensava em várias coisas quando eu descobri, eu pensava em tirar, ficava pensando em abortar; eu falava até para ele (companheiro) que eu queria tirar ele e ele falava para não tirar não (Bela).

*Eu falo que ela foi uma coisa boa, mas não estava nos meus planos ser mãe com dezessete anos; mas veio, seja bem-vida (Susi).
Para mim foi uma alegria enorme ser mãe; porque ser mãe era sempre meu sonho, não era meu sonho ser mãe naquela época com dezessete anos; mas foi uma coisa boa que aconteceu na minha vida (Susi).*

No começo foi assustador, eu não sabia... eu fui descobrir só com três

meses, eu recusei a acreditar... era muito difícil pra mim que agora ia ser responsável pela vida de outra pessoa (Leleca). Assim não tem do que eu reclamar, porque são meus filhos; só que foi meio complicado no começo (Mari).

Eu não gostei. Porque eu queria sair e eu não podia. Por causa da minha barriga. Aí tem briga e pega na minha barriga... se eu for em algum lugar e tiver briga (Mila).

Porque não é porque eu fui mãe nova que eles poderiam ter feito isso, eles deveriam ter me apoiado; às vezes tem na televisão gente que é mãe mais nova que eu; ainda eu fui mãe com dezessete anos e eles falam de mim, mas eu tive uma tia que engravidou com quinze anos, e eles ajudaram e apoiaram, e eu não eu acho que por eu ser neta, não ser filha, eles começaram a me julgar (Paty).

Com o objetivo de expressar visualmente o impacto da gravidez na adolescência, uma das participantes do estudo registrou e comentou a fotografia seguinte.

Figura 2 - Fotografia produzida pela participante Paty

Fonte: participante Paty

Discurso referente à figura 2: *Essa é minha tia. Ela falou que eu era doida de ter arrumado um filho, porque ela não aceitou [...] se eles tivessem*

preocupado, teriam me ajudado [...] como eu era menor eles deveriam ter me ajudado mais e não, todo mundo virou as costas pra mim. Nessa foto aconteceu bem nesse dia eu estava indo na igreja e foi nesse dia que os resultados do médico chegaram falando que eu estava grávida; nesse dia aí, que era de noite, foi o dia que eles me “tocaram”, me colocaram pra fora de casa e nem as minhas roupas eles me deram, me deram uma bolsinha com as roupas e foi bem nesse dia que aconteceu tudo, deles começarem a me maltratar e me julgar por eu ser mãe nova (Paty).

Por meio dos discursos das participantes do estudo entendemos que, no contexto investigado, a ocorrência da gravidez na adolescência foi permeada por conflitos em sua aceitação. E de acordo com Cafer (2016), esse fato tem reflexos negativos na amamentação, visto que há dificuldades para se desempenhar papéis maternos, nesse momento da vida.

A gravidez na adolescência não pode ser vista como um acontecimento isolado, mas como um evento complexo, que ocorre em um contexto histórico-social, proveniente de variadas experiências de vida no qual a vida da jovem mãe ou da nova família se desenrola, podendo assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas e, por isso mesmo, pode apresentar diferentes desfechos (BRASIL, 2017; CAFER, 2016).

Nesse sentido, na sessão do grupo focal, a discussão sobre a gravidez na adolescência revelou que a adolescente percebe a gravidez nessa fase da vida como uma vivência que está dentro de um contexto histórico-social e à margem da opinião da sociedade.

“Tem que tomar cuidado só para não ter um monte de filho”... A primeira crítica que eu vi da minha mãe foi que todo mundo esperava isso da minha irmã por ser mais doidinha do que eu, então foi a primeira crítica que eu ouvi, depois no trabalho, porque eu não estava com o pai e falavam... qualquer lugar que você vai e está com o barrigão deste tamanho é constrangedor, você vai comprar alguma coisa e não vai com o esposo e é complicado... a sociedade ainda não admite muito mães novas, mas não que eles não deem amparo, porque hoje em dia tem as amigas, você tem onde sair, mas quando isso acontece você tem que voltar atrás e mudar... qualquer lugar que você vai, os rapazes: “nossa já arrumou filho?”... mas não tem idade certa, se você tem com quinze você é muito nova, a sociedade é muito hipócrita nessa parte... a minha avó foi mãe com treze anos, ela era uma criança cuidando de uma criança e naquela época era normal, tanto é que quando eu engravidei e contei para minha avó, foi a pessoa que eu achei que mais iria me criticar, eu cresci com ela, então ela foi a última pessoa a saber, eu já estava com quase dois meses e eu me preparei para contar; e eu lembro que uma

vez quando eu ainda era pequena, que ela só descobriu por onde o bebê nascia no dia que meu pai nasceu, para você ver o tanto que ela não tinha informação... mas naquela época era muito menos privilegiado, hoje a gente tem onde procurar (Grupo focal).

“É a partir da percepção da gravidez que se inicia o vínculo mãe-bebê com modificações comunicativas na família, exigindo um enfrentamento de todos os envolvidos” (OZELLA, 2003, p. 96).

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo e multideterminado, que está vinculado a aspectos psicológicos, sociais e históricos (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Dias e Teixeira (2010) observam que é necessário indagar até que ponto adolescência e gravidez são experiências conflitantes entre si, o que está fortemente associada ao modo como se concebe a própria adolescência – tanto em termos conceituais quanto em termos do que se espera socialmente de um adolescente.

Assim, o significado da gestação, bem como o impacto dessa experiência de vida no desenvolvimento da adolescente, pode apresentar diferentes contornos, de acordo com o contexto social em que ela vive. Em classes sociais mais favorecidas financeiramente, por exemplo, a gravidez na adolescência tende a não atrapalhar tão intensamente a trajetória escolar e de profissionalização das adolescentes quanto nas classes com menor poder financeiro, devido à maior disponibilidade de recursos e apoios para lidar com essa situação e suas demandas. Dessa maneira, a perspectiva de futuro das adolescentes grávidas de camada social média não é tão afetada quanto a perspectiva das adolescentes de camada baixa, considerando-se os aspectos de escolarização e profissionalização (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Contudo, o estudo da ocorrência da gravidez na adolescência não pode se restringir aos impactos negativos em seus planos de vida. Estudos revelam que, em muitos casos, a gravidez pode ser desejada pelas adolescentes, pois é considerada como um meio de acesso a uma nova constituição de sua identidade e de reconhecimento através da função materna. A maternidade, nesses casos, pode ser entendida como uma ocupação, uma função que dá sentido à vida da adolescente. Na ausência de outros planos de vida, ou diante da dificuldade em vislumbrar a possibilidade de efetivar projetos alternativos, a gravidez pode ser concebida pela adolescente como uma maneira de reconhecer a si mesma, de

conquistar seu próprio espaço na família e de ser reconhecida nos seus meios de convívio (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Logo, é preciso cautela ao emitir juízos de valor acerca da gravidez na adolescência. Ainda que, na perspectiva da saúde pública, esse seja um fenômeno com consequências negativas, tendo em vista que envolve riscos de saúde para o binômio mãe-filho, riscos de cuidados inadequados aos bebês e riscos de empobrecimento nos cenários de escolarização, trabalho e renda das adolescentes e suas famílias, ele também pode ter repercussões consideradas positivas pelas adolescentes. Também, é preciso admitir que, nas classes sociais nas quais as possibilidades educacionais e de ascensão social são reduzidas, a maternidade pode ser um dos planos de vida mais acessíveis para as adolescentes, devido à carência de outras oportunidades disponibilizadas em seu contexto de vida. Então, considerar a gravidez na adolescência como uma situação indesejada ou inesperada representa uma perspectiva normativa da adolescência que descarta a maternidade precoce como uma opção de vida. Todavia, podem existir – e certamente existem – outras maneiras de ser adolescente e viver a adolescência, sendo que a maternidade pode se integrar a essas diferentes maneiras de ser adolescente, mesmo que isso possa trazer repercussões negativas, dependendo da perspectiva sob o qual se examina a questão (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A história da amamentação e da gravidez na adolescência, entendidas como uma construção social, apresenta mudanças significativas tanto no comportamento da mulher como no significado que lhe atribuímos. Assim, não podemos explicar suas formas e variações sem verificar as circunstâncias em que se constituíram. O adolescente sofre influências de aspectos da sociedade e do grupo ao qual pertence que, de acordo com Latour (1994), é construído pela natureza e pela cultura. Logo, a maternidade na adolescência e a amamentação não podem ser vistas unicamente como fenômeno natural ou fisiológico, sem levar em consideração o contexto histórico e social (RAUPP et al., 2011).

Nesse sentido, Marques et al. (2010) afirmam que as condições sociais da nutriz influenciam diretamente na prática da amamentação, tais como idade, escolaridade, condições de trabalho e vivência em sociedade, sendo esta última representada pelas redes de apoio social que possui.

As redes de apoio são recursos fundamentais no cuidado à saúde. A promoção e a proteção da saúde do indivíduo e do grupo implicam na construção de

vínculos sociais e de relações de solidariedade entre pessoas e grupos (CARLOS et al., 2014).

Conhecer as vivências das famílias quando se deparam com a ocorrência da gravidez na adolescência é fundamental para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, a fim de possibilitar atenção e cuidado adequados a estas adolescentes no meio familiar (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009).

6.2.1.2 Percebendo a necessidade de apoio familiar no processo de amamentação

Ao longo da análise realizada, procuramos fazer uma reflexão para ir além da descrição das falas, ou seja, das significações expressas pelas mães adolescentes, buscar sua essência por meio de uma compreensão das facilidades e dificuldades que permeiam as vivências em amamentação das mães adolescentes deste estudo. Os discursos evidenciam os significados atribuídos às vivências na articulação do social com o individual (OZELLA, 2003).

As participantes do estudo revelaram que a prática da amamentação em seu cotidiano foi fortemente influenciada por seu meio familiar. A pessoa de sua rede de apoio familiar mais presente em seu cotidiano e de maior proximidade foi sua mãe que se constituiu em fator importante para o início e a manutenção do aleitamento materno, pois ensinou a adolescente como amamentar seu filho e fez orientações pertinentes à amamentação, conforme os relatos apresentados.

Minha mãe, né... que foi me ajudando né... falando o jeito que eu tinha que pôr ele pra mamar (Juju).

Minha mãe falou para eu não dar nenhum outro leite para o bebê até um ano, porque é o melhor alimento para o bebê. Então eu vou seguir o conselho dela (Juju).

Com a ajuda de Deus e da minha mãe, foram muito importantes pra mim (Leleca).

Foi minha mãe que me ajudou em tudo; como dar “mamar” direito, que antes ela (bebê) rejeitava o peito, não sei se era estresse meu que ela não conseguia pegar ou se estava nervosa porque ela estava com fome eu não conseguia dar, estava com medo da fome fazer mal pra ela porque ela era muito pequena, não aguentar; daí minha mãe foi me ajudando muito (Leleca).

No começo eu não sabia dar “mamar” direito, daí eu tirei o peito, coloquei outro leite deu reação nela, daí minha mãe me ensinou a dar “mamar” direito pra ela, foi quando ela começou a pegar o peito novamente, daí ela

já não chorava mais, daí foi melhorando cada dia mais a saúde dela (Leleca).

Ensinou, tudo que eu sabia ela (mãe) me ensinou (Leleca).

Então, quando cheguei em casa foi minha mãe, porque ela já tinha cinco filhos, e ela falou como que era a rotina. E me explicou tudo como fazia (Susi).

É a minha mãe; que me ajudou muito quando eu estava com ela recém-nascida; não sabia quase o que fazer, para amamentar e porque quando ela chorava eu não sabia o que ela tinha; o que era; como ela era experiente ela já sabia o que estava faltando para a criança (Susi).

Que eu tinha que amamentar ela até os dois anos; porque os cinco filhos dela mamaram até os dois anos; que eu conseguisse igual ela até os dois anos; só que a bebê não pegou até os dois anos (Susi).

Ela (mãe) falava que era para mim poder cuidar dela direitinho, dar comida na hora certa, o peito na hora certa; foi isso que ela falou (Susi).

É ter ajuda da mãe, acho que é muito bom; porque tem as pessoas que podem te ajudar quando você mais precisa, e é a mãe eu acho (Susi).

“Quando eu tive ela foi a minha mãe; minha mãe teve que vir lá do Piauí para ajudar eu cuidar dela (Mel).

Só minha mãe que falou quando acabar de dar mamar colocar ele para arrotar (Nina).

Uma pessoa próxima às vezes ajuda, tipo mãe é melhor que tudo, porque mãe é experiente, sabe explicar (Mari).

Ela (mãe) me ajudava a colocar o peito, o jeito certo pra amamentar, ela me falava sobre essa possibilidade de eu ficar com um peito maior que o outro, ela me ajudava em relação a eu ficar triste, ficar com depressão no começo ela quem teve força, de eu ficar sobrecarregada ela quem cuidava de mim. Hoje em dia não, hoje em dia é raro eu ver ela; só que no começo ela me ajudou bastante, até os seis meses dele ela me ajudou bastante (Mari).

A fotografia apresentada a seguir ilustra, na perspectiva de uma das mães adolescentes, a importância da figura materna no apoio à adolescente em relação à amamentação, o que lhe proporcionou auxílio, informações e experiências positivas relacionadas com a amamentação.

Figura 3 – Fotografia produzida pela participante Mari

Fonte: participante Mari

Discurso referente à figura 3: *sou eu grávida e minha mãe, eu já estava pra ganhar ele faltava dias... é a única foto que eu tenho assim que foi no começo da jornada e a mulher quem me ajudou bastante nessa jornada, me orientou, me explicou bastante sobre amamentação, sobre os cuidados. É uma foto de uma pessoa que me ajudou, me deu bastante força, me orientou bastante (Mari).*

Tais discursos fortalecem a perspectiva sócio-histórica, em que o indivíduo é constituído nas relações que estabelece com o outro e com seu meio, apropriando-se da cultura em que está inserido (PESSOA; COSTA, 2014).

De acordo com Thofehrn e Leopardi (2006), a pessoa se constitui por meio de suas relações sociais, a partir das trocas realizadas com as pessoas. As funções psicológicas humanas estão interligadas ao aprendizado, à internalização e apropriação, formando o contexto cultural do grupo, o qual é constituído pelos valores, conhecimentos, representações, procedimentos, modo de pensar e de atuação que a sociedade gerou no decorrer da história. Portanto, é essencial a mediação estabelecida por indivíduos, principalmente dos mais experientes em seu grupo cultural.

A figura da avó (da criança) é bastante presente na cultura brasileira. Elas costumam exercer grande influência sobre as mães, em especial as adolescentes, o

que pode favorecer ou dificultar a amamentação (BRASIL, 2015b). Quando presentes, as mães das adolescentes são fundamentais para prover suporte emocional e informação, independente da classe social (BARONA-VILAR; ESCRIBÁR-AGÜIR; FERRERO-GANDÍA, 2009).

Conforme reportado, o apoio familiar exercido, sobretudo pela mãe da adolescente, também foi apontado em outros estudos (ARAÚJO; MANDÚ, 2016; MERINO et al., 2013; PINTO; MARCON, 2012; MELO et al., 2011). Esse predomínio decorre do convívio entre mãe e filha e também pela experiência anterior no cuidado com os próprios filhos, o que desencadeia, na função de avó, a atuação tanto no auxílio aos cuidados do recém-nascido quanto no suporte à filha (PINTO; MARCON, 2012).

A partir do nascimento, as pessoas constroem vínculos, sendo que um dos primeiros vínculos firmado ocorre entre os integrantes da família. Nesse contexto, a família é entendida como um sistema de relações contínuas interligadas, estabelecida por relações de parentesco e por uma rede de apoio social para a sua própria sobrevivência. Portanto, a família é agente responsável pela socialização primária ao praticar o cuidado, dar apoio e orientações, ensinar a viver, amar, sentir, a se cuidar e cuidar do outro (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

As participantes do estudo também identificaram outros membros da família e da sua rede social que apoiaram a prática do aleitamento materno.

Procurei ajuda da avó do pai dela que é uma pessoa mais velha já tem seis filhos, ela já tem experiência; daí elas me ajudaram bastante, me explicaram como é para acabar com esse nervosismo e não fazer mal pra ela (Leleca).

A família também, as pessoas mais velhas que têm experiência podem ajudar também, tanto a família da mãe quanto a do pai podem ajudar, pra evitar que aconteça de parar de amamentar (Leleca).

Minha cunhada ajudou também... falava assim que era pra botar primeiro em baixo na boca dela o bico do peito pra ela poder chupar, aí eu fiz isso e deu certo porque ela não estava mamando direito (Dany).

Minha prima de primeiro grau e a gente foi criada juntas quando criança; a gente é muito próxima, a gente se dá muito bem, ela me ajuda em praticamente tudo eu acho que eu não tirei nenhuma foto dela, mas é ela quem mais me ajuda (Sandy).

Às vezes eu estou amamentando e ela (prima) vai e coloca o travesseiro pra mim, ela pega água pra eu tomar porque às vezes eu estou com sede; tudo/ tudo ela ajuda; às vezes de manhã ela segura ele (bebê) pra

eu arrumar as coisas do banho depois ela já guarda pra mim pra eu já ir amamentando porque ela já está com fome porque ele toma banho e já quer mamar, então ela me ajuda muito, muito, muito (Sandy).

É difícil... Eu cuido dele, do meu primo e do meu irmão; e tem uma tia que me ajuda porque minha mãe trabalha de manhã; aí eu tenho que limpar a casa, fazer comida e é difícil (Bela).

Ele mamou e ficou acordado ainda... aí eu chamei minha tia, ela segurou ele e eu comi (Bela).

Ela (sogra) veio ficou uns vinte dias e foi embora, teve que ir embora ... aí ela ficou bastante aqui, ajudou bastante... mas me ajudou bastante, pra cuidar das duas, me ajudar a cuidar... foi importante pra mim (Bia).

Amigos, vizinhos, parentes me ajudaram também; a me aconselhar, me dar opinião, pessoas que tiveram filho que hoje já sabem da experiência (Mari).

Orientação dos outros, ajuda da minha mãe, da pediatra dele, conselhos de pessoas da família, pessoas de fora também que me aconselharam e explicaram (Mari).

É bom falar pra alguém poder ajudar né, só assim que consegue (Juju).

Tem que ter cama, conforto, ajuda, conselhos de todo mundo... todo mundo que me der conselho eu boto na cabeça e faço (Dany).

No meu caso foi minha prima, que estava grávida também... estava quase pra ganhar, meu bebê e o dela tem dois meses só de diferença, então ela já ia absorvendo tudo que ela podia pra ela, porque ela é mais nova que eu, mas era ela quem me ajuda; quando não tinha ninguém perto ela quem trazia comida para mim; ajudava dar banho, cuidava do neném pra mim; quando o pai não estava, ajudava a dar bando; me ajudou bastante; e também ajudei bastante quando ela teve o bebê dela, foram dois meses de diferença, então a gente se ajudou muito; como lá em casa é eu, ela, as crianças e minha mãe, a minha trabalha a noite então ela fica quase o dia todo fora de casa, então era só nós duas, até hoje é; ela quem está cuidando do meu filho porque ele vai entrar na escola mês que vem, ela está em casa ela quem fica com os dois; então pra ela ficar doidinha, eu chego ela está maluca já dos dois; mas é gostoso porque agora eles estão grandinhos, um tem nove e o outro vai fazer sete; não tive mãe e sogra só de fim de semana porque eu ia para a casa da mãe do bebê e final de semana eu fica lá, mas bem no início no comecinho não eu comecei a dormir lá na casa do pai do bebê quando ele tinha uns três meses, então a fase mais difícil já tinha passado; mas hoje se eu precisar da minha sogra ela fica com o bebê, se eu tenho algum compromisso e ela pode ficar ela fica; mas essa fase foi eu e a minha prima mesmo, então eu não tive nem mãe e nem sogra (Grupo focal).

De acordo com estudo de Joca et al. (2005), situações em que as mães

não possuem familiares por perto elas buscam ajuda e apoio por meio dos vínculos de amizade com amigos e vizinhos, o que também constatamos no presente estudo. Com isso evidencia-se a importância da rede de suporte social no período pós-parto tanto para mães adolescentes como adultas, onde além de ajudar no processo de amamentação em relação a técnicas e complicações, tem necessidade de ir além do biológico e também auxiliar a mulher com relação aos aspectos emocionais tais como seus medos, angústias e adaptação ao seu novo papel de ser mãe.

Essa rede de apoio social pode ser classificada em rede de apoio social primária e secundária. A rede primária é constituída pelos familiares, pessoas próximas da nutriz e o pai da criança. Já a rede secundária é composta pelos profissionais da saúde que acompanham a mulher, durante os períodos pré e perinatal e puerperal (GRASSLEY, 2010).

Essas pessoas podem oferecer cinco tipos de apoio durante o processo do aleitamento materno: emocional, que é relativo à manifestação de empatia, carinho e preocupação com a pessoa, valorização positiva, motivação, concordância com ideias e sentimentos; instrumental, que corresponde ao meio pelo qual a pessoa recebe auxílio de forma prática; informativo, relativo a conselhos, direções, sugestões ou retorno de como a pessoa está se saindo; presencial, corresponde à disponibilidade para ficar certo período com a pessoa e; autoapoio, situação em que a própria pessoa se apoia (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

O trabalho de revisão da literatura e metassíntese, publicado pelos mesmos autores, apontou que está amplamente documentada na literatura científica a inclusão do pai do bebê, da avó, da família e da rede social como forma de favorecer a manutenção da amamentação.

As pessoas, como estabelecem relações interpessoais, fazem uso das redes de apoio social e afetivo para o enfrentamento e a solução de situações adversas que surgem na vida. Frente aos momentos de dificuldade pessoal, a família é a rede primária em que buscam ajuda, apoio e cuidado informal (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). É nesse cenário que se instituem as primeiras relações sociais e afetivas, o apoio e as medidas educativas (COSTA et al., 2015).

Assim, a mãe adolescente constrói sua história em aleitamento materno e a partir dessas interações sociais primárias pode receber apoio ou não para

amamentar seu filho (RODRIGUES; QUEIROZ, 2005).

Em algumas famílias, a falta de apoio e/ou conflitos familiares foram relatados como fontes de problemas que dificultam o cotidiano da amamentação das participantes do estudo.

Fiquei sofrendo porque ninguém na minha casa sabia amamentar também, então eu fiquei realmente sofrendo e ele com fome porque ele não estava mamando direito então foi bem difícil no começo (Sandy).

Elas (mãe e irmã) me deixam nervosa e eu passo pra ele e aí ele fica inquieto e não para de chorar... em relação à amamentação eu ainda não percebi se dá uma diferença no leite, mas quando eu fico nervosa eu não consigo dar o peito pra ele porque ele não para de chorar e eu tenho que ficar segurando ele no colo e às vezes ele está com fome, não consegue mamar; então isso atrapalha realmente (Sandy).

Quando as duas estão brigando eu saio pra amamentar ele lá fora às vezes eu saio pra passear com ele pra não ficar nervosa com elas porque elas realmente me tiram do sério; então eu acho importante porque realmente elas me atrapalham; na grande maioria das vezes elas mais atrapalham do que ajudam (Sandy).

Minha família não me ajudava em nada, nunca foram lá e perguntaram “como está seu filho”, se ele tá bem ou não tá, se quer ajuda pelo menos pra cuidar, eles nunca perguntaram pra ninguém como tá meu filho, nunca pediram pra ver; então eu acho que é uma coisa que não precisava de nada disso e você vê que poderiam ter me apoiado mais... mas eles não quiseram, nem mamadeira eles perguntaram, nada, nem do meu filho... (Paty).

Mas ela (tia) podia conversar comigo, porque ela acha que minha mãe infartou assim que ela descobriu que eu estava grávida, ela acha que minha mãe morreu por causa de mim por receber essa notícia, por isso que ela não conversa mais comigo (Paty).

Porque não tinha leite meu peito; a lata é cara de leite (de fórmula) e o médico só receita isso, e pra eu conseguir pegar eu tinha que esperar ele ter pelo menos um mês e ele ia ficar sem mamar um mês, não tinha como aí eu tinha que dar meus pulos, aí eu não podia porque eu estava com os pontos ainda porque eu fiz cesárea, aí eu tive que dar água com açúcar pra não deixar ele com fome (Paty).

A interferência da família sobre a mãe adolescente pode tanto fornecer um suporte emocional e prático quanto interferir de maneira negativa no cotidiano de amamentação da adolescente (MERINO et al., 2013).

O estudo de Piccinini et al. (2002), acerca da percepção do apoio social na gestação, realizado com mães adolescentes e adultas, apontou que possuir uma rede de apoio social permitiu a essas mães sentirem-se amparadas. Schwartz, Vieira e Geib (2011) verificaram a necessidade de que algumas adolescentes recebam mais apoio, considerando-se que as formas de amparo mais efetivas são,

geralmente, vivenciadas no núcleo familiar e nos contatos sociais mais próximos.

É necessário que a rede básica de saúde, por meio dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, assegure um espaço no qual a mãe adolescente seja vista na sua integralidade e realmente apoiada em suas decisões. Significa capacitá-la por meio do diálogo e de reflexões para solucionar as dificuldades do cotidiano. Isto envolve respeitar as limitações e saberes prévios da adolescente, compartilhar das vivências de sua realidade (FREIRE, 2011), além de conhecê-la em seu projeto de vida, de modo integrado com sua família e meio social, tornando-a protagonista das vivências em amamentação, por meio da construção de vínculo e do acolhimento (CAMAROTTI et al., 2011).

Dessa forma, os serviços de saúde precisam reavaliar sua função na sociedade, tornando-se espaços relevantes de acolhimento e de fortalecimento das políticas de promoção da saúde, contribuindo, dessa forma, para minimizar a situação de vulnerabilidade e incrementar a qualidade de vida dos adolescentes (MELO; COELHO, 2011).

Braga (2011) afirma que a articulação dos serviços e da equipe de saúde é fundamental para transformar o quadro de vulnerabilidade, para a efetivação dos direitos das adolescentes em viverem uma gravidez e maternidade saudáveis.

6.2.1.3 Reconhecendo o pai do bebê como importante aliado no processo da amamentação

Outro elemento fundamental para o sucesso do aleitamento materno é a participação do pai do bebê e/ou companheiro nos cuidados com o filho, dentre estes, a amamentação, conforme nos depoimentos a seguir:

o pai gosta de ver ele mamando [...] pra não dar outro leite, pra eu tentar amamentar o máximo (Sandy)

sempre que eu estou amamentando ele o pai está junto, o pai gosta de ver ele mamando, o pai pede pra tentar no máximo, pra não dar outro leite, pra eu tentar amamentar o máximo... então ele quer muito, porque ele tem vários problemas por não ser amamentado, por a mãe dele não ter tido leite (Sandy).

É o pai. Sempre que eu estou amamentando e ele está junto... ele fica lá em casa mais ou menos uma hora e meia/ duas horas antes de ir pra faculdade; então ele quer me ver amamentando e depois ele quer colocar pra arrotar, ele quer ajudar; então ele sempre coloca o bebê pra arrotar

quando eu amamento aí ele coloca toda vez que ele está perto eu nem preciso pedir se ele ver que o bebê já soltou o peito ele já pega e ele mesmo põe pra arrotar, toda vez... então essa parte ele faz bem e ele sempre quer me ver amamentando sempre, sempre, sempre (Sandy). esses dias eu já estava até falando que eu ia parar de amamentar com seis meses, nossa! Ele (pai do bebê) ficou superbravo comigo: não... você tem que amamentar até quando ele soltar, até ele não querer mais..., então ele (pai do bebê) pede muito que eu não tire o peito dele (Sandy). ele pergunta tudo que ele pode estar ajudando; nesse sentido ele ajuda também; aí a amamentação ele também ajuda porque eu fico despreocupada, porque aí ele (bebê) vai ter roupa, não vai ficar sem roupa, vai ficar quentinho, então eu não fico com uma preocupação a mais, então eu consigo amamentar melhor (Sandy).

Ele (pai do bebê) vinha e falava quando eu deixava o bebê mamando mais deitado ele falava para eu levantar o bebê e como eu não tinha o bico do peito ele falava para eu estimular (Juju).

Ele (pai do bebê) apoiou eu dar “mamar” porque ele também ouvia falar até da doação do leite de quando as mães precisavam pra doar leite, eu também já procurei o posto de lá pra tá doando leite, foi uma experiência boa também porque você sente que está ajudando outras crianças (Leleca).

Dia de sábado e domingo ele que era a “mãe”, ele falava assim: Nossa senhora, você não dorme! Eu não dormia a semana toda de jeito nenhum porque ela (bebê) chorava muito. Ele que vinha de domingo era meu descanso ele era a “mãe”, ele que acordava toda vez que ela chorava; ele me acordava pra dar peito e eu ia dormir e ele ficava lá botava ela pra dormir e se não fosse ele, sei lá... Ele me ajudou muito e até hoje me ajuda (Dany).

Na época que eu tirei essa foto eu tinha acabado de voltar com o pai do meu filho, porque eu passei a minha gravidez inteira sem a presença dele; no começo quando o (bebê) nasceu como a gente não morava junto e ainda não mora junto, ele (pai do bebê) sempre perguntava quantas vezes tinha mamado, quantas fraldas tinha trocado, como tinha sido o dia; então ele chegava [...] e ficava com o bebê para eu tomar banho, porque é horrível você ficar o dia inteiro lá, é muito ruim você ficar em casa, não tem tempo para nada, você fica com o bebê ali e não tem tempo; então ele ficava com o bebê para eu tomar banho, depois ele arrumava minha cama, os travesseiros, fazia alguma coisa para eu comer enquanto eu estava tomando banho e o bebê estava dormindo; então ele ficava em torno de 1 hora, 1 hora e meia e ele ficava comigo esperando eu acabar de dar mamar, para colocar o bebê para arrotar, porque eu tinha muita dificuldade de fazer meu bebê arrotar e ele colocava o bebê, dava uns tapinhas, e ele já arrotava; então nessa parte ele me ajudava muito, eu amamentava tranquila porque eu já sabia que ele estava ali para fazer o bebê arrotar; porque eu ficava ali amamentando e sabia que não ia ficar

horas e horas em pé cansada, então ele ajudava bastante (Grupo focal).

A fotografia a seguir evidencia, sob a ótica de uma das participantes do estudo, a importância da união familiar, em especial da necessidade de apoio do pai do bebê à participante em relação à amamentação.

Figura 4 – Fotografia produzida pela participante Sandy

Fonte: participante Sandy

Discurso referente à figura 4: Acho que representa a união tanto minha, do pai e do bebê; que a gente tirou essa foto no dia que a gente foi registrar ele; eu já tinha decidido o nome, tudo; eu acho que representa nós três, a nossa união (Sandy).

De acordo com os depoimentos, a presença atuante do pai do bebê e/ou companheiro foi reconhecida pelas mães adolescentes como favoráveis à amamentação, tais como colocar o bebê para arrotar e ficar com o filho para a adolescente se cuidar e descansar.

Assim, como no estudo de Santos et al. (2016), no que diz respeito ao apoio recebido, as adolescentes destacam o apoio familiar, em especial de sua mãe, seguido do apoio do pai do bebê e/ ou companheiro.

A participação do pai do bebê e/ou companheiro pode favorecer a construção do vínculo entre pai e filho, propiciar maior segurança emocional às mulheres e propiciar a construção da paternidade participativa e afetiva (OLIVA; NASCIMENTO; SANTO, 2010).

Em relação à amamentação, os resultados do estudo de Silva, P. et al.

(2012) demonstraram que opiniões favoráveis e a participação ativa do pai do bebê e/ou companheiro se mostraram fortemente associadas à duração do aleitamento materno. Silva, Santiago e Lamonier (2012) publicaram uma revisão integrativa sobre o assunto, na qual o pai do bebê foi destacado como suporte fundamental pela forte influência na decisão da mulher em amamentar e na sua continuidade. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Silva, P. et al. (2012) em que os pais não apoiadores da amamentação tiveram um risco maior de terem seus bebês usando mamadeira, aos três meses.

Souto, Jager e Dias (2014) também confirmam que a figura paterna pode influenciar favoravelmente a amamentação. O pai do bebê e/ou companheiro vem assumindo responsabilidades fundamentais para a qualidade desta vivência, embora a amamentação ainda esteja fortemente associada à figura materna. O pai pode atuar na busca de informações e ajudar a parceira a enfrentar as dificuldades encontradas na vivência de amamentar.

Uma estratégia para qualificar a atenção à gestação ao parto e ao nascimento, instituída pelo MS, foi a implantação do chamado pré-natal do parceiro, que apresenta a importância de se orientar como o pai do bebê e/ou companheiro pode estimular e favorecer a amamentação, além de dividir as tarefas domésticas e de cuidado com a criança (BRASIL, 2016a).

Há a necessidade iminente de inserir os pais dos bebês e/ou companheiros nas ações de educação em saúde desenvolvidas durante o ciclo gravídico-puerperal, pois os cuidados com o bebê, incluindo a amamentação, são de responsabilidade do casal, logo os pais devem ser envolvidos, motivados e capacitados para tal. Quando o pai do bebê e/ou companheiro é incentivado aos cuidados com o filho, contribuirá para que a mãe supere possíveis dificuldades relativas à amamentação e a motivará a continuar praticando atividade tão essencial à saúde do seu filho (CRUZ et al., 2011).

As participantes do estudo também apontaram a falta de apoio/ausência do pai do bebê e/ou companheiro no cuidado cotidiano do filho.

Foi difícil. Ele falava para não tirar não; que ele iria me ajudar e iria ficar comigo; e agora eu precisava dele para me ajudar com ele (bebê), enquanto eu comia ele (pai do bebê) segurava, mas não (Bela). Quando ele nasceu a gente ainda estava junto; a gente se separou ele tinha uns três/quatro meses... eu larguei dele porque eu fazia tudo, dava banho, trocava fralda, acordava de madrugada e ele não fazia nada; de tarde ele ficava aqui, pedia para ele segurar, ele fuma; ele pedia pra

segurar o menino e eu fazendo as coisas e ele ia lá fumar; aí eu larguei dele, falei que estava cansada, que ele não me ajudava, nunca trocou uma fralda dele, não fez nada (Bela).

Eu tinha falado que eu iria tirar ele do peito que ele (pai do bebê) tem que comprar a lata e ele falou que não vai ajudar a comprar a lata, para eu continuar dando peito; ele fala isso e ele tem dezessete anos; tinha alguém da família dele que falou para ele trabalhar para ele me ajudar, mas ele não aceitou não; agora não sei o que ele está fazendo. A mãe dele falou que ele estava vendendo droga (Bela).

Não. Mas nem se ele (pai do bebê) precisar eu não quero... porque a hora que eu mais precisei dele, ele virou as costas para mim (Nina).

Aí eu fiquei sozinha, porque às vezes a gente precisa do pai, do companheiro, pra ajudar, pra dar uma equilibrada, uma força; e sozinha uma mãe nova, que acabou de entrar agora pra ser mãe (Mari).

Ele fala para mim que não pode ficar pegando ele... ele tem medo de pegar... Não ajuda com nada. Porque ele não gosta. Ele fala que é coisa de mulher e eu quem tenho que fazer... a gente largou (Mila).

A paternidade na adolescência é um período de transformações para a vida adulta, em que o adolescente passa a assumir um papel importante advindo de mudanças e readaptações para desenvolver novas funções de responsabilidade. Não é apenas uma questão de transformações, mas também uma questão social que deve ser examinada e compreendida, pois envolve novos planos no cotidiano de vida. A paternidade nessa fase do ciclo vital tem apontado a responsabilidade de assumir o fato (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011). Santos et al. (2016) afirmam que como grande parte desses pais também é adolescente, alguns não suportam a tensão de assumir tamanha responsabilidade e optam por abandonar a parceira.

A gravidez nas adolescentes algumas vezes manifesta o desejo de se tornar homem e passar da vida jovem para a adulta, na qual, frequentemente, quando frente à notícia, os adolescentes ficam surpresos. O fator da descoberta da gravidez na adolescência no âmbito familiar e pelo companheiro, inicialmente é, em geral, perturbador por se tratar de um acontecimento inesperado, mas que pode ser mais bem entendido ao longo do tempo. Porém, é fundamental que as famílias encarem como um assunto a ser tratado no meio familiar, para que se evitem novos conflitos (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

Situações em que a gravidez ocorre fora do casamento podem levar a

uma união precoce, que se interrompe rapidamente; ou à prática do aborto e à maternidade solitária, em que a adolescente é quem se encarrega, junto com sua família, dos cuidados com o bebê, incluindo a amamentação, e o pai adolescente não assume as suas responsabilidades (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009).

Por outro lado, Cruz et al. (2011) observaram em seu estudo, que a maioria dos pais investigados demonstrou interesse e empenho em proporcionar ajuda à esposa, colocando-se à disposição dela e incentivando-a durante o processo de aleitar, uma vez que, conhecia os benefícios da amamentação para a criança. Porém, alguns deles não possuíam tal conhecimento, e também não se incluíam nesta prática, referindo ser um momento exclusivo da mãe com seu filho. Tal percepção compromete o êxito do aleitamento materno, pela ausência de incentivo dos pais às mulheres, quanto à necessidade da continuidade desta prática.

6.2.1.4 Revelando a vivência com profissionais da saúde

Em relação aos profissionais da área de saúde, as participantes do estudo valorizaram o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a) (ginecologista e pediatra) e o fisioterapeuta como incentivadores/ apoiadores da prática da amamentação.

O importante é depois que ganha o bebê, tem que ter assim... uma conversa, que nem conversaram comigo lá no hospital que é muito importante amamentar (Bia).

Aí teve umas (enfermeiras) que foi lá e me ajudou, falou que depois eu conseguia amamentar, que eu não estava conseguindo não (Bia).

Aí depois que teve uma enfermeira que cuidou de mim direito, foi que eu melhorei bastante... Aí ela foi e falou agora é só amamentar também que vai dar tudo certo... porque ela falou (Bia).

Ela me ajudou bastante, bastante, aí foi que eu consegui amamentar ela... daí em diante eu consegui (Bia).

É a minha médica (ginecologista) falava pra mim ficar relaxada, não pensar em nada; para ficar em um lugar sozinha, relaxada e dar mamar para ele (Bela).

Ela (enfermeira) falou como dava o peito, como pegava a criança, tudo isso; porque eu já fui babá, mas como é seu filho tem que ter mais cuidado do que tudo; como é um recém-nascido tem que ter muito cuidado (Susi).

A enfermeira depois aqui na consulta foi minha base pra saber todas as minhas dúvidas (Sandy).

Onde eu morava a médica me informava muito, tem médicos que informam muito sobre amamentação, tem médico que informa muito (Leleca).

Teve uma enfermeira que me ajudou na maternidade. Eu estava lá e ela falou para fazer meu parto mais rápido... e depois que o (bebê) nasceu ela colocava ele pra mamar na (maternidade). Foi a única! Ela vinha, colocava para mamar, falava para fazer massagem para o peito não empedrar (Juju).

Ela me ajudou como poderia ajudar outras. Ela foi uma boa enfermeira (Juju).

Na fisioterapia me falaram que não pode ficar de bruço. Elas falaram que o leite volta e acaba sufocando ele. Eu acho que não, mas como elas falaram... Eu acho que quando ele fica de bruço molha o colchão, mas ele não engasga se o leite voltar (Juju).

Uma pessoa próxima às vezes ajuda [...] o médico também, uma pessoa formada que se você perguntar sabe te ajudar (Mari).

O médico mesmo do postinho. Foi o pediatra dele que me explicou para fazer massagem, tomar banho debaixo da água, pra passar leite do peito envolta do bico do peito pra ele não rachar, mas empedrou bastante (Mari).

O pediatra dela. Que eu ia tirar em seis meses... E ele me falou pra eu continuar até quando o dente dela nascer; minha mãe também me deu conselho que eu não tirasse; aí eu escutei os conselhos e só vou tirar com os dois anos (Dany).

Foi ótima a experiência, ela (enfermeira) ajudou como amamentar, como dar banho, como trocar, eu não sabia direito e ela me ensinou... como segurar a criança para poder mamar. A posição certa para amamentar a criança.

Me ajudou bastante também, eu não sabia dar o peito direito e ela me ensinou; porque meu peito estava empedrado e ela me ensinou como tirar o leite; ajudou bastante. Foi importante sim (Grupo focal).

A fotografia apresentada a seguir retrata a ajuda do profissional de saúde recebida pelas participantes do estudo com relação à amamentação e às outras dificuldades vivenciadas por elas.

Figura 5 – Fotografia produzida pela participante Juju

Fonte: participante Juju

Discurso referente à figura 5: *teve uma enfermeira que me ajudou na maternidade. Eu estava lá e ela falou para fazer meu parto mais rápido... e depois que o (bebê) nasceu ela colocava ele pra mamar... Foi a única! Ela vinha, colocava para mamar, falava para fazer massagem para o peito não empedrar (Juju).*

Esses depoimentos ressaltam a importância da atuação dos profissionais de saúde na promoção e apoio à amamentação de adolescentes no período gravídico-puerperal. Ao receberem informações e apoio, essas adolescentes desenvolverão mais confiança e aptidão para executarem aquilo que lhes foi ensinado, contribuindo, assim, para o sucesso no ato de amamentar (NERY et al., 2014).

Autores (PEREIRA et al., 2010) salientam que o profissional de saúde é importante na promoção do aleitamento materno, pois ele pode ajudar a mãe a entender quão eficaz é o leite materno para seu filho. Oliveira et al. (2012) apontam que o enfermeiro, responsável pela educação em saúde, deve formular estratégias no seu ambiente de trabalho que dinamizem o cuidado em saúde de adolescentes, ou durante o pré-natal, alojamento conjunto, ou, ainda, nas visitas domiciliares.

De acordo com Nery et al. (2014), os profissionais de saúde precisam ter um comprometimento verdadeiro com o incentivo ao aleitamento materno, principalmente quando a mãe é adolescente, o que deve ocorrer, desde o início do pré-natal e haver continuidade após o nascimento do bebê. Assim, os profissionais

devem estar capacitados para lidar com as dificuldades existentes e ajudar as mães a não desistirem de amamentar seus filhos.

Algumas participantes do estudo verbalizaram a falta de apoio dos profissionais de saúde em relação à prática da amamentação.

*E eles não podem ficar muito com aquela pessoa (Juju).
Porque tem muita gente, não é toda hora que eles (profissionais da saúde) podem estar ali orientando... (Juju).*

Teve uma (enfermeira) que falou assim: “Ah, nós não podemos fazer nada” (Bia).

Pode ser uma amiga e uma enfermeira ao mesmo tempo, porque seu eu tiver alguma coisa entalada, alguma coisa para desabafar, eu vou poder desabafar... aí isso ajudava, não ser uma enfermeira naquele momento, ser uma amiga; aí melhorava sim (Dany).

E lá (na maternidade) não tive muito apoio não, nenhum pra falar a verdade (Sandy).

Eu tive que trazer ele pra ver se estava tudo bem e aí no outro dia já teve consulta e aí ela me ensinou, me falou que não era assim, ela me explicou certinho como colocar, a enfermeira aqui do postinho, ela me ensinou a tirar o leite; mesmo tirando o leite pra dar pra ele... (Sandy).

Mas aí eu sofri bastante eu acho que eu sofri uma semana mais ou menos eu fiquei do domingo até terça, aí na terça pra quarta, aí na quinta-feira eu vim pra cá e ela (enfermeira) me ensinou [...] agora ele mama tranquilamente, mas no começo foi bem difícil (Sandy).

Eu fiz o pré-natal lá, então foram as consultas normais, mas não tinha grupos essas coisas de mulheres que falavam sobre, não tive nenhuma experiência profissional nada, ninguém falou nada sobre amamentação durante o pré-natal, nem o próprio médico [...] e nenhuma enfermeira nada não tive nada disso não e por isso eu fui bem crua lá (na maternidade) (Sandy).

Porque era uma coisa que eu muito queria pro meu filho... mas infelizmente não deu, porque ninguém me ajudou, porque às vezes se eles (profissionais de saúde) me ajudassem mais eu acho que eu conseguiria dar leite pra ele (bebê), se eles me dessem mais injeção pra descer o leite desceria mas não fizeram nenhum esforço aí foi secando por isso essa foto é muito importante pra mim, pelo meu filho, porque eu queria muito dar o peito pra ele... pra eu sentir como era (Paty).

Eu acho que eu deveria ter mais apoio das enfermeiras, como da minha família, porque se eles tivessem me apoiado eu acho que não teria acontecido nada disso, que eu conseguiria alimentar ele, ele iria mamar; porque mesmo se as enfermeiras não ajudassem, a mãe da gente, família mais velha iria me ensinar: “é assim”; mas eu não tive apoio de ninguém como da minha família, como de enfermeira que ainda era ignorante; aí

eu era sozinha e infelizmente eu não pude fazer nada do que eu pretendia (Paty).

As enfermeiras foram grosseiras comigo, não me ajudaram e meu leite não teve mesmo, secou (Paty).

Que na hora de arrumar eu não pensei que jeito que dava mamar, que eu não perguntei pra ninguém que jeito que dava mamar; agora que chegou a “bomba” eu queria saber, eu tinha que já saber porque ninguém mandou arrumar; elas (enfermeiras) falaram desse jeito (Paty).

Eles (profissionais da saúde) não explicam; eu só ia fazer o pré-natal, eles não iam em casa falar como eu sou mãe de primeira eles não faziam nada, eu só ia lá eles só ouviam o coraçãozinho viam se estava tudo bem, e não falavam que podia ser uma criança que jeito que ia ser, eles não falavam nada disso, eles só ouviam o coraçãozinho só isso que eles faziam lá no pré-natal (Paty).

Aí quando começou a sair o colostro o médico falou que já era grosso, só que eu não achei que era grosso porque todo leite é uma coisa que fica parada quando a gente engravida de filho de primeira e claro ia tá grosso sim só que se ele mamasse ia afinando sim ia tirando, só que ele falou que estava grosso, que tinha que tirar que não era o certo pra ele mamar, aí tirou (Paty).

Para Carvalho, Salles e Guimarães (2009), a aproximação dos adultos com os adolescentes é demasiadamente repleta de autoritarismo, a presença do adulto se manifesta na forma de comando, vigilância, repreensão e punição. O adulto é idealizado com atributos de perfeição e normalidade. Ao adolescente cabe resignar-se ou rebelar-se. Quando se concebe a educação do adolescente, pensa-se na futura utilidade e obediência civil e social.

Camarotti et al. (2011) salientam que a maneira de se conceber a maternidade adolescente pode dificultar o processo de amamentação e elevar a probabilidade de ocorrer o desmame precoce. Em alguns casos, mães adolescentes recebem rótulos preconcebidos acerca da própria incapacidade de cuidar do filho, devido às características presentes na adolescência, tais como o egocentrismo e os problemas de autoimagem.

A educação e a construção da identidade do adolescente exigem a construção de uma nova ética que se manifeste pela vivência imediata da cidadania, realização e expressão de uma atuação digna na sociedade. Para tal, o único caminho é o restabelecimento do afeto, da sensibilidade, da arte e da beleza na relação entre os adolescentes, os pais, os educadores e os grupos de identificação (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros,

precisam estar capacitados para acolher a adolescente, entendendo que palavras de julgamento ou críticas, mesmo veladas, podem caracterizar mau acolhimento. Com isso, algumas adolescentes podem se tornar resistentes em buscar os serviços de saúde, dificultando o acesso ao atendimento (KOHLE, 2005).

Essa dificuldade foi evidenciada no estudo de Barbaro, Lettiere e Nakano (2014) que avaliou a atenção pré-natal à adolescente, segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma distrital de saúde no município de Ribeirão Preto - SP. A qualidade da atenção à saúde das gestantes adolescentes é entendida como a presença e extensão dos atributos essenciais da APS, a partir da experiência dos profissionais de saúde. Assim, as mesmas autoras revelaram que a presença e extensão foram fortes para a maioria dos atributos pesquisados (longitudinalidade, integralidade e coordenação), ou seja, obtiveram escores $\geq 6,6$; apenas o atributo acessibilidade ficou abaixo do ponto de corte, e concluíram que a formação dos profissionais de saúde deve ser mais ampla e contextualizada, a fim de possibilitar que médicos e enfermeiros, que atuam no cuidado pré-natal de adolescentes, tenham competência para identificar o contexto de comunicação e acolhimento, de escuta, além de reconhecer e entender as diferenças de valores e a cultura e de mobilizar soluções que considerem a realidade contextual, incluindo, também, o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores.

Quando as adolescentes são bem acolhidas, os serviços favorecem a procura de cuidados gestacionais e puerperais quando necessário, auxiliando as adolescentes a superarem riscos da gestação, bem como dificuldades ocasionais nos cuidados com o seu filho e com a amamentação (KOHLE, 2005).

Os profissionais de saúde constituem-se em uma fonte de informação importante para as mães, pois podem aconselhar acerca de comportamentos e atitudes que podem influenciar o início, duração e estabelecimento da amamentação. Assim, as mães podem se sentir apoiadas nos serviços de saúde os quais frequentam e seguras para buscar o atendimento especializado na presença de possíveis dificuldades de amamentar. Isto ainda pode reduzir o desmame precoce, tendo em vista que há profissionais que apoiam e estimulam a prática do aleitamento materno e o percebem como capaz de exercer influência na saúde física e psicológica da dupla mãe-bebê (COSTA; LOCATELLI, 2008; KLEIN; GUEDES, 2008).

Logo, para que os profissionais de saúde possam promover, proteger e

apoiar o aleitamento materno, é preciso proporcionar espaços que possam envolver as adolescentes e nos quais seja possível a conversa acerca de questões que permeiam a prática da amamentação. Assim, o apoio às adolescentes poderá favorecer a manutenção da amamentação (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015b).

As participantes do estudo apontam que a ajuda para amamentar não ocorreu de forma oportuna nos serviços de saúde e relatam a descontinuidade na atenção.

A enfermeira chegou: “ah, começa a massagear”, sendo que a minha mãe já tinha me falado, aí ela falou: “começa a massagear porque senão vai empedrar e tenta dar pra ele, ou senão vai tirando porque senão vai empedrar e você não vai ter leite mais...” Aí eu fui fazendo né... o que ela falou... (Juju).

Ela me ajudou só na hora de dar banho nele... só de manhã pra eu dar banho nele, porque o resto nada... (Juju).

A pediatra foi me falando né... mas depois que ele nasceu... depois que ele (bebê) já estava lá (Juju).

No pré-natal era só o que eu estava sentindo, olhava o coraçãozinho dela e só. Não explicou nada (Dany).

Eu fiz o pré-natal lá, então foram as consultas normais, mas não tinha grupos essas coisas de mulheres que falavam sobre, não tive nenhuma experiência profissional nada, ninguém falou nada sobre amamentação durante o pré-natal, nem o próprio médico e nenhuma enfermeira nada não tive nada disso não e por isso eu fui bem crua lá; e lá não tive muito apoio não, nenhum pra falar a verdade, a moça foi lá ensinou, mas também não voltou mais (Sandy).

Era a maneira que estava amamentando errado mesmo, ele estava pegando só o bico mesmo ele não estava pegando a aréola inteira então machucou muito saiu sangue ele bebeu sangue, ele vomitou; eu tive que trazer ele pra ver se estava tudo bem e aí no outro dia já teve consulta e aí ela me ensinou, me falou que não era assim, ela me explicou certinho como colocar, a enfermeira aqui do postinho, ela me ensinou a tirar o leite... (Sandy).

Só no hospital, falaram que eu tinha que colocar a aréola inteira na boca dele para ele mamar; no pré-natal não falaram nada (Bela).

Os dias de permanência no hospital, após o parto, e as informações relativas à amamentação fornecidas neste local são fatores que realmente são capazes de influenciar na prática da amamentação (SOUTO; JAGER; DIAS, 2014).

Além da cartilha que ajuda, eu acho que teria que ter um preparo antes,

durante a gravidez, eu acho que no pré-natal já deveria ter... por exemplo, assim com chega aqui e elas ensinam, a gente eu acho que teria que ter uma aula, pra ter uma instrução pra gente já aprender antes; porque eu sofri muito no começo quando o (bebê) nasceu, porque o peito inflamou, sangrou, ele bebeu sangue, então eu não tinha noção nenhuma e eu só fiquei sabendo quando ele tinha uns dois/três dias que eu vim aqui; então nesse período de dois/três dias ele ficou em casa sofrendo e eu também, se eu tivesse aprendido antes ele não tinha passado por isso e nem eu; e eu não tive absolutamente nada enquanto eu fiz o pré-natal eu não tive nenhuma conversa com meu médico ou qualquer outra pessoa em relação à amamentação, fui ter só depois que meu filho tinha nascido, então eu acho muito importante ter isso antes, ou uma sala de conversa, ou uma demonstração ou conversa com outras mães durante a gravidez pra quando o bebê nascer a mãe já ter essa noção; eu acho que isso seria o ideal pra todas as mães, mesmo as que já tiveram filho porque vamos supor tem filho de cinco anos aí depois engravida de novo ela já não lembra mais o que foi que aconteceu há cinco anos atrás; mesmo que tenha uma noção básica, cada filho é diferente, cada gestação é diferente, então eu acho que isso seria muito importante se tivesse esse auxílio pra todas as mães em qualquer idade, qualquer período e qualquer quantidade de filhos, deveria colocar no pré-natal; é muito importante porque depois que eu tive o (bebê) e depois que eu aprendi aqui, eu e o pai dele até conversando que se tivesse isso antes eu não teria passado por isso nem ele, então eu acho que é muito importante.

Porque se você convive com outras mães e elas têm as mesmas dúvidas, igual aqui, são mães adolescentes ou mães que nunca tiveram filho, se tiver diálogo/conversa eu acho que vai ajudando pra quando o bebê nascer já ter uma noção básica ou a própria experiência... mesmo vamos supor em um grupo uma mãe já tem um filho aí ela vai contar a experiência dela com o primeiro filho, a outra mãe “Ah, eu nunca tive filho” e já tem tal dúvidas, ela já vai tirar as dúvidas e nisso vamos tirando o máximo de dúvidas possível; porque quando nasce não tem toda aquela noção e quanto mais você for ver antes eu acho muito importante; na minha casa mesmo eu não tive porque ninguém tinha bebê novinho, todos já tinham cinco/seis anos...

Se não for possível todo mês, são milhares de crianças que nascem, então toda mãe tem que fazer o pré-natal, toda mãe tem que ter aquela consulta com o médico, então nisso o médico deveria passar pra gente; ou ter alguém em qualquer fase, vamos supor no final da gestação “em tal mês você tem que fazer isso”, a gente tem que fazer os exames não tem?, a gente é obrigado a fazer, então a gente deveria ter alguém que nos obrigue a aprender aquilo, eu acho muito importante; porque se é uma coisa que é necessária, você sabe que vai fazer bem pro seu filho, você não vai deixar de fazer; a mesma coisa você tem noção que tal dia, tal horário tem que estar lá para tirar sangue e fazer a consulta para ver se o bebê está bem, você sabe que aquilo vai te ajudar depois, você não vai deixar de fazer; eu acho que é mais importante isso, colocar como se fosse uma regra porque todas as mães fariam, e elas iriam ver que realmente é importante e só vai ter a ganhar. (Grupo focal).

Uma equipe de saúde capacitada para identificar as dificuldades das mães e orientar de forma oportuna e, de acordo com a realidade de cada família, influencia positivamente, aumentando indicadores relativos ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável podem ser efetivados em diversos contextos, com o comprometimento da equipe de saúde da Atenção Básica, seja no domicílio ou na unidade de saúde, em consultas, visitas ou atividades de grupo. Compreende ações de educação em saúde, cuidado clínico da dupla mãe-bebê, aproximação ampla do contexto cultural, psicossocial e familiar (BRASIL, 2016b).

É essencial para a manutenção da amamentação o entendimento da importância deste ato para além da figura da criança. Para isso, a função dos profissionais de saúde na atenção à mãe adolescente é primordial, uma vez que devem acolher essas mulheres de forma eficiente, atuar com escuta qualificada, sem julgamentos e preconceitos, possibilitando à mulher revelar sua intimidade com segurança e garantindo a construção de vínculo. Portanto, é preciso uma atenção de qualidade que mantenha a continuidade do cuidado à gestante junto à sua família, o que facilita seu acesso aos serviços de saúde e proporciona uma maior confiança nas informações e orientações apropriadas a esse momento singular na história das famílias (BRASIL, 2013c).

Para se sentirem confiantes, as mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive emocional), bem como informações precisas, porém o suporte concedido pelos profissionais costuma ser passivo e reativo. Se o profissional de saúde realmente pretende apoiar o aleitamento materno, ele precisa conhecer que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele (BRASIL, 2015b).

As participantes do estudo mencionaram que os aspectos e meios importantes para a atuação de profissionais da saúde na promoção, incentivo e apoio à amamentação são: implantação de grupos de gestantes e de mães; orientações individuais no pré-natal e no puerpério e divulgação de informações impressas, aliadas ao aconselhamento.

Eles poderiam ter feito um grupo de mães na maternidade e ensinado como que amamenta; um grupo também no pré-natal e ensinado tudo... como que faz... também dar mais atenção pra quem não sabe dar de mamar e explicar no pré-natal... e depois que nasce (Juju).

Poderia ter grupos na maternidade e já vai preparando a gente para fazer certo. Também grupos no pré-natal (Juju).

Sempre acompanhar as mães, pra nunca parar de dar a mama, sempre aconselhar elas a continuar a amamentar... que é muito bom... (Juju).

Divulgar assim no cartãozinho da gestante, que não tem ... que nem assim quando tem os pré-natais eles têm que falar também que eles não falam, assim veem os exames, veem que tá tudo bem mas não falam da amamentação, que tem que amamentar, que tem que comer coisa saudável que faz bem pro leite dele, não é?! Mas eles não falam ... é eles têm que divulgar assim não é? Divulgar no cartãozinho e falar (Bia).

Como eu sou da Bahia aí lá me deram um caderninho que era várias folhas e nessas folhas tinha bastante desenho da amamentação, já no daqui (Ribeirão Preto) não teve ... eu acho que deveria ter (Bia).

Eles têm que divulgar bastante no pré-natal porque aqui eles não divulgaram não. Eles deveriam falar assim que tem que amamentar, que tem que comer, que é bom pro bebê, que cresce saudável, que não adocece muito, que fica bastante saudável (Bia).

A caderneta me ajudou em tudo... a caderneta da gestante (Dany).

Eles (profissionais da saúde) devem melhorar os cuidados, explicar melhor o que é amamentação, o que é cuidar do bebê; tem que melhorar muito, porque a primeira vez a gente não sabe nada, é tipo não sabe nada mesmo, aí é difícil pra gente, tem que melhorar isso; falar melhor, explicar melhor, entendeu?! Ele só olhou o coraçãozinho dela e pronto e de exame, ultrassom e não explicou nada. Tem que melhorar isso. Porque a primeira vez é a primeira vez (Dany).

Então um livro que fale mais sobre amamentação é muito importante porque eu não li nada a respeito então eu não tenho muita base nisso (Sandy).

A discussão do aprendizado em grupo é associada à criação de um espaço de diálogo onde as participantes apresentam as mesmas características, as mesmas dúvidas e anseios em relação à gravidez, ampliando a empatia. Neste contexto, a formação de vínculo pode se tornar maior do que em grupos mistos, com gestantes adultas e adolescentes (MENDONÇA et al., 2017).

Os mesmos autores constataram que o trabalho em grupo de adolescentes, em relação à temática amamentação, proporciona o esclarecimento e o incentivo necessário à amamentação exclusiva, munindo as adolescentes de argumentos sobre os benefícios obtidos para a mãe e o bebê, o que possibilita melhor tomada de decisão destas acerca do ato de alimentar o filho.

Ao observar as fotografias, os depoimentos individuais e em grupo das

participantes do estudo, é possível apreender como a construção de suas histórias estão vinculadas às relações/interações com o outro, se constituindo em uma evidente necessidade para sua plena vivência em aleitamento materno. A forma como o outro (família, parceiro, vizinha, amigas, profissional de saúde e/ou outros) exerce influência na maneira como elas concebem a amamentação, desde a tomada de decisão ao estabelecimento da amamentação, as sujeita a possibilidades de sucesso ou não relativas a essa prática.

6.2.2 Revelando singularidades do cotidiano da amamentação das mães adolescentes

De acordo com Bock (1997), é importante a compreensão do indivíduo com base em sua inserção na sociedade. O homem só pode ser de fato compreendido em sua singularidade, quando inserido no meio social e histórico que o constitui e dá sentido à sua singularidade.

“A busca pelas relações é o que nos permite conhecer a transição do coletivo ao singular e deste ao coletivo” (ZANELLA et al., 2007, p. 28).

Nesse sentido, a adolescência é uma etapa da vida de profundas mudanças (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012), em que o sujeito adolescente deve ser percebido de acordo com suas singularidades e relações em seu cenário familiar e social (SILVA, M. et al., 2014).

Assim como no estudo de Leal, Facci e Souza (2014, p. 56, 57), entendemos que os discursos das adolescentes estudadas expressam não somente a sua singularidade, mas também a universalidade, uma vez que o particular está contido no universal e vice-versa, ou seja, a forma como as mães adolescentes expressam a amamentação reflete a realidade em que estão inseridas.

O adolescente vive dois momentos que estão correlacionados, o subjetivo e o objetivo. Com o surgimento de novas necessidades internas, a quantidade de objetos que o atrairão também é ampliada. Atividades que antes eram ignoradas passam a conduzir sua vida e seu comportamento, surgindo um mundo inédito para o adolescente (LEAL; FACCI; SOUZA, 2014, p. 54).

No desenvolvimento dos interesses, ocorrem duas etapas principais: os novos interesses e o desenvolvimento do sistema novo que se forma sobre os novos interesses. Novas atrações surgem, novas cobranças são efetuadas pelo meio, dando lugar a uma nova forma de viver a vida e a realidade ao adolescente (LEAL; FACCI; SOUZA, 2014, p. 54).

6.2.2.1 Sentindo-se só

“O adolescente precisa do grupo, precisa do adulto, precisa de referências; mas ele precisa diferenciar-se, construir sua própria identidade. Tornar-se adolescente é viver cercado por profundos conflitos. Novos e diferentes ritmos, tempos, espaços, presença na sociedade e na cultura” (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009, p. 35).

As participantes do estudo verbalizaram que se sentiam sozinhas/desamparadas e até abandonadas após a descoberta da gravidez e o nascimento de seu filho. Por meio das falas a seguir, é possível depreender que as pessoas que não forneceram apoio social, do ponto de vista delas foram: as amigas, o pai do bebê ou companheiro, o pediatra e membros da família.

Eu fiquei meio distante delas (amigas), a gente conversa, mas não é que nem era antes, às vezes final de semana a gente se encontra, mas não é que nem era antes, antes a gente se via todo dia (Juju).

E não tem ninguém de confiança sabe. Aí meu marido trabalha... (Sandy).

Estou cansada às vezes e aí como não tem outra pessoa pra levantar e pra fazer isso por ele, tem que ser eu (Sandy).

Eu ficava chorando muito; eu até cheguei a pensar em me arrepender de ter arrumado porque minha família toda virou as costas pra mim; só que eu achava que não precisava de nada disso, só porque eu fui mãe nova, muita gente já foi mãe nova, não é porque eles eram da igreja eu respeito tudo bem, mas não é porque eu fui mãe nova que eles tinham que virar as costas pra mim; não sei quantos anos minha mãe teve o primeiro filho dela, porque nós somos em quatro, não sei minha avó quando teve meu primeiro tio, minha tia; então alguém foi mãe da família nova, não precisava nada disso; eu achei que eles viraram as costas pra mim por coisa que não precisava, coisa que não tinha necessidade (Paty).

Secou (o leite)... eu não sei, eu acho que por eu passar muito nervoso essas coisas; e quando eu tomava banho tinha colostro, saía normal, meu peito ficou muito grande, tinha bastante; só que quando eu fui dar pra ele ninguém me ajudou (Paty).

Depois que a minha família descobriu que eu estava grávida todos viraram as costas pra mim; então lá eu tive que me virar sozinha, como eu tive ele muito pequenininho não tinha como eu trabalhar, fazer nada; como que eu ia me sustentar sozinha com ele? (Paty)

Minha tia falou que eu era doida de ter arrumado um filho, porque ela não aceitou; o que mais eles ficaram preocupados... preocupados não, se não eles tivessem preocupado, teriam me ajudado. O que mais eles ficaram revoltados foi porque o pai sumiu, só que o que deveria acontecer como

eu era menor eles deveriam ter me ajudado mais e não, todo mundo virou as costas pra mim (Paty).

Depois que minha mãe morreu e meu pai também, aí eu morava com a minha avó, mas depois disso que eu engravidei todo mundo virou as costas porque eles acham que eles serem da igreja e por eu ser nova eles acharam errado eu ter arrumado um filho, aí todo mundo virou as costas; nunca perguntou como estava minha gravidez, até tanto nunca minha família viu ele, só por foto eu acho ainda; nunca pediu pra ver (Paty).

Eu tive que me virar sozinha; cheguei lá ainda tive que ficar esperando pra mim ter ele, aí quando eu fui ter depois de um tempo a gente tem que dar mamar, elas (enfermeiras) não me ensinaram, elas falaram assim que na hora de eu fazer eu não perguntei como que era... eu não tinha minha família perto eu perguntava pros outros que estavam na sala comigo como que era (Paty).

Não tinha minha família perto pra me ajudar a amamentar, não tinha ninguém perto pra me ajudar; quando eu fui ganhar ele, minha prima que trabalha, eu tive ele sozinha; eu passei mal, eu tive que me virar sozinha... (Paty).

E quando eu tomava banho tinha colostro, saía normal, meu peito ficou muito grande, tinha bastante; só que quando eu fui dar pra ele ninguém me ajudou (Paty).

Eu tenho um irmão ele é de doze anos, ele está na foto ali, ele é o único também que não tem nada contra, conversa comigo, mas é ele na dele e eu na minha; ele pede pra ver quando ele vem pra cá, porque ele está trabalhando, ele pede pra ver e é o único também só que também não faz questão, “é meu sobrinho porque eu sou tio”; porque mãe não é aquela que faz é aquela que cria e sempre eu morei com a minha avó desde doze dias de nascida, então eles nunca fizeram questão de me ajudar nada, eu já cheguei até a dar água doce pro meu filho e ninguém estava nem aí, não precisava pensar em mim pelo menos no meu filho; porque a gente é grande e se vira, mas uma criança depende da gente (Paty).

Ele na banheira... eu vejo que foi um momento muito difícil, foi o primeiro banho dele em casa e não tinha ninguém em casa e eu não sabia que jeito que dava banho nele, tanto que eu coloquei shampoo na água; porque quando era no hospital, eu não sei aqui, mas lá eles não dão banho, eles passam pano, só que como eu tive que ficar um tempo lá a mais por causa do peito, aí começaram a dar banho, as enfermeiras falaram “pode ir lá pra você dar banho”, eu peguei e falei “eu não sei”, elas pegaram e falaram assim: “aprende, na hora de fazer você não pensou que depois você ia ter que dar banho, que você ia ter que cuidar dele sozinha, aqui a gente ajuda e na sua casa quem vai te ajudar?” Ela falou assim, aí eu peguei e dei banho nele sozinha (Paty).

Porque aqui o povo fala que é amigo só da boca para fora; amigos mesmo são os pais e o marido (Mel).

Porque minha mãe vai viajar e vai ficar eu sozinha em casa; só eu e a (bebê); meu marido trabalha e eu tenho que fazer as coisas sozinha (Mel).

Só que a minha mãe já vai viajar semana que vem e eu tenho que ficar

sozinha para cuidar dela (Mel).

Antes elas iam lá em casa e pegavam minhas roupas e agora nem aparecem aqui, não são amigas não (Bela).

No momento ele (pai do bebê) está preso e eu fico sozinha com ele (bebê). É porque quando ele (pai do bebê) foi preso ele (bebê) tinha dois meses, então eu fiquei praticamente sozinha bem no momento que eu precisava de ajuda (Mari).

Eu não sei assim te explicar; é porque sozinha também, só eu e ele, é difícil às vezes (Mari).

Porque eu era muito sozinha, eu era muito nova e também por causa que ela (mãe) já é mais vivida, ela sabe me explicar e eu praticamente sou menina de tudo... eu já sou madura só que tenho uma cabeça ainda de menininha, então tem coisas que às vezes eu não aprendo; como eu falei que eu entrei em depressão... era raro eu sair para fora, era raro eu comunicar com as pessoas, então eu ficava mais dentro de casa então ela (mãe) me ajudou bastante, me explicou bastante e era a única pessoa que eu podia contar, que eu podia perguntar; e os médicos também, quando eu ia levar ele no posto, me explicavam e orientavam (Mari).

Sinto falta de alguém que me ajuda (Mila).

Muda, depois que você se torna mãe, não que as pessoas se afastam, mas é outra fase, outro momento da sua vida; nenhuma daquelas pessoas estão vivenciando aquilo mesmo que você, é um momento único e totalmente diferente; eu mesma estava em uma fase antes de ficar grávida de sair muito, aproveitar a vida, tinha acabado de ficar solteira, então eu estava curtindo muito a vida, estava estudando, começando a tirar a carteira de habilitação, então eu estava em um período muito meu e vivendo tudo aquilo com pessoas ao meu redor; e quando eu descobri que eu estava grávida, eu mesma me isolei daquele povo, porque eu não queria aquilo pro meu filho quando ele nascer, vida de sair, de ficar a madrugada inteira fora, fazer algumas coisas, então eu mesma não queria mais aquilo pra mim, porque quando eu tivesse meu filho eu não queria aquilo pra ele; como toda mãe eu acredito quer sempre o melhor para o seu filho; mas realmente quando você está com alguém, porque na minha gestação eu não estava com o pai do meu bebê, eu não morava com a minha mãe na época, na época eu morava sozinha, então foi realmente muito difícil também, às vezes tinha dia que sabe quando bate uma depressão? você não sabe mais o que você vai fazer da sua vida, você tem aquilo ali e daqui a pouco vai nascer e vai depender de você, e você tem que pensar como vai conseguir dinheiro já que você não está com o pai, você tem que pagar as contas, você tem que comprar as coisas da criança, você tem a si mesma para cuidar, então tudo aquilo vai rodeando a sua cabeça e você pensa um meio pra tudo aquilo... é muito ruim você não ter ninguém, não ter uma irmã, um pai, uma mãe, no começo eu fiquei bem sozinha e é complicado, mas tudo na vida dá um jeitinho, você

arrumando uma posição na vida, eu sei que não deve ser fácil se ela ainda está sozinha, não é realmente fácil ser mãe solteira, não ter ninguém para ajudar, é muito difícil, quando você é muito nova e quando você depende de alguém, vamos supor que você depende da sua mãe e do seu pai é muito difícil; mesmo não tendo todas aquelas preocupações de sustentar uma casa, mas você está ali e queria estar melhor, quer dar o melhor pro seu filho; eu fico imaginando como deve ser pra ela... (Grupo focal)

Foram predominantes os relatos de sentimento de solidão pelas participantes do estudo que vivenciam dificuldades para cuidar de seu filho, se cuidar e amamentar. A fotografia a seguir retrata, sob a perspectiva de uma delas, o sentimento de solidão.

Figura 6 – Fotografia produzida pela participante Mel

Fonte: participante Mel

Discurso referente à figura 6: *Eu vejo que é difícil tirar uma foto sozinha. Porque a gente sozinha tudo é mais difícil, até para tirar uma foto tem que depender dos outros (Mel).*

Filamingo, Lisboa e Basso (2012), em seu estudo, salientam a importância de que toda a família deve colaborar com o incentivo e apoio ao aleitamento materno, o pai da criança, avós, filhos mais velhos, tios, irmãos, vizinhos, enfim toda e qualquer pessoa que estiver próxima da mãe e do bebê. Haja vista a influência exercida pela rede social da mãe adolescente.

Corroborando isso, o estudo de Rose et al. (2004) constatou que mães que amamentaram, parcial ou exclusivamente, informaram maior grau de envolvimento com a rede social (família/amigos) em relação às que usaram mamadeira. Ao longo das quatro primeiras semanas após o parto, a família e os amigos foram os recursos mais utilizados pelas mães, por meio de ligações telefônicas e visitas, para auxiliar nas dificuldades com a amamentação. Esse recurso foi duas vezes mais acionado que consultores de lactação, pediatras, obstetrites e grupos de amamentação. Neste sentido, Costa et al. (2015) ressaltam a importância dos papéis de cada profissional que compõe os serviços de saúde para que se torne a rede de apoio para quem o procura.

Por outro lado, nosso estudo, consonante com o de Cafer (2016), constatou que mesmo com apoio materno a mãe adolescente permanece sozinha, com dificuldades para falar sobre sua real situação emocional, proporcionar os devidos cuidados a si e ao seu filho e sobre suas limitações para amamentar. Braga (2011) evidenciou o caráter mutável do apoio social, de acordo com a história e momento de vida dos envolvidos.

De acordo com Gualda e Ribeiro (2011), alguns fatores sociais importantes podem ser desencadeados em decorrência do processo de gestação e maternidade adolescente tais como situações de pobreza, monoparentalidade, abandono escolar e desemprego, depressão, baixa autoestima e isolamento social. Para Melo et al. (2011), grande parte dos fatores negativos que acompanham as adolescentes durante a gestação poderá permanecer no período pós-parto, influenciando os cuidados com o bebê, dentre estes a alimentação. Nesse sentido, alguns estudos evidenciam que a ausência de uma rede e de apoio social pode contribuir para o desmame (GRASSLEY, 2010; JUNGES et al., 2010; MONTE; LEAL; PONTES, 2013).

Quando a família não consegue proporcionar apoio eficiente e adequado às necessidades do adolescente, isso pode ser feito pelas redes secundárias, constituídas por relações formais com diferentes serviços, incluindo os de saúde (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010; PATIAS; GABRIEL; DIAS, 2013). Entretanto, Gonçalves e Guará (2010) afirmam que essas redes se apresentam insuficientes em relação à atenção a tais indivíduos e grupos, fazendo com que grande parte das adolescentes se sintam desamparadas no ciclo gravídico-puerperal.

Assim, é importante incentivar a participação da adolescente com um

membro de sua rede social no pré-natal e nas atividades educativas, ao abordar o tema aleitamento materno, compreendendo a visão de cada um e suas necessidades sobre esse apoio e possibilitando a promoção, proteção e apoio à amamentação com maior eficiência (SOUZA et al., 2016).

6.2.2.2 Assumindo novos papéis

A maternidade requer que a adolescente redefina sua identidade, considerando o fato de que sua vida, a partir da gravidez, estará vinculada às necessidades do filho. A projeção de si mesmo no futuro, aspecto fundamental da construção da identidade na adolescência, é consideravelmente afetada no caso das que engravidam e que precisam atender a uma nova perspectiva temporal dada pelo desenvolvimento da gravidez e do bebê, após o nascimento. Projetos de vida são suspensos ou redimensionados em função da gestação e da maternidade/paternidade (FONSECA; ARAÚJO, 2004).

Em relação às expectativas sociais e responsabilidades a serem assumidas pela mãe adolescente, o nascimento de seu filho poderia ser apontado como um fator responsável pela transição da adolescência para a vida adulta. Contudo, tais mudanças não podem ser generalizadas, pois vai depender de um conjunto de circunstâncias reais de vida de cada uma delas. Alguns fatores estariam associados a essas mudanças e que também apontam para os impactos da gestação, como exemplos o estabelecimento de união conjugal; a evasão escolar que é duas vezes maior entre mães adolescentes em comparação com pais; diminuição do convívio com amigos e limitação da vida social nos primeiros meses de vida da criança (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

As participantes do estudo demonstraram, por meio de suas falas e da fotografia, mudanças que ocorreram em suas vidas com a maternidade. Após o nascimento do filho, passaram a ter de assumir muitas responsabilidades, como os afazeres domésticos e os cuidados com o filho.

Antes eu não fazia e agora tem que fazer (Juju)

Depois que você é mãe você passa a ter muitas responsabilidades né, cuidados com ele, é, os afazeres de casa... é responsabilidade pra caramba em cima de uma pessoa (Juju).

Porque eu tive que mudar toda minha rotina, que eu tive que virar dona de casa muito nova e ser mãe muito nova; porque quando eu fiquei grávida

dela eu estava com dezessete anos, desde então eu tenho uma responsabilidade muito grande, que é cuidar de uma criança (Susi). Porque é uma coisa que eu faço no dia a dia; hoje eu tenho que fazer essas coisas lavar prato e cozinhar e tomar conta da casa. Tem uma pia cheia de vasilhas para lavar. É responsabilidade de estar lavando a louça aí; que antes eu não tinha, eu lavava se quisesse e agora não, é obrigação e tem que lavar (Susi).

É a única coisa muito diferente da minha rotina que mudou que antes era mais simples (Sandy).

Porque não tem outra pessoa pra fazer por mim, tem que ser eu; a minha mãe não faz ela acha que a responsabilidade é minha, eu também não acho que é de outra pessoa é meu filho então eu tenho que fazer... e tenho que fazer com carinho por ele [...] eu acho que isso é uma responsabilidade minha, não tem outra pessoa pra fazer (Sandy).

Assim é eu e ele; é difícil ser mãe com dezenove anos, nova com dois filhos, é muito sobrecarregada, não estudo, não trabalho, moro na casa da minha sogra, não tenho casa própria; então tudo isso me sobrecarrega (Mari).

Eu tenho que deixar a roupa limpa, porque antes eu só me preocupava com as minhas coisas e agora eu tenho que me preocupar em deixar a roupa dela limpa, arrumada pra ela; toda hora quando vem da creche suja, é muito complicado. No começo foi um problema pra mim; que agora tem que arrumar as coisas dela, quando cresce a pilha de roupa tem que deixar tudo limpo pra não fazer mal pra ela (Leleca).

É difícil... Eu cuido dele, do meu primo e do meu irmão; e tem uma tia que me ajuda porque minha mãe trabalha de manhã; aí eu tenho que limpar a casa, fazer comida e é difícil (Bela).

E agora eu cuido dele e quando ele dormir eu tenho um tempinho para limpar a casa (Bela).

A fotografia a seguir apresenta o registro fotográfico relativo ao cotidiano das participantes do estudo, representando as responsabilidades assumidas com a maternidade e a dificuldade em conciliar com os afazeres domésticos.

Figura 7 – Fotografia produzida pela participante Susi

Fonte: participante Susi

Discurso referente à figura 7: *Eu vejo a cozinha muito bagunçada. É responsabilidade de estar lavando a louça aí; que antes eu não tinha, eu lavava se quisesse e agora não, é obrigação e tem que lavar (Susi).*

Outra responsabilidade assumida pelas participantes do estudo é a alimentação de seu filho. Nesse contexto, elas comentam como tentam se adaptar à maternidade.

Tudo atrapalha (a amamentação): a casa suja, ter que fazer as coisas... e ter que cuidar dele também (Bela).

É um costume que eu tive que adaptar, porque quando eu não tinha ela eu não me importava muito em fazer comida pra mim comer, só que agora eu tenho que cuidar da alimentação dela, se já comeu, a hora certa porque ela tem hora pra comer, na hora de fazer o café da manhã dela, esquentar o leite dela, o almoço, a janta; nada disso eu fazia pra mim, saía direto e acaba comendo na rua, então eu tive que acabar me adaptando ao fogão (Leleca).

Batendo roupa na máquina... minha responsabilidade... porque agora tem que ter todo dia pelo menos uma hora no dia pra lavar a roupinha dele, então aí eu tenho que parar, eu tenho que já ter amamentado ele, pra eu poder lavar roupa porque parece que ele sente... toda vez que vou lavar roupa ele começa a chorar então eu tenho que amamentar ele antes, deixar ele bem calminho pra poder começar a fazer as outras coisas da casa (Sandy).

A gente para de fazer uma coisa pra poder alimentar ele, aí volta a fazer

aí para de novo e vai indo... é assim que eu vou fazendo (Juju). Antes eu não lavava roupa né, agora passei a lavar, virou uma obrigação minha, que antes eu não fazia e agora tem que fazer, fazer o quê? É o jeito, se não lavar ninguém lava (Juju).

É verdade, é bem o que eu passava mesmo; eu só ia fazer as coisas quando ele dormia, porque eu levantava da cama para fazer alguma coisa ele chorava e eu tinha que dar mamar tranquila e depois fazer; às vezes o dia já tinha terminado e eu não tinha feito nada porque eu só tinha ficado na cama com ele, cuidando dele; assim não que atrapalha, mas a gente deixa de fazer as coisas no período que a gente faria normalmente para dar prioridade para a criança; mas você tem que colocar na sua cabeça primeiro que o bebê tem que estar saudável, estar bem, porque se você deixar de dar mamar para lavar a louça, depois a criança vai estar com fome e ela vai dar muito trabalho; deixar o trabalho do lar para cuidar do bebezinho que é melhor (Grupo focal).

A amamentação é uma prática influenciada por ideologias socioculturais, apresenta-se como processo complexo, no qual diversos fatores a influenciam, e cuja complexidade é vivenciada de maneira diferente por cada mãe adolescente (NEGIN et al., 2016).

A vivência da amamentação durante a adolescência pode representar um processo complexo, se forem consideradas as próprias características desta etapa, caracterizada por um período de transição e marcada por várias modificações. Diante deste contexto repleto de novas demandas, responsabilidades e vivências, algumas mães adolescentes tendem a não apresentar uma boa adesão à amamentação e maior probabilidade de interrupção precoce desta prática (TAKEMOTO et al., 2011).

É que atrapalha dar mamar porque eu tenho que passar roupa... porque eu não gosto de passar roupa. Eu deixo de dar o leite para passar roupa; para lavar também. Atrapalha muito. Às vezes não dá tempo, tem que passar e ele está com fome. Eu deixo ele um pouquinho com fome para depois dar o mamar para ele (Mila).

Cadoná e Strey (2014) perceberam, em seu estudo, que a adolescente, na função de mãe, é uma figura constantemente carregada de sentidos, de valores específicos. A ela são atribuídas diversas responsabilidades e, em muitos casos, é responsabilizada pelo cuidado, saúde e sucesso futuro de seu(s) filho(s). Assim, os mesmos autores entendem que é preciso investigar discursos cotidianos, provindos de diferentes fontes, tais como mídia televisiva, jornais, revistas, anúncios e políticas

públicas de saúde que a colocam nessa função.

As condições financeiras foram citadas pelas participantes do estudo como responsabilidades que atrapalham e/ou dificultam a amamentação.

Depois que ela nasceu eu tive a responsabilidade de dar as coisas; tem que dar comida na hora certa, as coisas certas para ela; é uma responsabilidade muito grande (Susi).

Contas da parte financeira, na minha casa agora com esse problema de estar processando... tudo... a renda está bem mais baixa, então isso atrapalha (a amamentação) porque eu fico pensando... (Sandy).

Todo dia eu compro... na padaria ali em cima minha prima toma conta, aí eu pego na conta dela daí quando eu recebo, quando eu trabalho, aí eu pago; se eu não tiver ela (prima) paga, só que ela fala: “tenta pelo menos dar só o leite e a fralda pra ele”, só que agora a médica já liberou a papinha, e acho que a papinha vai ajudar bastante a diminuir o leite, porque leite, querendo ou não é uma coisa que dá gasto porque é todo dia; e o leite aumentou e fica difícil, vamos ver até onde vai, morrer de fome ninguém morre (Paty).

Apesar de o aleitamento materno substituir a necessidade de compra de produtos alimentícios para o lactante, outros gastos advêm com a gravidez que se constitui em um período de dificuldades financeiras, podendo levar à necessidade de iniciar o trabalho precocemente ou reduzir as despesas com o orçamento familiar. Essa situação é agravada nos casos de indivíduos que exercem o trabalho de forma autônoma e no caso de adolescentes, o retorno à escola contribui para o desmame precoce (MARANHÃO et al., 2015; TAKEMOTO et al., 2011).

A fotografia seguinte ilustra a dificuldade vivida pelas participantes do estudo em conciliar amamentação com a necessidade de autocuidado.

Figura 8 – Fotografia produzida pela participante Bela

Fonte: participante Bela

Discurso referente à figura 8: *Olha, eu dou mamar para ele e faço ele dormir e fico fazendo a comida enquanto ele está dormindo; aí eu penso na minha cabeça “eu vou comer porque ele está dormindo”, aí na hora ele acorda e não deixa eu comer, fica chorando; eu se eu vou comer com ele no colo ele fica batendo a mão no prato, aí eu não como (Bela).*

De acordo com Ozella e Aguiar (2008), o aumento da responsabilidade se apresenta como a grande mudança ocorrida com o final da adolescência, em todas as classes, sexos, etnias e idades. Geralmente, a responsabilidade vem relacionada com o fim das coisas boas e perda de situações prazerosas.

Sabemos, também, que as demandas da gestação e da maternidade apresentam várias modificações na maneira de viver das adolescentes, o que resulta na limitação ou no prejuízo de seu envolvimento em atividades importantes para o seu desenvolvimento durante essa etapa da vida, como escola e lazer (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

6.2.2.3 Abrindo mão de suas atividades e seus planos

O aleitamento materno está nitidamente associado a uma perda e/ou

mudança em suas vidas, pois muitas participantes do estudo alegaram que abandonaram seus estudos para amamentar e também registraram, por meio da fotografia.

Parei tudo e meu sonho de realizar foi por água abaixo (Dany)
Porque eu tenho quatorze anos só, fiz agora quinze, e sei lá... ia pensar nos meus estudos primeiro. Parei tudo e meu sonho de realizar foi por água abaixo (Dany).

Eu sei que amamentar é bom, mas é ruim: é bom para ele, mas é ruim para mim que não posso fazer um monte de coisas (Bela)
Eu vejo que me atrapalhou nos meus estudos ter engravidado cedo. Que eu não posso ir para escola, porque eu tenho que dar mamar; eu já estou tentando dar outro leite para eu ir para a escola ano que vem, mas ele não quer pegar. Vou tentar dar vários leites para ver se ele pega, porque eu não posso ficar sem escola. Porque eu queria estar estudando para ter um futuro; ir na faculdade, arrumar um serviço, dar um futuro agora para o meu filho (Bela).

Os cadernos que eu estudava e que sinto falta até hoje, que eu parei por causa da gravidez, da amamentação que atrapalhou muito, foi uma coisa que eu sinto falta até hoje. Porque eu sei que se eu estudar eu posso ser alguém na vida, que se eu estudar eu posso fazer uma faculdade, eu posso ter um serviço bom; e eu gostava de estudar, eu só parei por causa da gravidez e por causa da amamentação, porque mesmo eu ganhando ele eu tinha que Estar ali para amamentar e era difícil eu ir pra escola e continuar estudando (Mari).

É também saber que já perdi a minha escola, perdi o meu trabalho, só fico dentro de casa com ele, às vezes essas coisas que me deixam sobrecarregada (Mari).

Porque a criança necessita do leite, e mesmo eu ficando uma/duas horas eu sei que vou chegar o peito vai encher de leite, vai doer, eu sei que eu vou chegar ele vai estar esguelando de chorar, então eu vou ficar em cima do muro, eu vou ficar sobrecarregada, eu não sei se eu vou continuar ou se eu paro pra poder ficar com a criança; então foi onde eu escolhi ficar com meu filho e deixar a escola, foi onde que me marcou. Estudei até o segundo colegial... e tive que parar. Se eu tivesse como levar ele, ou estudar em casa; só que mesmo assim eu penso que não tem como estudar em casa, porque eu vou ter que estar ali em cima dele, então não vai ter tempo pra parar pra eu ler um livro, pra poder estudar, pesquisar alguma coisa importante, não vai ter como; então foi uma coisa que mesmo eu querendo não teve jeito. Porque eu sei que se eu não procurar estudar e ser alguém na vida, eu sei que amanhã quem vai sofrer vai ser eu, porque como eu vou criar os meus filhos, como eu vou dar do bom e do melhor pra eles se eu não tiver um trabalho bom, como vou poder ir numa empresa boa sem terminar o colegial, sem eu ter feito uma faculdade pra arrumar uma coisa boa; eu sei que eu não vou ter possibilidades boas lá fora se eu não tiver um estudo e é onde eu sinto falta, é onde eu queria continuar pra ser alguém, pra poder dar do bom e

do melhor pra eles (Mari).

Um curso que eu iria fazer para eu entrar no serviço; aí eu não pude fazer, porque não tinha quem ficar com ele (bebê), e o pai dele, não queria me levar. Eu queria muito fazer o curso para trabalhar. Porque eu tinha que dar mama para ele e ele não queria me levar e “agora não era hora de fazer curso”, ele falou (Mila).

Amamentar e estudar seria difícil. Pra mim mesmo ia ser bem difícil deixar ele mamando na mamadeira pra poder estudar (Juju).

Ah! eu acho que não, acho que eles não deixariam levar a criança na escola para amamentar. Não deixaria não, aí o certo era eu tirar o leite e deixar pra ele né (Juju).

Eu também já tinha parado (de estudar) antes, eu parei no meio do percurso, mas foi minha vontade mesmo, eu quem não quis continuar; na época eu estava trabalhando muito, eu estudava à tarde e trabalhava de manhã, então eu chegava em casa, ia almoçar e deitava e perdia a hora de ir para a escola, então eu me arrependo, deveria ter terminado; e quando eu estava grávida, eu estava pronta para voltar, eu engravidei no meio do ano e ia começar o supletivo e quando eu descobri que eu estava grávida eu desisti, porque eu passava muito mal no começo da gravidez, não conseguia levantar da cama, quase fui mandada embora do trabalho porque eu faltava muito; e agora que o (bebê) está maiorzinho, ele vai pra escola, eu tenho uma viagem agora em fevereiro e depois eu vou voltar, porque ele vai ficar período integral na escola e a noite ele vai ficar com meu marido e eu vou terminar o último ano, terceiro colegial; mas quando eu estava grávida, eu já ia voltar, já tinha matrícula e eu desisti (Grupo focal).

A fotografia apresentada a seguir retrata, na perspectiva de uma das participantes do estudo, essa grande dificuldade vivenciada por elas que foi conciliar a permanência na escola e tempo para estudo com a amamentação. Outras participantes também compartilharam tal dificuldade.

Figura 9 – Fotografia produzida pela participante Mari

Fonte: participante Mari

Discurso referente à figura 9: *Os cadernos que eu estudava e que sinto falta até hoje, que eu parei por causa da gravidez, da amamentação, que atrapalhou muito, foi uma coisa que eu sinto falta até hoje (Mari).*

Por meio dos depoimentos, percebemos mudanças na vida da mãe adolescente, que manifesta um forte sentimento de frustração diante de um projeto de vida interrompido ou modificado de modo permanente por ocasião da gravidez e da amamentação.

Uma participante do estudo que referiu ter dado continuidade aos estudos revelou que o resultado foi o desmame:

Estudar pra uma prova, de certa forma acabou dificultando, dificultou muito (a amamentação) (Leleca).

Porque eu tive que voltar a trabalhar, estudar e eu acho que foi ruim eu ter parado de dar “mamar” pra ela com seis meses (Leleca).

Como não dava pra minha mãe levar ela, aí ela acabou desapegando do peito, daí passou pra mamadeira. Pra mim foi ruim, porque eu gostava dela mamando, achava uma experiência muito boa (Leleca).

Considerando-se que a maternidade é um processo que implica em grandes mudanças na vida das mulheres, compreendemos que ele se torne ainda mais complexo quando se refere à mãe adolescente. A maternidade adolescente envolve a necessidade de ajuste às diferentes dimensões de seu processo de viver (MELO et al., 2011). A adolescente, geralmente, está despreparada para essa nova função e, também, encontra dificuldade em conciliar os estudos com o trabalho, além das novas responsabilidades domésticas e maternas, o que atrapalha ou

impossibilita a retomada do seguimento escolar (LEVANDOWISKI; PICCININI; LOPES, 2008). Verificam-se, ainda, casos em que as adolescentes também enfrentam a ausência de apoio da família para a retomada das atividades escolares (BARATIERI; CAZETTA; MARCON, 2011). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), a gravidez na adolescência é, entre outras, uma condição que expõe as adolescentes à vulnerabilidade, predispondo-as a abandonar os estudos, justificando-se o fato pelo desinteresse, por necessidades financeiras e pela questão de gênero, o que leva um número maior de meninas a abandonarem os estudos.

Estudo de Maranhão et al. (2015) constatou que o fato de a adolescente estudar interferiu negativamente na continuidade do aleitamento materno exclusivo no terceiro mês pós-parto. Estudo realizado nos Estados Unidos constatou que é possível que as exigências próprias das atividades escolares induzam ao distanciamento temporário entre a mãe e o recém-nascido, o que favorece o desmame precoce, pois o aleitamento, que seria em livre demanda, passa a ter “hora marcada” para ocorrer conforme a rotina materna de atividades fora do lar (TAVERAS et al., 2003). De modo contrário, diversas mães adolescentes se veem obrigadas a abandonar a escola ou postergar o seu retorno para poder cuidar do filho recém-nascido e amamentá-lo, quando ela não possui suporte familiar (MARANHÃO; GOMES; OLIVEIRA, 2012). No entanto, para Brasil (1975):

assim como as mães trabalhadoras, as estudantes também adquiriram o direito à licença-gestante por meio da Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975, que atribui à estudante grávida o direito ao regime de exercícios domiciliares com acompanhamento da escola a partir do oitavo mês de gestação e durante um período de três meses (BRASIL, 1975).

O IBGE (2013) apresentou a relação entre estudo e maternidade: entre as mulheres de 15 a 17 anos de idade que não tinham filho, 88,1% estudavam, enquanto, entre aquelas de mesma idade que tinham ao menos um filho, 28,5% estudavam. Para mulheres de 18 a 24 anos de idade, essas proporções foram de 40,9% e 10,0% respectivamente, apontando a dificuldade da conciliação entre a maternidade e a frequência à escola.

O abandono da escola, em virtude da gravidez, muitas vezes leva à diminuição das possibilidades de ingresso no mercado de trabalho, podendo provocar um processo de pobreza, com prejuízos para a mãe e o bebê (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

O trabalho foi citado e representado por meio de fotografia pelas participantes do estudo como uma dificuldade e/ou preocupação na manutenção do aleitamento materno e como possibilidade de desmame.

Voltar pro mercado de trabalho vai ser difícil né, porque a maioria do serviço precisa da escola né, tá formada né e eu não tenho então pra mim vai ser difícil arrumar um serviço (Juju).

Não sei como vai ser (a amamentação) quando eu voltar a trabalhar... quando ele tiver 10 meses (Juju).

Ah eu por mim não tiraria também, mas a não ser que eu tenha que voltar a trabalhar né, mas caso contrário eu quero ficar amamentando até mesmo ele soltar, a não ser que em casa eu tenha que tirar pra ele continuar mamando, mas se eu puder dar o peito sempre eu tenho vontade também de dar; eu gosto de amamentar ele... (Sandy).

Eu quero amamentar ele durante o dia todo, se eu puder amamentar ele mais tempo do que os seis meses eu quero, a não ser que eu tenha realmente que voltar a trabalhar, mas eu vou continuar dando o meu leite, eu vou tirar... mas eu vou continuar dando o meu leite... e quando eu tiver em casa se ele pegar o meu peito ainda eu vou continuar dando o peito (Sandy).

Eu acho que atrapalharia uma mãe de alimentar uma criança no peito de dois anos, três anos; isso depois fica difícil dela arrumar um serviço e até pra ela tirar, porque às vezes tem mãe que tira o neném do peito de uma vez e é perigoso essa criança ficar até doente e atacar as lombriguinhas dele... (Paty).

Porque antes eu tinha trabalho e agora depois que eu tive ela eu saí do trabalho para cuidar dela; quando ela nasceu; e agora que eu tenho ela, não estou conseguindo arrumar emprego... faz quatro meses... Eu sou doméstica, babá, vendedora; eu faço tudo (Susi).

Eu pretendo [...] ter um serviço para comprar as coisinhas pra ele; que eu sei que criança vai crescendo, tem fralda, tem leite, se colocar ele em uma creche e tirar do peito vai ter leite pra comprar; e querendo ou não é bastante coisa (Mari).

E porque eu ia trabalhar e eu não pude ir porque tinha que dar mamar para ele. Porque eu queria comprar as coisas para ele, e isso é importante; é importante para mim também (Mila).

Eu agora que voltei a trabalhar, voltei em novembro do ano passado e... mudou totalmente, porque ele mamava o dia todo, toda hora que ele estava chorando com fome e eu estava em casa eu dava mamar e depois que eu voltei a trabalhar ele não tinha mais eu o dia todo, eu entro 13:00 horas no trabalho e saio às 21:00 horas, nesse período ele não tinha a

mãe dele em casa pra mamar, eu tive que conciliar, fui no pediatra e ele falou o melhor leite para ele; no começo, porque eu entrei como temporária, para fazer um teste, então de novembro a dezembro era só teste, então o que eu fazia eu conseguia, eu ia em casa e tirava ele mamava do meu leite, só que depois que eu fui efetivada, em janeiro ele teve que começar, eu queria ir em casa para dar, queria ter mais leite, porque agora eu não tenho tanto leite para tirar e deixar na mamadeira para ele igual eu fazia no final do ano, foi muito corrido lá, então eu tinha muito leite e dava uma mamadeira e meia mais ou menos, no período que eu ficava das 13:00 horas às 21:00 horas foi suficiente pra ele, só que depois diminuiu e não tem mais o leite de antes... (Grupo focal)

A fotografia a seguir retrata a vivência das participantes do estudo com relação à dificuldade de conciliar amamentação com trabalho fora do lar e a opção pela saída do trabalho como consequência da maternidade.

Figura 10 – Fotografia produzida pela participante Susi

Fonte: participante Susi

Discurso referente à figura 10: *Essa foto é quando eu estava trabalhando; que eu tinha que ir todos os dias que ter um horário para sair de casa, trabalhar; era uma coisa que eu tinha que fazer. Agora eu só fico dentro de casa (Susi).*

Historicamente, a sociedade indígena tupinambá administrava de forma harmoniosa o duplo papel da adolescente como nutriz e trabalhadora, pois carregava seu filho 24 horas por dia junto ao seu corpo, praticando amamentação

sob livre demanda (RAUPP et al., 2011).

Na sociedade atual, o trabalho materno fora do lar pode ser um importante obstáculo à amamentação, em especial a exclusiva. A continuidade da amamentação nesse caso depende do tipo de ocupação da mãe, do número de horas de trabalho, das leis e relações trabalhistas, do suporte ao aleitamento materno proporcionado pela família, comunidade e ambiente de trabalho e, em especial, das orientações dos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno em situações que demandam a separação física entre mãe e filho (BRASIL, 2010a).

O momento que as mães adolescentes estão vivendo (presente) parece estar muito marcado por uma perda que tentam efetivar em suas vidas por todas as implicações que se referem a ela. A perda da escola, do lazer, do trabalho vem acompanhada pela modificação de todo um contexto de vida.

As participantes do estudo também referiram outras perdas em suas vidas, a partir da maternidade:

Um sapato salto alto, não dá pra eu usar um sapato alto tendo que segurar o bebê porque ele é um pouco pesado; então duas coisas tanto financeiramente que eu tenho que abrir mão de comprar certas coisas pra mim pra poder comprar pra ele e o conforto porque eu tenho que estar confortável pra ficar com ele no colo e amamentar... ainda não uso salto alto ou é rasteirinha ou é sapatilha ou chinelo mesmo que é mais confortável ainda mas ainda não dá pra usar salto alto, ainda não fiz a experiência de usar (Sandy).

Cerveja, bebida alcoólica... então eu abri mão e agora eu não bebo porque dizem que passa pro leite eu tenho medo de fazer algum mal pra ele; então eu já não bebo mais, abri mão disso na minha vida; não sei se um dia eu vou voltar, eu acho que não... já faz tanto tempo... eu não bebo por ele, pra não passar pro leite... (Sandy).

Tem festa eu bebo água ou refrigerante pra não passar pra ele, até refrigerante eu parei um pouco porque dizem que dá gases, dá cólica então muita coisa eu abri mão por ele mesmo pro bem-estar dele porque se ele está bem eu estou bem também; então essa foto representa um pouco assim... uma tristezinha, mas eu acho que com o tempo vai melhorando depois ele vai crescer eu vou ter oportunidade de sair mais, mas por enquanto é uma coisa que eu abri mão por ele (Sandy).

Essa roupa não seria confortável pra eu amamentar; então eu tenho que usar agora só roupas confortáveis pra poder rapidamente tirar o peito e dar pra ele então essa roupa não daria pra usar porque ficaria muito difícil e também não ficaria bem; e também tem o salto que ia me cansar, e onde também não facilita; se eu sair só saio com roupa que seja 'facinho' tirar o peito pra poder dar pra ele, pra ele não ficar muito tempo chorando nem as pessoas ficarem olhando porque acham que não está cuidado direito (Sandy).

Essa foto é quando eu estava trabalhando e ainda não tinha a (bebê) e era independente. Porque eu tinha meu próprio dinheiro; para eu poder comprar as coisas. Agora tenho que trabalhar para ajudar dentro de casa; porque uma pessoa só eu acho difícil, fica muito complicado. Porque eu vejo que só o meu marido estando trabalhando para cuidar de seis pessoas é muito difícil; e como aqui tudo é comprado e tem que ser pago eu acho que tá muito difícil (Susi).

Elas relataram perdas em seu cotidiano, relativas ao seu lazer.

Ficar 24 horas dentro de casa. Antes eu saía cinco horas da casa da minha mãe e voltava seis da noite... Ai mudou tudo, tudo (Dany).

sair eu não saía muito, mas saía de vez em quando [...] de certa forma acabou dificultando, dificultou muito (Leleca).

Mudou sim, porque antes eu ia para as baladas e agora eu não posso; deixar ela como pai para eu sair não pode (Susi).

Eu vejo quando eu era solteira e ia para as festas, pra balada com as minhas amigas. Quando eu tinha as minhas vontades, minhas coisas; tinha o que eu queria, fazia o que eu queria e agora eu não posso fazer o que eu fazia antes; que era ir para festa e chegar de madrugada (Susi).

Sinto falta... um pouco sim, porque agora eu tenho que cuidar da (filha) e não tem como eu divertir; à noite, de madrugada, não tem como (Susi).

Eu iria dar leite na mamadeira para ele e ia sair com o pai dele. Já dei... ele toma; dou quando eu vou sair, deixo lá na mamadeira; dei só uma vez esse leite e nunca mais dei... dei porque eu queria sair mesmo em festas. Eu não deixei o leite e depois eu fiquei pensando se ele estava com fome... (Mila).

A figura 11 demonstra outra mudança vivenciada pelas participantes do estudo em relação à necessidade de lazer e ao fato de renunciar às suas vontades em função do filho.

Figura 11 – Fotografia produzida pela participante Sandy

Fonte: participante Sandy

Discurso referente à figura 11: *A mudança totalmente né... porque agora realmente eu não saio mais, não tem mais como sair. É um sapato salto alto, não dá pra eu usar um sapato alto tendo que segurar o bebê porque ele é um pouco pesado; então duas coisas tanto financeiramente que eu tenho que abrir mão de comprar certas coisas pra mim pra poder comprar pra ele e o conforto porque eu tenho que estar confortável pra ficar com ele no colo e amamentar... ainda não uso salto alto ou é rasteirinha ou é sapatilha ou chinelo mesmo que é mais confortável ainda mas ainda não dá pra usar salto alto, ainda não fiz a experiência de usar (Sandy).*

Eu saía demais, agora eu saio só no domingo, vou na missa e na casa da minha sogra, antes não, era dia e noite, mas agora tudo mudou...

Eu saía muito, mas agora não tenho como porque ela está muito pequena, na gravidez mesmo eu ia nas festas com o pai dela, eu estava com seis meses e saía ainda, depois com sete eu não conseguia porque pesava muito e agora não dá pra sair porque ela está muito pequena, andar com ela a rua não é bom, quando ela crescer dá pra sair.

Essa foto é minha (Sandy), é uma roupa que eu tinha comprado, primeiro porque não coube porque a barriga estava enorme, então não dava para vestir, aí assim que eu fiquei grávida, eu tinha passado por uma fase difícil com o pai, ele rejeitando a gravidez e a minha mãe também, e eu também não estava aceitando muito no começo eu deixei, logo que eu engravidei, eu já não saía porque eu tinha medo de alguém trombar em mim e eu perder o bebê, então eu já tinha muito receio, depois que o (bebê) nasceu ficou mais difícil ainda, porque mesmo a minha prima “ah, se você quiser sair eu cuido dele”, desde que ele nasceu eu nunca saí com ele, sempre que eu vou em algum lugar com o pai dele ou com

alguém eu sempre levo ele, nunca saí sozinha sem ele, já fiz poucas coisas na rua sem ele, duas/três horas no máximo, mas realmente desde que eu engravidei eu nunca mais saí sem o meu filho, ou quando eu estava grávida e não saí mais, eu só saía para fazer coisas do dia a dia, supermercado, ou uma consulta, ou trabalhar, eu não saí mais desde que engravidei e depois que ele nasceu ou eu saio com o pai dele e ele ou eu saio com as minhas amigas e ele e eu nunca mais tive um momento só meu desde que ele nasce, eu nunca mais saí sozinha... eu sinto falta ainda pra falar a verdade, às vezes algumas amigas fazem um grupo pra fazer uma festa, que é aniversário de alguma pessoa, eu já nem dou bola porque eu não vou conseguir ir, porque eu não vou conseguir deixar ele sozinho, porque eu vou ficar pensando que ele vai estar chorando, mas é ruim eu sinto falta, eu também saía muito antes de ter ele, todo dia praticamente, toda semana, voltava para a casa só na segunda e depois que eu engravidei... mas eu sinto um pouco de falta de sair, mas muda né... (Grupo focal)

O estudo de Valila et al. (2011) verificou que, com a gestação e o nascimento da criança, a adolescente deixa os estudos, suas atividades de lazer e dedica a maior parte do seu tempo aos cuidados diários da criança, recebendo apoio familiar significativo que a ajuda a superar as dificuldades encontradas com a maternidade e a planejar o retorno às atividades interrompidas anteriormente. Assim, é função do enfermeiro proporcionar apoio à adolescente e a sua família nas necessidades que eles apresentarem, abrangendo aspectos para além dos biológicos, ou seja, também os psicológicos e sociais, para o enfrentamento de dificuldades e o esclarecimento de dúvidas provenientes dessa nova etapa da vida.

A maternidade gera diversos sentimentos que são manifestados, especialmente, quando as mães saem do ambiente hospitalar, onde, até então, mantiveram-se envoltas por profissionais que realizam parte dos cuidados relativos ao bebê. É após esse período que elas passam a assumir, com ou sem ajuda, as responsabilidades acerca do cuidado de seu filho, em especial, a amamentação (MERINO et al., 2013).

Segundo as mesmas autoras, para atender às exigências e necessidades dos seus filhos, modificações no cotidiano dos pais são incorporadas. As mamadas sem horários fixos, as trocas de fraldas, o choro, as dores, em síntese, tudo o que faz parte do universo que envolve o cuidado de um novo ser interfere de modo direto na rotina de sono e descanso, especialmente da mãe.

Às vezes eu estou com muito sono e eu não estou com vontade de levantar pra amamentar aí muitas vezes eu acabo amamentando ele deitada, muitas vezes... porque eu estou com muito sono e eu não quero

sentar pra amamentar aí eu só levanto depois pra ele arrotar mas eu acabo amamentando ele deitada... de tão cansada... (Sandy).

Eu chegava de madrugada, mas agora tem que acordar porque se ele começa a chorar tem que levantar e dar mamar (Sandy).

Acho ruim ter que levantar de madrugada... é um incômodo... (Sandy).

Acho que só com o tempo... porque com o tempo ele vai acostumando, eu vou acostumando; porque em compensação com os primeiros dias eu já estou bem menos cansada; porque quando ele chegou eu levantava que eu ainda tinha medo, levantava pra amamentar ele só que às vezes eu estava dormindo ficava me cutucando: “Sandy, você está dormindo” e eu dormia sentada com ele na mão, mas agora conforme vai passando o tempo já estou me acostumando agora na maioria das vezes eu já levanto dou mama ou às vezes quando eu estou cansada, o dia foi cansativo, eu acabo dando deitada mas já acostumei já não estou dormindo mais tanto; eu já sei o horário às vezes eu acordo e ele ainda está dormindo, meu relógio já está no dele, às vezes ele está dormindo e eu deixo ele acordar, não mexo nele (Sandy).

Tem muito a ver com a amamentação, porque eu perdi horas de sono porque eu tinha que acordar pra dar “mamar” pra ela. Perdi horas de sono pra dar “mamar” pra ela, tinha que acordar tarde, no meio da noite, de manhã cedo também pra dar “mamar” pra ela... cansava muito... minha mãe ficava com dó de me acordar e acabava dando outro leite pra ela, daí eu acabava cansando muito até mesmo na escola (Leleca).

Ter que acordar de madrugada para dar mamar ninguém quer; porque é muito ruim acordar cedo para dar mamar; e nessa época eu não tinha essa preocupação de acordar cedo para dar mamar (Susi).

Porque eu acho que não é bom ficar dando peito porque tem que acordar de madrugada [...] Agora eu estou acostumada, mas no primeiro dia que eu cheguei do hospital de madrugada ele acordava e já queria mamar e eu dava; e ele dormia comigo e qualquer choro que ele dava eu acordava... eu pegava e tirava o peito para fora e dava para ele (Nina).

A figura seguinte apresenta um relógio, significando que a amamentação influencia no cotidiano de sono e repouso das participantes do estudo, o que as deixa cansadas.

Figura 12 – Fotografia produzida pela participante Sandy

Fonte: participante Sandy

Discurso referente à figura 12: *É difícil porque às vezes eu estou com muito sono e eu não estou com vontade de levantar pra amamentar aí muitas vezes eu acabo amamentando ele deitada, muitas vezes... porque eu estou com muito sono e eu não quero sentar pra amamentar aí eu só levanto depois pra ele arrotar mas eu acabo amamentando ele deitada... de tão cansada...* (Sandy).

Para algumas mães adolescentes, as alterações no sono e no descanso causadas pela necessidade dos cuidados ao filho são consideradas fatores complicadores, encontrados nos primeiros meses de vida do bebê. Convém ressaltar que a necessidade de sono do adolescente é resultante de modificações biopsicossociais significativas, inclusive relacionadas ao padrão do ciclo vigília-sono” (GUEDES et al., 2012).

Portanto, a nova rotina das adolescentes, por um lado propicia autonomia e independência no cuidado com o bebê, por outro lado também provoca situações marcadas por perdas e restrições, em uma etapa da vida em que desejariam usufruir liberdade, que necessitariam relacionar-se com seus pares e responderem apenas pelas responsabilidades pertinentes à adolescência (MERINO et al., 2013).

Através das práticas de significação linguística e cultural dos sistemas simbólicos, são construídos os significados da amamentação. Tais significados conduzem as mães a uma apreensão de sua vivência, compreendendo como se dá a sua prática e seus sentimentos acerca da amamentação (MEYER, 2000).

Assim, outro aspecto importante verbalizado pelas participantes do estudo

foram suas preocupações/seus medos relativos à amamentação e aos cuidados com o seu filho, que podem levar ao desmame.

Atrapalhava, ele (sobrinho) fazia uma bagunça, não deixava eu cuidar dele (seu filho), nem dar mamar; ele ficava gritando quando ele dormia, ficava correndo pra lá e pra cá batendo no cachorro... ele tem dois anos e fazia tudo isso... (Bela).

Meu leite secar... é o meu maior medo, assim, antes da hora... por isso eu tento me alimentar bem, comer bastante fruta, beber muita água, sempre amamentar muito porque quanto mais amamentar mais leite tem; não deixar de amamentar porque eu tenho muito medo de secar (Sandy).

Mas o medo maior mesmo é não ter leite, eu quero sempre dar mamar pra ele pra não perder o leite (Sandy).

Contas da parte financeira, na minha casa agora com esse problema de estar processando... tudo... a renda está bem mais baixa, então isso atrapalha porque eu fico pensando... (Sandy).

Eu fico preocupada porque ela não consegue mamar no peito; tem que tirar para guardar para ela mamar esse leite (Mel).

Eu acho que é porque eu fico nervosa e dou o peito e ela pega errado... porque ela fica chorando, fica com fome e eu fico estressada... ela chora e eu coloco o peito do jeito que for... e machuca (Mel).

De não ter leite mais, por que como ele vai mamar se não tiver mais? (Mila).

Faltou eu procurar ajuda, aceitar, eu tentei resolver tudo sozinha; de certa forma eu acho que acabou piorando, o medo de ser uma mãe ruim pra ela daí eu fui tentar resolver tudo sozinha (Leleca).

Para se construir autônomo é preciso compreender que só existimos a partir da relação com o outro. Descobrimos, então, que o outro é essencial. São os outros, adultos, colegas, pai, mãe, educador (tal como o enfermeiro), irmãos e irmãs mais velhos e mais novos que nos auxiliam a nos auto-organizarmos, a nos reconhecermos e a nos localizarmos (CARVALHO; SALLES; GUIMARÃES, 2009).

Assim, é essencial que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, identifique e compreenda o contexto sociocultural e familiar em relação ao aleitamento materno e, com essa compreensão, cuide do binômio mãe-filho e de sua família. É preciso dispor de formas de se relacionar com a adolescente para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar sensibilizado e preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida

de cada mulher, e que a auxilie a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

A mulher costuma vivenciar um misto de sentimentos durante a maternidade, dentre estes a ansiedade relativa à lactação. Segundo Prado (1997), este comportamento parece ser decorrente da perspectiva cultural de nossa sociedade, em que a mãe é responsável pela proteção de sua criança. O mesmo autor parte do pressuposto de que a mãe adolescente requer maior esforço de adaptação à prática de amamentar, assim como à sua própria situação de mãe.

As mães adolescentes passam por diversas situações difíceis (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; SILVA et al., 2009), que podem ou não estar relacionadas à sua idade. É interessante observar que uma participante do estudo relatou certa impaciência ou dificuldade na relação com o filho.

Às vezes eu pegava raiva da criança, só que eu me controlava; às vezes eu não queria amamentar, aí eu tinha que amamentar porque ele necessitava do meu leite; eu às vezes não estava de bem com ele, assim de eu ser mãe; só que assim, agora eu acho que eu estou me adaptando (Mari).

O puerpério é um momento bastante delicado para a mulher, em especial da adolescente, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Nesse período, é importante oferecer especial atenção às condições psicológicas e sociais da mãe, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade a partir da chegada do bebê, o que pode causar sintomas depressivos. É necessário continuar apoiando e protegendo essa mulher. Além das frustrações relativas às expectativas que podem ter sido desenvolvidas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se manifesta nesse momento. É comum observar nas mulheres, no pós-parto, sentimentos tais como medo, frustração, ansiedade e incapacidade que podem emergir durante os primeiros momentos entre mãe e filho. São frequentes os episódios de tristeza que, produzidos pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem permanecer por algumas semanas, devendo ser compreendidos pelos meios familiar e social para não culpabilizar essa mulher. É uma ocasião muito esperada por ela, mas, mesmo assim, ela pode não se sentir bem. Esse estado depressivo mais brando é conhecido como *baby blues* ou *blues puerperal*, ocorre em

70% a 90% das mulheres e é passageiro, não incapacitante e está relacionado às mudanças cotidianas – que requerem adaptações – e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição. Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e capacitados para apoiar a mulher e sua família, para identificar condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial, de forma a manejar os possíveis problemas surgidos nessa fase (BRASIL, 2016b).

As falas das participantes do estudo aliadas aos registros fotográficos apontaram algumas necessidades, tais como conforto e higiene que podem facilitar a amamentação.

Porque assim a amamentação se eu encostar na parede ou na cama fica melhor pra mim, melhora muito, e também eu deitada dando amamentação não dói minhas costas; acho melhor assim na cama (Dany).

Tem dois travesseiros porque a minha cama é bem grande e alta, então eu tenho que ficar bem sentada, bem retinha pra poder amamentar ele, se não eu fico corcunda, dói muito minhas costas e eu canso mais rápido e aí eu quero parar de amamentar logo; então tem que ter dois travesseiros, então tem um aqui que é um grandão e mais dois, então eu fico bem retinha; então eu posso ficar aí duas horas que eu não fico cansada; eu posso amamentar tranquila; facilita bastante, se não tiver é pior... (Sandy).

Se eu estou amamentando sem nenhum apoio aí dói muito as costas eu já fico muito cansada e quero parar logo, tem vezes que ele ainda está com fome e eu já estou cansada e aí é pior né? (Sandy).

Eu acho que é só realmente sentando direitinho, ficando com a coluna retinha que eu não fico cansada consigo amamentar tranquilo e ele fica também e dorme depois então eu acho que isso é importante... (Sandy).

É a maneira que eu fico sentada, então eu posso ficar uma hora amamentando ele que não tem problema nenhum porque eu não fico cansada agora se não tiver (conforto) eu já quero parar logo, minhas costas já estão doendo, e minhas costas doem muito, bastante (Sandy).

Às vezes é um pouco desconfortável pra ele de eu estar segurando ele tá deitadinho no travesseiro eu acho que é melhor pra ele com apoio... (Sandy).

Quando ele toma banho, ele fica muito relaxado ele mama muito tempo e depois ele dorme tranquilamente e igual agora se ele está sujo ele fica incomodado e ele não gosta de mamar quando ele fica empurrando com a mãozinha ele não quer mamar, então enquanto não troca ele não fica tranquilo; então eu já percebi, tanto minha quanto dele, se a gente não está limpinho eu não consigo amamentar e ele não consegue mamar; e pra mudar isso é só tomando banho mesmo e dando banho nele, deixando ele limpinho que ele fica tranquilo e eu consigo amamentar ele facilmente e eu também aí eu não fico achando que vou passar nada pra

ele (Sandy).

É verdade, se você está em um lugar confortável, que não te dá dor nas costas, primeiro você está ali com o bebê, você tem que estar confortável com ele porque às vezes o bebê já está grandão, gordo, e cansa, as costas doem, só que você tem que estar em um lugar bem confortável, se você está em uma cadeira como esta por exemplo, é muito difícil porque você vai ficar muito tempo amamentando e você tem que trocar, é bom que ele vai crescendo e vai perdendo o interesse; tem que ser um lugar calmo, tranquilo, para o bebê realmente mamar o suficiente e eu não conseguia realmente dar mamar, agora hoje em dia sim, mas antes no começo tinha que ser em um lugar bem gostoso, eu só conseguia dar mamar para o Pedro ou na poltrona ou na cama e quase sempre na cama porque ele é muito complicado, às vezes eu deitava, relaxava, esticava as pernas, mas é importante dar mamar em lugar confortável (Grupo focal).

Eu dava mamar para ele na cama, porque eu achava mais confortável é o lugar que eu mais gosto de dar mamar para ela, eu achava que na cadeira doía muito as costas, era na cama ou no sofá (Grupo focal).

As figuras 13 e 14 a seguir apresentam as necessidades de conforto e higiene, retratadas pelas participantes do estudo, que favoreceram a amamentação.

Figura 13 – Fotografia produzida pela participante Sandy

Fonte: participante Sandy

Discurso referente à figura 13: *Aí essa é ele mamando... essa daqui ele está com o apoio de um travesseiro que às vezes ele fica mais alto aí ajuda. Mas tanto com apoio ou sem esse apoio é tranquilo pra mim segurar ele, eu não sinto tanto o peso dele então é tranquilo, mas às vezes é um pouco desconfortável pra ele de eu estar segurando ele tá*

deitadinho no travesseiro eu acho que é melhor pra ele com apoio... (Sandy).

Figura 14 – Fotografia produzida pela participante Sandy

Fonte: participante Sandy

Discurso referente à figura 14: *Significa se eu não estou limpinha se eu não tomei banho eu ficando achando que eu tô suja então eu fico ruim pra amamentar ele (Sandy).*

Tá com o cabelo lavado, limpo, porque se não fico coçando a cabeça; shampoo íntimo, escova de dente às vezes eu estou falando com ele enquanto estou amamentando então não quero ter bafo; a toalha representando o banho então eu preciso estar limpa porque eu fico muito na cabeça que seu eu estiver suja eu posso passar alguma coisa pra ele ou suor mesmo então eu sempre tomo banho tomo vários banhos durante o dia que é pra ficar limpinha porque dizem que a gente não pode passar nada nem creme nada só o banho mesmo e ele também eu já percebi que se ele não está limpinho, aí tem a banheira e fraldinha ele também fica muito incomodado não consegue mamar direito (Sandy).

As participantes do estudo também relataram aspectos da amamentação de seus filhos que julgam importantes e as satisfazem e tranquilizam.

Ela fica bastante confortável depois que mama, aí que nem tá aí ela deitada, toda abertinha com os bracinhos... toda confortável depois que ela mamou; aí eu achei bastante importante ela deitadinha depois da amamentação com a barriguinha cheia, dormindo, no lugarzinho que ela gosta de tá (Bia).

Me deixa muito feliz e alegre porque só dela tá bem, tá se sentindo bem, é um alívio (Bia).

Não deixar de amamentar, fazer o possível e o impossível pra amamentar porque tanto pra você faz bem quanto pro bebê, e a pessoa sente a diferença eu acho que se eu não estivesse amamentando eu estaria muito mais triste porque eu ia ver que estava faltando alguma coisa pra ele e eu não ia ficar satisfeita; eu estou superfeliz de amamentar ele agora; eu amamentei bem... ele mama bastante... então eu acho que todas as mães que puderem amamentar tanto adolescentes, tanto não adolescentes, que a maioria tem medo do peito cair então eu acho que não tem que importar muito com isso não tem que amamentar ele mesmo porque realmente o corpo muda não tem jeito... é enfrentar... (Sandy). Eu sinto que ele fica bem mais calmo, ele fica bem mais pertinho de mim porque às vezes, vamos supor minha casa tem um mercado pertinho e às vezes eu vou no mercado, aí ele acorda aí minha prima que fica olhando ele aí quando eu chego parece que ele já me conhece aí eu falo: “vamos mamar filho!” aí ele já fica, parece que já fica feliz, ele já me reconhece eu gosto de dar mamar pra ele... se ele mamar ele fica calminho (Sandy).

Facilita ficar tranquila para dar mamar (Bela).

Tempo mesmo, tem que ter tempo para poder amamentar, porque se você estiver na cabeça tem que fazer isso/aquilo você não faz direito, faz na pressa; eu como agora estou amamentando à noite eu tenho que deixar o (bebê) mamar à vontade para depois ir fazer o resto das coisas; então não é nem ajuda de uma pessoa ou ajuda de alguma coisa, tem que ter tempo para aquilo ali; tempo para você e para seu filho para amamentar tranquila, pra ele realmente ganhar todos os nutrientes; a gente sabe que a primeira mamada não é a que tem todos os nutrientes, que eu aprendi aqui mesmo no posto, a moça falou, tem na cartilha, então tem que ter tempo e paciência porque senão, não dá certo; não é nem ajuda de alguém ou ajuda de alguma coisa é ter o tempo para aquilo ali se não, não dá certo (Grupo focal).

As participantes do estudo verbalizaram que ter calma, paciência e a persistência em amamentar foram fatores que realmente fizeram diferença em suas vidas, proporcionando sucesso com o aleitamento materno.

Aí foi que eu consegui, eu pegava ela, comecei a dar mama, ela não mamava, mas daí foi indo, foi indo, fui insistindo aí ela conseguiu pegar o bico do peito (Bia).

Ter muita calma, muita paciência porque o bebê chora... sempre ter calma pra dar o leite porque não é uma coisa que é cinco minutinhos tem que ter paciência, tem que sentar ali e esperar ele estar satisfeito ele já aprendeu ele mesmo solta quando ele não quer mais... então eu posso ficar pensando em outras coisas; eu acho que é isso mesmo ter calma, paciência porque não é uma coisa rápida (Sandy).

Por meio da observação das fotografias e dos depoimentos individuais e

do grupo focal, pudemos apreender que suas singularidades se voltam para a busca por relações/interações para satisfação de suas diversas necessidades e atividades tais como: alimentação, repouso, lazer, higiene, estudo, trabalho, afazeres domésticos, conforto e autocuidado e que precisam ser conciliadas com a amamentação, porém elas se sentem sozinhas nessa nova empreitada, evidenciando-se a necessidade de acolhimento e apoio familiar e social.

6.2.3 Saberes e práticas construídos pelas mães adolescentes

Para Vygotsky, é participando na coletividade que o homem apreende a linguagem, os instrumentos físicos produzidos historicamente e o conhecimento acumulado pelas gerações anteriores e culturalmente disponíveis (MATUI, 1995).

O desenvolvimento do ser humano está associado ao papel da aprendizagem e às interações sociais, ou seja, da convivência com o outro se torna possível elaborar cultura e fazer história (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

6.2.3.1 Aprendendo a amamentar tendo o outro como base

Nesse subtema, as mães adolescentes relataram que amamentar é um comportamento aprendido por meio de informações de outras mulheres mais experientes, pelo exemplo e observação e ou por informações de profissionais da saúde, e essas vivências ora se constituíram em incentivo ora em desestímulo da prática da amamentação.

A partir da entrevista, obtivemos as seguintes falas:

Eu já tinha visto alguém amamentar, mas nem ligava... Sei lá, vou passar por isso mesmo pra que ver? Porque eu não gosto de ver, eu gosto de fazer; eu acho que é mais fácil aprender fazendo (Dany).

Vi minha mãe amamentando, trocando fralda, colocando pano na barriga quando estava com cólica e tinha muita cólica e chorava; acho que isso me ajudou muito (Leleca).

Eu via elas (irmãs), aí eu fui e aprendi, até que quando eu ganhei elas eu mesma já pegava e já dava. Ajudou bastante que eu não sabia antes, aí foi vendo que eu fui aprendendo (Bia).

Vendo ela (tia) era muito feio; num dia antes do parto ela usou droga e no

outro ela foi ter o bebê; aí ela veio do hospital, usava droga e dava mamar para o menino; eu achava feio (Bela).

Já vi várias pessoas darem de mamar. Foi ver os outros sofrendo, um pouco ruim.... (Mel).

Vendo as pessoas (Mila).

Eu via minha irmã mamar, eu era criança. Minha tia, e a minha mãe foi me ensinando. Eu acho que ajudou. Eu fico olhando eu aprendo (Nina).

Eu já vi a minha mãe, porque eu tenho uma irmã que é quase da idade do meu filho mais velho, então eu via ela amamentando, vi a gravidez dela inteira; então foi a experiência dela que eu praticamente fui uma irmã/mãe, porque eu ajudei bastante ela (Mari).

Eu via a minha tia; quando ela dava mamar para minha sobrinha, aí eu ficava vendo como ela dava, como era que ela fazia para dar o peito para a criança. Foi uma experiência boa, eu via as criancinhas mamando e pensava como seria eu dando mamar para a minha filha (Susi).

De acordo com as falas, a observação de mulheres com quem as adolescentes conviviam e as experiências anteriores contribuem para o conhecimento sobre o aleitamento materno.

Quando o adolescente se apropria das funções psicológicas superiores, ele consegue ter mais controle sobre sua conduta, pois desenvolve a voluntariedade sobre aquilo que se relaciona aos seus interesses. Todos os conceitos são constituídos durante o processo histórico de desenvolvimento da sociedade humana. A pessoa os assimila ao longo de seu desenvolvimento individual. O que há de realmente novo na adolescência é que os adolescentes assimilam pela primeira vez os verdadeiros conceitos e começam a ter o pensamento por conceitos e, a partir disso, passam a enxergar a realidade e seus objetos em sua essência. Com a formação de conceitos, o adolescente passa a ter novas atividades e novos pensamentos (LEAL; FACCI; SOUZA, 2014).

O desenvolvimento dos interesses está inteiramente relacionado ao desenvolvimento sócio-histórico. Necessidades internas (biológicas) e necessidades externas (ligadas às condições de vida dos adolescentes) movimentam a superação dos interesses da vida infantil para a adolescência, reforçando o desenvolvimento das funções psicológicas e a constituição de novos conceitos, em uma relação

dialética entre ensino-aprendizagem (LEAL; FACCI; SOUZA, 2014).

Os problemas, as dificuldades, enfim, as atividades com que os adolescentes se deparam são essenciais para a formação conceitual porque, sem essas novas exigências, dificilmente o adolescente alcança estágios mais elevados (LEAL; FACCI; SOUZA, 2014).

Estudo de Apostolakis-Kyrus, Valentine e Defranco (2013) aponta que a falta de experiência com a amamentação é um fator que pode interferir decisivamente no aleitamento materno, o que corrobora os achados de Maranhão et al. (2015) que apontaram que o êxito do aleitamento materno está fortemente ligado à experiência positiva anterior. Os mesmos autores informam que provavelmente isso ocorre, já que a amamentação não se constitui ato totalmente instintivo, pois, em alguns casos, essa prática precisa ser aprendida.

Giugliani (2004) afirma que o processo que determina a amamentação inclui o aprendizado da prática pelas mulheres. Nesse sentido, as participantes do estudo revelaram que a amamentação é uma prática aprendida.

Modo correto de dar mamar pro neném, você tem que afastar um pouco pra trás pra não tampar o nariz, pro bebê não perder a respiração, dar um peito de cada vez pra não acostumar só em um (Leleca).

Minha cunhada falava assim que era pra botar primeiro em baixo na boca dela o bico do peito pra ela poder chupar, aí eu fiz isso e deu certo porque ela não estava mamando direito (Dany).

Se tiver alguma pessoa para te orientar a fazer tudo certinho, não tem problema (Juju)

É difícil; tem que tirar o leite primeiro para ela poder pegar no peito (Mel).

Eu acho que se elas fizerem tudo certinho, cuidar do peito, amamentar certinho, tirar as perguntas... eu acho que não vai sofrer igual eu sofri, vai ser bem diferente; se elas perguntarem e tiverem a orientação certinho, porque eu não escutei (Mari).

Até hoje duas amigas só não tiveram esse problema, mesmo que tinha muito leite, o bebê mamou normal, mas eu também sofri bastante no começo, empedrou, sangrou, o (bebê) chegou a beber sangue e eu tive que sair com ele para o hospital, foi bem difícil também; mas foi coisa de algumas semanas, uma semana e mesmo o peito machucado eu ainda continuava dando, doía muito mesmo e tinha dia que eu falava que eu não ia dar mais e o pai dele “não, você vai dar sim”, você sabe quanto

custa um (leite de fórmula), era isso que ele jogava e eu “não, eu sei” e eu suportava a dor, mas realmente era muito dolorido, se o peito ficar muito cheio você não consegue, só que o meu filho mamava o dia todo, até hoje se deixar ele mama o dia inteiro, só que hoje depois que eu vim aqui e aprendi a tirar, eu não cheguei a doar porque eu não tinha tanto assim o peito enchia, mas era o suficiente para ele mamar, porque ele mamava bastante e a gente não tinha tanto para doar; mas depois que eu aprendi a tirar, porque inflamou direito, eu ia dando um peito e tirava do outro enquanto ele estava mamando e reservava na geladeira de depois dava para ele, eu não deixava de dar, mas só depois que eu aprendi realmente a tirar, porque no começo dói bastante, porque depois que você aprende, que tem alguém pra te ensinar fica mais fácil... eu imagino quem tem muito, eu tive não tanto mas mesmo assim doeu, agora imagina quem tem muito/muito... (Grupo focal).

Esses discursos apontam que a amamentação não é relacionada somente ao instinto materno e às vantagens biológicas, pois se assim fosse, não haveria mães interrompendo o aleitamento materno precocemente. A amamentação é também uma prática que envolve o aprendizado e vem repleta de significados para a mulher, sendo vivenciada com sentimentos, dificuldades e tomada de decisões coerentes com saberes e valores adquiridos no meio cultural (RODRIGUES; QUEIROZ, 2005).

Na análise das entrevistas, pudemos perceber que a amamentação se torna uma forma de efetuar o vínculo entre mãe e filho.

Eu vejo o tanto que ele (bebê) fica mais amoroso comigo, ele me reconhece, fica quietinho, calmo quando ele está mamando então não é uma coisa que eu quero tirar dele, só realmente se for necessário (Sandy).

A amamentação uniu muito a gente (Leleca).

Embora a amamentação pareça ser um processo elementar com automatismo fisiológico, demanda um conjunto múltiplo de condições interacionais no contexto social da mulher e de seu filho (NERY et al., 2014). As mesmas autoras evidenciaram que as adolescentes julgam o conhecimento como um aspecto importante que favorece o êxito com o aleitamento materno.

As participantes do estudo revelaram que receberam informações sobre o aleitamento materno.

Falaram pra eu fazer isso... Fiz, eu botei meu leite na ferida [...] aí melhorou (Dany).

Que o bebê engorda, que fica saudável, que não adoece, que é importante; tem umas mães que nem ligam em amamentar, compram leite, qualquer leite e já dão ao bebê, daí ele fica magro... daí quando vê ele gordinho, sabe que ele está gordinho mas está saudável (Dany). Tem vezes que fica seco, daí eu falo já tá secando, aí eu vou lá perguntar a minha mãe ela fala pra dar de mamar... (Dany).

No livrinho de vacina fala que no peito tem muita proteção, vitamina pra eles, evita muita doença, muitas coisinhas evitam por ser recém-nascido, é muito bom eu acho leite de peito (Paty).

Falaram que eu tinha que amamentar até os seis meses, que era obrigação até os seis meses; mas depois ela não quis mais; agora ela mama na mamadeira (Susi).

E que se rachar o peito para passar manteiga que é bom... que tem que sentar numa cadeira confortável para poder dar amamentação, quando for dar o peito lavar as mãos e bico do peito, foi isso que eles me falaram que eu precisava fazer (Susi).

Quem falou foi a enfermeira que me atendeu; que quando fosse dar o peito para ela (bebê) que lavasse os bicos dos peitos e as mãos, porque pode ter algum micróbio que a criança pode estar chupando com o leite (Susi).

Falar para elas colocarem o gelo e fazer massagem, igual a médica falou para mim (Nina).

Ela (mãe) fala que quando acabar de dar mamar para ele é para limpar o bico do peito... (Nina).

Me falaram que até os seis meses é certo amamentar, eu quem estou passando do limite (Mari).

Sobre amamentar, com os dois; que mesmo se estiver rachado, um vai ficar maior que o outro; sobre as rachaduras que é bom tomar um sol, passar o leite do peito pra ajudar também; se empedrar também tomar banho em uma água morninha, fazer massagem para desempedrar (Mari).

Só que tem de dar de mamar (Mila).

Esses depoimentos revelam a importância da atuação do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro, durante o período gravídico-puerperal. Ao receberem informações, as adolescentes se sentirão mais confiantes e aptas para praticar aquilo que lhes foi ensinado. Contribuindo, dessa forma, para o sucesso da amamentação (NERY et al., 2014).

No estudo de Reis et al. (2012), a amamentação é uma das informações

primordiais que devem ser tratadas durante as consultas no pré-natal, parto e puerpério. Embora importante para a promoção do aleitamento materno, o pré-natal se revelou como insatisfatório neste aspecto. Assim, os mesmos autores concluem que é necessário que a adolescente esteja inserida em um ambiente que a incentive a buscar conhecimento, para que ela possa praticar as informações recebidas no pré-natal.

À medida que as adolescentes ampliam seus conhecimentos, modifica-se sua relação cognitiva com o mundo, levando à valorização da própria ação, ou seja, da amamentação, o que propicia o desencadeamento do empoderamento e da autonomia da mãe adolescente (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Nesse sentido, a pesquisa de Bizerra et al. (2015) evidenciou que as mães adolescentes estudadas apresentaram elevada autoeficácia em amamentar, constatando um novo conhecimento relativo a esse público específico, o que é rotulado como vulnerável diante do aleitamento materno.

Estudo de Guimarães et al. (2017), ao comparar os resultados da autoeficácia entre puérperas adultas e adolescentes, evidenciou que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos, o que aponta para o fato de que a idade materna, como variável isolada, não influenciou o nível de autoeficácia materna na amamentação no pós-parto imediato. As mesmas autoras também constataram que certas práticas, como o recebimento de apoio da mãe ou da sogra pela puérpera, a amamentação na primeira hora de vida e a prática do AME durante o período de admissão no alojamento conjunto, influenciaram o aumento da autoeficácia materna na amamentação entre as adolescentes.

De acordo com Hawley et al. (2015), é no pré-natal que as mulheres devem se preparar para os desafios que são susceptíveis a enfrentar, e isso pode aumentar a autoeficácia materna na resolução de problemas, prolongando o AME.

Bizerra et al. (2015) indicam que o enfermeiro como profissional educador precisa intensificar o investimento em estratégias de educação em saúde com grupos de gestantes e puérperas, a fim de capacitá-las acerca de todos os aspectos que envolvem a amamentação e, em especial, para a manutenção da confiança da adolescente em amamentar.

De acordo com Thofehrn e Leopardi (2006), o enfermeiro, para promover saúde, deve partir daquilo que cada sujeito já sabe, ou seja, o conhecimento que traz de seu contexto de vida, suas ideias a respeito dos objetos, fatos e fenômenos,

suas percepções acerca do mundo, com vistas a ampliar e desafiar a construção de novos conhecimentos.

6.2.3.2 Percebendo a amamentação como natural: o olhar para o biológico

Em nosso estudo, as participantes do estudo citaram os benefícios da amamentação, principalmente para a saúde do bebê e também demonstraram por meio da fotografia.

Porque desenvolve muito o crescimento do bebê, eles não correm o risco de ficar doente nem ficar com alguma doença (Bia).

A amamentação demonstra mesmo que é mais importante pro bebê do que tudo... a mãe vê que o bebê tá tão saudável através da amamentação da mais vontade de amamentar ainda... (Bia).

O importante que hoje ela tá bem, saudável através da amamentação (Bia).

Ela nasceu prematura, aí nasceu faltando peso, aí através da amamentação toda hora que eu amamentava ela, foi que ela foi pegando peso, pegando peso, é tanto que através da amamentação hoje ela tá pesando quatro quilos... é muito importante (Bia).

Quanto mais a gente amamentar até os seis meses ajuda a não ter tanto problema de saúde nele, me ajuda também porque emagrece, porque ajuda a emagrecer dar o leite; então acho que é isso que eu aprendi sobre amamentação, eu não sabia nada sobre amamentação (Sandy).

Fez bem pra mim também, pra minha saúde, faz bem pra saúde dela; porque ela nasceu com pouco peso e foi amamentando e foi ganhando peso, eu acho que fez muito bem pra saúde dela (Leleca).

Que faz muito bem pra saúde da criança, pra saúde da mãe, ele evita infecção, muita doença, ajuda mãe que tem peso muito alto a emagrecer, ouvi falar que é muito bom pra ambas partes (Leleca).

O bebê precisa da amamentação, do leite materno pra crescer com saúde, já ouvi falar de criança que morreu por não ter sido amamentada corretamente, ou porque deixaram de amamentar (Leleca).

Eu não sei muito, mas o que eu sei é que é bom porque criança pequena é muito perigoso com o tempo ficar doente, o leite materno eu acho que é muito bom pro organismo da criança evita bastante bactéria, doença; eu acho que o leite materno todas as mães deveriam ser obrigadas a dar pelo menos seis meses, porque pelo que os outros falam é um leite muito bom, a mesma coisa que se você estiver doente vai ter um remédio que vai te curar, e é a mesma coisa um leite materno pra uma criancinha recém-nascida, tanto é que tem gente que não tem e aqui em Ribeirão doa (Paty).

Eu sei que amamentar é bom para ele, evita um monte de doenças, faz ele crescer forte, faz bem (Bela).

Espero que ela mame, que ganhe peso, que não perca peso que é muito importante... é isso. Faz bem para ela, mas para mim não. Porque ela tem se alimentar do leite e depende disso (Mel).

Ajuda ele crescer [...] Porque vai ficando mais fortinho, vai crescendo mais, vai engordando mais, pegando mais quilo. Ele já está com sete quilos e 300 gramas; a hora que ela pesou ele... de cinco quilos já foi pra sete quilos. Só com leite do peito (Nina).

Pelo crescimento dele, pelas proteínas que têm no leite ajudam ele também; eu sei que ajuda, porque eu já escutei muito também de médicos e pessoas, que leite materno faz muito bem para a criança até uns seis meses (Mari).

Eu sei que amamentação faz bem para a criança por causa das proteínas que tem no leite, por causa que o leite materno é o que tem para a criança até os seis meses (Mari).

Leite materno é importante para a criança, durante seis meses tem que só mamar leite materno. Depois dos seis meses tem que dar papinha, mas tem que continuar dando o peito... a minha só mamou seis meses, depois ela não quis mais o peito... tem que ir até os dois aninhos, mas ela não quis. É bom, porque quando ela mamava no peito ela não adoecia; foi mamar fora do peito fica doente, é diarreia, gripe... (Grupo focal)

A fotografia seguinte evidencia a realidade vivenciada pelas participantes do estudo que se contentam em ver seus filhos crescendo e se desenvolvendo por meio da amamentação.

Figura 15 – Fotografia produzida pela participante Bia

Fonte: participante Bia

Discurso referente à figura 15: *Eu tirei essa foto porque a minha primeira filha, e foi a primeira que eu comecei a amamentar, foi a primeira vez que eu amamentei, e ela tá aqui bastante forte, saudável, através da amamentação eu gostei muito, muito, ela mamou até os oito meses não tem nada, não senti nada... aí eu gostei muito (Bia).*

Neste estudo, assim como no estudo de Monteiro et al. (2014), os depoimentos da maioria das mães adolescentes nitidamente mostram que predominou o foco na preocupação com a saúde de seus filhos, demonstrando como a amamentação é percebida por essas mães, ou seja, como uma prática natural/instintiva. O ato de amamentar foi durante muito tempo caracterizado como natural e exclusivamente biológico, comum a todas as espécies de mamíferos (NAKANO, 2003; RAUPP et al., 2011).

A partir de um resgate histórico, o aleitamento tem conotação de problema nacional, decorrente do movimento higienista fortemente existente no Brasil, na virada do século XIX para o XX. Até aquele momento, as mulheres continuavam seguindo os hábitos coloniais de não amamentarem seus filhos, conduta que começa a contrariar os interesses políticos populacionistas da elite agrária da época e passa a ser vista, no discurso higiênico, como uma violação ao instinto natural humano (KALIL; COSTA, 2012).

Com o surgimento de um processo que denomina de “estatização do

indivíduo”, manipulado intensamente pelas normas de saúde impostas no período, Costa (1999, p. 255) informa como ocorreu a modificação dos costumes e atos que se repetiam na herança cultural familiar da nação e, principalmente, a reformulação da função da mulher na família, a partir daquele momento convertida ao amor filial e transformada no que designou de “mãe higiênica”.

A transformação trazida pela perspectiva higiênica sobre os aspectos sociais da amamentação faz com que médicos e Estado passem a executar grandes esforços – práticos e discursivos – no sentido de informar as mulheres acerca da importância do aleitamento materno para a saúde das crianças, e dessa forma, definindo a mulher como responsável pelo crescimento saudável dos jovens cidadãos, garantindo, assim, o futuro da nação brasileira (KALIL; COSTA, 2012).

Assim, os benefícios à saúde da criança são os mais difundidos, por terem sido amplamente utilizados desde o início da década de 1980, em campanhas oficiais de promoção da amamentação (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1987; OMS, 1989).

É possível perceber que as falas das mães adolescentes, ao abordar os benefícios da amamentação, guardam significativas aproximações com aqueles dirigidos ao que Costa (1999, p. 255) nomeou de “mãe higiênica”.

Por outro lado, segundo Spindola et al. (2014, p. 421), “ao se perceber como fonte de alimento para a criança, a mãe se sente empoderada e reconhece a importância de seu papel para garantir a sobrevivência de seu filho”.

As participantes do estudo verbalizaram os fatores biológicos que vivenciam ou vivenciaram e que dificultam ou dificultaram a amamentação, tais como presença de dores nas mamas, problemas de formação dos mamilos, mamas túrgidas, ingurgitamento mamário, traumas mamilares e sangramentos nos mamilos.

Porque a gente ficou quatro dias no hospital dois porque ele não tava mamando. A gente ficou dois dias a mais... uma porque eu não tinha bico do peito e outra que eu tinha muito leite e meu leite tava começando a empedrar... aí ele não quis pegar de jeito nenhum... aí ele começou a tomar leite (de fórmula) lá... aí a gente foi tentando, tentando... até que no segundo dia ele conseguiu pegar, mas só que bem pouco porque eu não tinha bico, o meu peito tava empedrando chegava a ficar até duro, ele... de tanto que doía... e ele não mamava... e eu tive que tirar o leite (Juju). Ele ficou na UTI porque ele nasceu com falta de ar. Aí esses dois dias ele ficou na UTI com aparelhos respiratórios... aí só no terceiro dia eu fui dar de mamar... mas mesmo assim não... (Juju).

Era a maneira que eu estava amamentando errado mesmo, ele estava pegando só o bico mesmo ele não estava pegando a aréola inteira então machucou muito saiu sangue ele bebeu sangue, ele vomitou (Sandy).

No começo a amamentação foi muito difícil; eu achava estranho a gente dar “mamar” (Leleca).

Muitas vezes machucou, fiquei queimando de febre quando ela recusava a mamar, aí quem tinha que fazer tudo era a minha mãe, tinha que colocar pra fora porque a febre que dava era muito alta e eu não conseguia fazer nada; tive que tomar banho e ficar praticamente o dia inteiro debaixo do chuveiro pra abaixar a febre e o leite não fazer mal pra ela; muitas vezes foi muito difícil (Leleca).

Quando eu fui dar o peito para ele (bebê), eu não estava conseguindo dar, porque meu peito rachou todo; e sempre que ela pegava o peito doía demais os bicos do peito (Susi).

O machucado do peito, não conseguir pegar no bico, peito cheio, peito empedrado; são os problemas que têm que a gente não pode dar o peito direito (Mel).

Eu quero que ela pega melhor no peito; que ela pega sem machucar o bico; se ela pega sem machucar já está resolvido (Mel).

Já rachou o peito; já fiquei muito doente; já quase entrei em depressão pós-parto; então já passei bastante coisa na gravidez dele (Mari).

Porque estava inchando muito, que estava enchendo de leite... era pra fazer massagem pra poder sair leite um pouco pra poder dar a ela, e estava muito duro não saía muita coisa... (Dany).

A manifestação de dor ou desconforto durante a amamentação, no período inicial, é comum (SILVA et al., 2009), sendo importante causa de desmame precoce (MERINO et al., 2013).

Estudo de Santos et al. (2016) investigou mães adolescentes em relação à prática de amamentação e obteve resultados inquietantes, pois 50 (61,7%) adolescentes demonstraram prática inadequada. Esta evidência pode ser explicada pelo fato de a maior parte delas serem primíparas. A falta de experiência pode ser um fator de risco para o desmame (JOSE; SILVA, 2011). Portanto, é importante informar e motivar a prática de amamentar especialmente nas mães primíparas, tendo que essas assimilam mais facilmente o conhecimento e são mais propensas a aprender, pois não tiveram experiência alguma que as influenciasse negativamente para tal ato (AL-SAHAB et al., 2010).

Algumas participantes do estudo verbalizaram a falta de conhecimento e/ou despreparo para lidar com questões relativas à amamentação e aos cuidados de seu filho.

Eu fui acostumando, ninguém me ensinou a dar mamar à minha filha, nem uma das duas ... (Bia).

Eu acho que eu não soube dar o peito direito para ela... (Mel).

Trocar ela... eu não sabia, dar banho ela era muito mole e eu não conseguia dar banho nela (Dany).

Ela (bebê) passou no hospital porque eu não sabia dar; não sabia fazer nada; ela passou um dia só não ficou com fome porque lá eles tinham leite doado né?! Ela ficou com fome, mas se fosse por mim eu não sabia de nada... como era como não era, não falaram (Dany).

Foi uma coisa totalmente nova pra mim; não tinha base nenhuma de amamentação, eu só tinha muita vontade de amamentar, mas eu não tinha base nenhuma, nunca tinha reparado como sentava, como dava o peito, foi uma coisa bem nova (Sandy).

Nessa época ele só pegou esse peito até que ele conseguia mamar só que a maneira que eu estava dando estava machucando o peito mesmo, o bico, então eu já fui pra casa com o peito bem machucado, em casa ele não estava pegando o peito, ele continuava pegando errado por eu não saber amamentar, tanto é que no quarto dia meu peito estava roxo (Sandy).

A falta de informação, por isso a mãe tem que procurar se informar melhor, porque eu acho que a falta de informação pode prejudicar muito a amamentação, pode deixar de amamentar o que é essencial pra criança e pra mãe também porque ajuda muito (Leleca).

Eu pensava que agora eu tinha que ter muita fé ou ia ser o fim, porque já que eu não sabia de nada ia acabar fazendo mal pra criança, ia acabar prejudicando a criança, ia acabar Deus que me perdoe acontecendo até algo de ruim, porque eu não sabia cuidar de uma criança, não como um filho porque eu cuidava dos meus irmãos mas quando era parte de amamentar e ir no médico era com a minha mãe; então foi muito diferente (Leleca).

Como que ia ser dar de “mamar” e eu nunca tinha dado de “mamar”, como que ia ser cuidar, ter que trocar fralda, como eu ia saber quando ia ter que trocar fralda, quando que estava com fome já que não nasce falando, que jeito ia saber que está cheia, quando não quer mais nada, não quer comer; o que estava incomodando, quando estava doente, o que tinha que fazer, em que médico levar... muitas dúvidas que surgiram (Leleca).

No começo eu não sabia dar “mamar” direito, daí eu tirei o peito, coloquei outro leite deu reação nela, daí minha mãe me ensinou a dar “mamar” direito pra ela, foi quando ela começou a pegar o peito novamente, daí ela

já não chorava mais, daí foi melhorando cada dia mais a saúde dela (Leleca).

A figura a seguir, retratada por uma das participantes do estudo, chama a atenção para a mama, representando que o olhar biologicista, com a função de prover o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, não atendeu ao desejo materno de conseguir amamentar, frustrando profundamente a participante.

Figura 16 – Fotografia produzida pela participante Paty

Fonte: participante Paty

Discurso referente à figura 16: *Eu vejo um peito que por eu ser mãe de primeira e eu querer muito alimentar ele no peito, porque eu acho que peito tem várias vitaminas que uma criança recém-nascida vai querer muito; mas eu não conseguia colocar o peitinho na boca dele [...] o colostro que tinha estava quase estragado, muito grosso e aí não podia dar; aí eu não pude dar o peito pra ele, aí eu tive que dar o (nome do leite de fórmula), eu queria muito ter dado o peito, eu acho muito bom, evita muita doença em uma criança [...] É uma foto que eu tenho no meu celular que eu sempre vou guardar... porque essa foto é do tempo que eu tinha colostro ainda no peito, que ele já colocou a boca mas não chegou a mamar... e eu queria muito que ele mamasse, mas infelizmente não mamou (Paty).*

E a falta de conhecimento e/ou despreparo geraram dificuldades com a amamentação e problemas mamários que as participantes do estudo verbalizaram.

Tive um pouquinho de dificuldade porque ela não estava conseguindo pegar o bico do peito aí ela (enfermeira) me ajudou um bocado (Bia).

Amamentar assim feriu muito eu não sabia o que era botar na boca dela, pra ela saber amamentar pra ela poder sentir o leite na boca, foi muito difícil pra mim, muito, muito, muito, demais! Até que ela pegou o peito e

tudo ... (Dany).

Porque estava inchando muito, que estava enchendo de leite era pra fazer massagem pra poder sair, estava muito duro (Dany).

Mas aí eu fiquei esses dias dando mamar só nesse (peito) e tirando desse (outro peito), eu tirava esse leite e dava pra ele até o peito realmente sair o machucado; eu ficava tomando sol, depois que saiu eu voltei a dar o peito ele pegou aí foi tudo tranquilo eu já sabia direitinho como amamentar aí eu ficava tomando sol no banho de sol dele eu tomava sol também ainda tomo e agora ele mama tranquilamente, mas no começo foi bem difícil (Sandy).

Ele ficou lá chorando já com fome quando eu fui pro quarto ele já estava como muita fome então foi bem fácil dele pegar, a moça (enfermeira) só colocou, ela só falou pra mim como era... colocou, ele mamou e depois ela foi embora eu coloquei arrotou e depois ele voltou a chorar aí eu não sabia mais... eu apertava o botão lá elas não vinham e ele ficava chorando, chorando, chorando, chorando e eu não sabia como dar o peito (Sandy).

Meu peito rachou tudo, doía no começo. Ele pegava e ardia, doía, rachou tudo; eu sofria (Bela).

Lá a moça que fez o teste do pezinho nele, meu peito estava grande e empedrado, ela falou para eu ir tirando que iria melhorar; ele estava grande, empedrado e doendo e ela me ensinou a tirar, como que coloca o bico dentro da boca dele (Bela).

Porque eu não sabia que não era para eu tomar banho na água quente e aí eu fui e tomei banho na água quente... e empedrou (Nina).

Porque eu não tomava muito banho de sol, eu não me cuidava muito na parte das mamas, eu não passava leite do peito; então eu fui deixando, só amamentava e foi onde aconteceu isso que deu rachadura, que machucou meu peito; pelo fato de eu não ter cuidado, eu deixei um peito de amamentar e só amamentei no outro, porque o que eu deixei eu não aguentava, ele tinha rachado demais e doía muito, então eu não conseguia dar de jeito nenhum, eu chorava e tinha febre porque doía demais. [...] Ele empedrou o leite, ele tem uma má formação, um é maior que o outro, por causa da dificuldade de um doer e eu parei de amamentar de um peito e só amamentei do outro; agora vai ficar para o resto da vida essa marca (Mari).

Quando ele era bebezinho por causa de rachar o peito eu não gostava de dar porque machucava, ficava muito rachado, agora que melhorou, mas estava muito rachado; então eu tinha medo, doía dar mamar pra ele (Mari).

Os médicos me falaram, minha mãe, meus parentes, me explicaram e falaram que eu tinha que amamentar com os dois porque senão um iria ficar maior que o outro; só que eu tentava, mas era difícil e eu sofria muito; eu tinha febre, doía muito, rachava, sangrava; então não tinha jeito,

mesmo se eu quisesse, ou eu perdia o bico do meu peito ou eu parava (Mari).

Eu sofri muito porque machucou o bico do peito, eu tinha muito leite e não sabia dar de mamar pra ela; ela chorava e meu peito enchia, empedrou e eu fiquei de doar para o (banco de leite), doeí leite até dois meses, quando ela completou dois meses eu tive que parar porque ela estava pegando muito, mas eu sofri muito com o peito cheio. Eu tive muito leite só que ela não mamava e eu tive que doar o leite, depois meu peito empedrou, rachou, doía demais (Grupo focal).

Uma das participantes do estudo ilustrou, por meio do registro fotográfico a seguir, a marca física visível deixada em seu corpo pelo sofrimento/dificuldade em amamentar e um contexto de vida negligenciado/desconsiderado.

Figura 17 – Fotografia produzida pela participante Mari

Fonte: participante Mari

Discurso referente à figura 17: *Uma marca para o resto da minha vida. Ela (foto) é importante pra mim porque foi praticamente onde tudo começou na amamentação, foi até hoje o que eu passei; foi uma marca do que eu passei lá no começo da amamentação (Mari).*

Porque o corpo já sofre várias modificações, então você leva isso pro resto da vida, vamos supor se ela tiver outra gestação talvez ela nem chegue a amamentar por esse fato... (Grupo focal)

A influência exercida por aspectos biológicos da mama, tais como os traumas mamilares e o ingurgitamento mamário, é considerada importante

condicionante para o desmame precoce. Aliada à dificuldade no manejo da amamentação, esses fatores são lesões dolorosas, causadoras de sentimentos tais como ansiedade, frustração e sensação de fracasso no exercício do aleitamento materno, acarretando insucesso nas medidas de enfrentamento, induzindo a introdução de outros alimentos precocemente (MACEDO et al., 2015).

Clapis, Fabbro e Beretta (2013, p. 707) constataram, em seu estudo, que as mães adolescentes pesquisadas relataram dificuldades com o aleitamento materno. Dentre as principais queixas ocorridas sete dias após o parto estava “o bebê não pega um dos lados”. Os primeiros dias após o parto são essenciais para o estabelecimento do aleitamento materno bem-sucedido, uma vez que é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e adaptação do recém-nascido. Daí a necessidade do apoio e acompanhamento intensivo no pós-parto por meio de visitas domiciliares após a alta hospitalar, pois várias dúvidas e dificuldades podem surgir e tornar a mulher vulnerável e insegura (ALMEIRA; FERNANDES; ARAÚJO, 2004).

Além disso, as sensações físicas vivenciadas pela mulher logo após o parto podem aumentar ou diminuir a confiança materna em sua capacidade de amamentar; situações em que a mulher vivencia maior ansiedade, estresse e dor, que reduzem o nível de ocitocina e o reflexo de ejeção do leite materno, levando à percepção de leite insuficiente e consequentemente à redução dos níveis de autoeficácia (MONTEIRO, 2008; ORIÁ, 2008).

Assim, são muito importantes o apoio e a escuta à mulher que apresenta dificuldades para amamentar, sem julgamentos e ofertando momentos de cuidado para superação dos problemas. Além disso, deve-se observar algum tipo de sofrimento em consequência deste processo, para, caso seja necessário, encaminhar para outro serviço. Igualmente, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher em relação à amamentação, suas experiências prévias, expectativas e frustrações (BRASIL, 2016b).

Segundo Carvalho, Salles e Guimarães (2009), os adolescentes necessitam conquistar sua liberdade, mas precisam sentir-se incluídos. Precisam do seu diferente e do seu semelhante. Precisam se sentir parte de um grupo. Trazem consigo potencialidades e fragilidades, a coragem e o medo, a completude e a transitoriedade. A incerteza também contribui para a construção da identidade dos adolescentes. Estes se encontram em uma condição que alterna entre o tudo e o

nada. Sua liberdade se manifestará na sua capacidade e direito de fazer escolhas, de se sentirem capazes de optar entre diferentes alternativas.

Assim, as participantes do estudo revelaram suas escolhas, quando tomaram condutas mediante os problemas relativos à amamentação.

Quando bota ele no berço e ele não mama ele não fica quieto né... E aí quando dá a mama e põe no berço aí ele fica bastante quietinho, confortável (Bia).

Aí foi que eu consegui, eu pegava ela, comecei a dar mamar, ela não mamava, mas daí foi indo, foi indo, fui insistindo aí ela conseguiu pegar o bico do peito (Bia).

Eu sinto que mais auxílio tanto da minha mãe ou de alguma amiga ou de algum profissional teria ajudado mais; hoje em dia nem tanto porque eu já sei bem melhor, mas se eu tivesse tido eu acho que seria melhor tanto é que eu já saberia mais ou menos como fazer então eu não teria ficado tão preocupada, não teria os problemas que eu tive; então eu acho que todo mundo que tiver alguém, pedir ajuda perguntar mesmo; eu me arrependo... se eu soubesse eu teria perguntado tanto pro Dr. (nome do médico) ou pra alguma amiga que teve bebê agora ou que já teve antes como que era; eu acho que isso deveria ter sido feito, mas agora já passou e não nem como; mas eu acho que todo mundo que pode, que tem alguém na família ou porque agora eu fiquei sabendo que tem grupo que ensina a amamentar antes do bebê nascer (Sandy).

Se eu soubesse eu tinha procurado; eu acho que esses grupos ajudam bastante ainda mais a gente que é nova que é o primeiro filho então eu acho que ajuda bastante eu me arrependo se eu soubesse eu tinha procurado pra não ter passado pelo que eu passei, mas quem tem eu acho que deveria procurar sim (Sandy).

É fiquei sem entender, porque já que ele não ia mamar eu preferia então que eles deixassem; que se eles não quisessem me ajudar a amamentar ele, deixasse que eu me virava sozinha (Paty).

Eu pegava o leite mesmo do peito e passava em volta e foi melhorando; antes dele mamar eu passava em volta, aí foi parando de doer e o rachado parou (Bela).

Eu estou tomando banho de sol... coloco os peitos no sol e passo o leite no bico (Mel).

Eu tirei o leite e estou colocando na garrafa para guardar esse leite para eu dar na chuquinha para ela; porque ela não estava conseguindo pegar o peito ainda. Estou dando na chuquinha quando ela não pega o peito... quando meu peito está muito cheio (Mel).

Estou tirando leite e estou aliviada de tirar esse leite do peito; porque o peito muito cheio incomoda muito... (Mel).

*Só quando eu saí do hospital que empedrou só. Fui fazendo massagem, foi saindo aquele leite e depois passou... coloquei gelo (Nina).
Como no primeiro dia que eu saí do hospital, meu peito chegou empedrado e eu chamei minha priminha, que já come arroz e feijão e mama, e a minha mãe mandou chamar ela para mamar no meu peito; aí ela mamou um pouquinho no meu peito para sair o leite... e isso ajudou (Nina).*

Eu acho que mesmo rachado e dolorido tem que persistir, porque é uma coisa que se você souber cuidar certinho é uma coisa que vai passar (Mari).

Me falaram que é por causa do banho de sol, falta de passar o leite do peito pra proteger também, a aréola da mama; ele fala que como eu não gostava de amamentar e meu peito ficava muito cheio de leite, empedrado, então aquele tanto de leite, onde davam as rachaduras, porque é muito sensível então não tinha uma proteção; tomar banho de sol era uma proteção para fortalecer o peito da rachadura e eu não fiz, então meu peito era muito sensível e foi onde rachou rápido (Mari).

Nesse contexto, percebemos a necessidade de os profissionais de saúde se tornarem fontes de apoio e agentes na prática da atenção à mãe adolescente, não se limitando ao desempenho de ações prescritivas, impositivas e de supervisão (LACERDA; MAIA, 2008; SILVA et al., 2009). O profissional de saúde deve desenvolver habilidade para uma comunicação eficiente com a adolescente a fim de ajudá-la na tomada de decisão, ouvi-la demonstrando interesse, sem julgamentos ou imposições (LACERDA; MAIA, 2008), além de proporcionar informações relativas ao cuidado ao bebê de maneira contínua, considerando as necessidades singulares de cada mãe.

De acordo com Souto, Jager e Dias (2014), é evidente a necessidade de desenvolver maneiras mais eficazes de compartilhar informações sobre o aleitamento materno que sejam capazes de atingir as mães de maneira clara e objetiva. É preciso identificar possíveis dificuldades durante a vivência em aleitamento materno e utilizar estratégias de enfrentamento das mesmas. As mães e os pais, sejam eles adolescentes ou adultos, devem ser informados acerca dos benefícios da amamentação e dos riscos do desmame precoce para o desenvolvimento físico e psíquico do lactente. No entanto, os autores salientam para que essas informações sejam emitidas pelos profissionais de saúde, sempre considerando a idade, as crenças e o meio sociocultural dessas pessoas. A insuficiência ou sobrecarga de informação pode levar à ocorrência do desmame

precoce, muitas vezes porque as informações são comunicadas de maneira pouco claras e muito técnicas, não se adequando às necessidades reais da população que procura o atendimento.

As participantes do estudo informaram e retrataram como obtiveram o conhecimento em amamentação.

Eu lia direto também, aí eu via que a amamentação é muito importante pro bebê... (Bia).

Ler o cartãozinho, os livrinhos e ver que a amamentação é muito importante, só de o bebê estar saudável, tá se desenvolvendo bem, crescendo, é muito importante amamentar (Bia).

Eu fui lendo os cartõezinhos de gestante, pré-natal foi que eu fui vendo que a amamentação é muito bom, que deixa os bebês saudáveis, que eles crescem saudáveis também, forte, não deixa assim ficar doentinho (Bia).

Como eu sou da Bahia aí lá me deram um caderninho que era várias folhas e nessas folhas tinha bastante desenho da amamentação, já no daqui (Ribeirão Preto) não teve ... eu acho que deveria ter (Bia).

Eu li bastante quando eu estava grávida sobre algumas coisas, não só sobre amamentação, mas como cuidar, de cólica, de vestir, que você tem que ser rápida, coisas assim eu li bastante sobre isso; como ser bons pais eu também li (Sandy).

Agora eu já sei amamentar e tem alguns folhetinhos que ela (enfermeira) me deu sobre amamentação que eu tenho em casa [...] que explica a maneira de amamentar, o tempo que o leite tem que ficar se eu tirar na geladeira, congelado... (Sandy).

Eu perguntei para a pediatra, para pessoas mais velhas, perguntei para a minha mãe que também já teve essa experiência; foi assim perguntando pras pessoas, tirando as minhas dúvidas... é importante tirar as dúvidas e perguntar pra várias pessoas, pra você ter certeza que é a mesma coisa que vão te falar (Mari).

A caderneta me ajudou em tudo... a caderneta da gestante (Dany).

Eu ouvia falar em campanhas também de como era importante amamentar. Na cidade que eu morava (Aparecida do Norte) eles faziam campanha incentivando, que eu conhecia muitas mães que não queriam amamentar, se recusavam, daí a criança acabava ficando doente, daí fazia muito mal pra criança... o posto mesmo da cidade fazia muita campanha incentivando dar “mamar” (Leleca).

Comecei vendo minha mãe amamentar, vendo propaganda, campanha do posto de saúde, que sem a amamentação é prejudicial pro bebê, [...] a doação de leite também é importante pra estar ajudando também (Leleca).

No cartão de vacina tem bastante coisa (Paty).

É importante. Eu não tenho essa, mas eu recebi uma no posto quando eu vim a primeira vez ensinando a maneira de segurar; eu tive essa daqui e ela me ensinou tudo que eu precisava, mas relendo a cartilha eu li tudo que ela tinha ensinado, tudo que eu já tinha aprendido; então de você não tem aquilo naquela hora, a cartilha é muito importante para você rever tudo aquilo; e você pode ensinar outra pessoa, porque assim que eu tive o bebê parece que todas as minha amigas tiveram filho, então todo mundo me ligava e me perguntava, tal coisa é assim; foi então que eu fui passando, que eu nem tenho essa cartilha eu acho que está com a minha última amiga que teve bebê agora, que o bebê dela vai fazer dois meses; e ela já veio aqui, eu já trouxe ela aqui, porque ela não teve nenhum dos problemas que eu tive, o peito não empedrou, ela foi superbem, ela fez cesariana mas ela foi superbem para amamentar, aí eu só trouxe ela aqui no dia para conversar mesmo com a doutora pra se ela tivesse alguma dúvida perguntar, só que ela já tinha lido a cartilha e ela falou que já tinha lido tudo; porque tudo que tem ali é o que elas ensinam; então eu acho que é muito importante, eu passei para umas três amigas que tiveram filho depois de mim, uma cartilha que eu ganhei aqui e é muito boa mesmo; eu não lembro, porque faz mais de ano que eu vim, mas é muito boa; mostra a realidade mesmo (Grupo focal).

A fotografia a seguir expressa a importância que as participantes do estudo atribuíram aos materiais de orientação obtidos nos serviços de saúde, o que demonstra a necessidade de informações oficiais e também revela a falta ou insuficiência de informações recebidas junto aos profissionais de saúde.

Figura 18 – Fotografia produzida pela participante Bia

Fonte: participante Bia

Discurso referente à figura 18: *Nessa foto está o cartão do pré-natal, dois cartões de pré-natal: um daqui e um da Bahia... aí tem a fotinha assim... dando mamar e tem um que tem o momento da amamentação... Eu achei muito importante também; aí coloquei aqui o cartãozinho do berçário dela que achei importante também... gostei muito, assim, de amamentar, por que eu comecei a amamentar ela, eu tava com 16 anos [...] Ah, eu amei muito... eu tô amamentando a (bebê), tô gostando muito. Nessa foto está o cartão da vacina também... (Bia).*

Os materiais de orientação contemporâneos reproduzem, geralmente, um modelo desenvolvimentista da comunicação, em que a informação deve ser transmitida por meio de um processo linear, verticalizado e unidirecional (ARAÚJO, 2004), e continuam pautados, essencialmente, em uma perspectiva instrumental da função da mulher-mãe na sociedade (KALIL; COSTA, 2012).

As mesmas autoras realizaram um estudo acerca dos discursos expressos nos materiais de orientação sobre aleitamento materno desenvolvidos pelo Ministério da Saúde do Brasil e observaram que, na contemporaneidade, os materiais elaborados com a intenção de fornecer informações acerca da amamentação têm-se apresentado, em sua maioria, “pouco polifônicos”. Possuem certas lacunas importantes sobre a amamentação, em geral, estão baseados em uma concepção biologicista, favorecendo o discurso tradicional da medicina, como afirma o próprio Ministério da Saúde do Brasil no Caderno do Tutor da Rede Amamenta Brasil:

Para superar o paradigma atual, ancorado na medicina higienista, com as reduções que daí advém, é indispensável que se construa um novo olhar, que não se contente com o estabelecido, extrapolando a maneira hegemônica de ensinar e aprender o AM, que valoriza o conhecimento científico em detrimento de tantos outros como o histórico, o social, o cultural, o econômico e o vivencial (BRASIL, 2009b, p. 12).

Decorrido um século após a empreitada higienista nacional, Kalil e Costa (2012) observaram que esses discursos continuam naturalizando a amamentação, considerando-a como um processo e um comportamento unicamente biológicos.

É preciso repensar a forma de elaboração dos materiais comunicacionais para a mulher-mãe, apresentando novas construções discursivas que considerem os sujeitos para os quais eles se dirigem e suas próprias vozes. O indivíduo que recebe o discurso institucional não deve ser visto como consumidor passivo da orientação oficial, mas como interlocutor ou “coprodutor de sentidos” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 58), sentidos que se formam a partir do processo necessariamente

dialógico que é a comunicação (KALIL; COSTA, 2012).

Sendo assim, Fonseca et al. (2011) salientam a importância de que não seja somente entregue o material de orientação impresso, mas que a comunicação entre profissionais de saúde, especialmente entre enfermeiros e a família seja eficiente, com trocas de experiências entre familiares, nos quais as participantes, no caso as mães adolescentes, sejam ativas no processo de construção de seus conhecimentos em amamentação. Logo, esta iniciativa deve estar inserida em um contexto maior de educação em saúde, possibilitando um *continuum* na promoção e incentivo ao aleitamento materno para a obtenção de resultados na saúde de mães adolescentes e suas crianças.

Os mesmos autores acreditam que é primordial a participação crítica ativa na construção de materiais educacionais. Isto converge com a concepção de que o indivíduo é um ser social, sujeito de suas ações, uma vez que possui anseios, necessidades e esperanças, seu modo particular de aceitar as inovações e estabelecer relação com seus semelhantes. Assim, o profissional de saúde deve sempre se remeter à construção de materiais educacionais que integram o ser, o pensar, o fazer (ERDMANN et al., 2006) adolescente, mobilizando ações de apoio contínuo à nutriz adolescente.

Às vezes se eu tenho alguma curiosidade eu procuro na internet e leio mais ou menos alguma coisa pra eu ter uma noção. Eu entro no “Google” pesquiso mais ou menos o que eu estou procurando, leio a respeito, umas duas três coisas sobre amamentação pra ver a diferença e opinião (Sandy).

Porque tem muita coisa que a gente pesquisa na internet e ajuda a gente (Paty).

Minha mãe; ela falou que viu na internet e falou para eu fazer e melhorou (Bela).

Santos et al. (2016) afirmam que quando as adolescentes apontam que utilizam a internet como recurso para obter informação acerca da amamentação, destaca-se que esse pode ser um meio de comunicação positivo nesse aspecto. Segundo Harvey et al. (2007), o surgimento dessa tecnologia tem motivado o aumento expressivo do número de sites dedicados a fornecer conselhos de saúde e informação para os adolescentes. Aliados à tecnologia, os familiares, amigos e profissionais de saúde são fundamentais e são fontes de apoio diário e da atenção

qualificada, durante o período gravídico-puerperal.

6.2.3.3 Crenças, cultura e tradições prevalecem

A cultura para Vigotski é produto das leis históricas estabelecidas pelas situações objetivas da vida humana e, conseqüentemente, o homem nesse entendimento produz cultura, mas também é fruto das relações sociais que são processadas internamente por ele e que se expressam por meio das funções psíquicas (MARTINS; RABATINI, 2011).

Geertz (1989) afirma que a cultura expõe os nossos pensamentos, valores, atos e até mesmo as nossas emoções. As pessoas são conduzidas por uma construção de produtos culturais e ao mesmo tempo são muito variáveis, expostas a múltiplas influências que se expressam através de símbolos e se constituem a partir de concepções e conceitos, na busca de significados. Neste sentido, Rocci e Fernandes (2014) consideram que a valorização dos significados construídos na vivência das mulheres, relativas à amamentação, pode desvelar as suas reais necessidades e se constituir em um importante caminho para a compreensão deste evento. Este olhar para os saberes e práticas das mulheres propicia a descentralização do foco clínico/biológico, que apresenta explicações fisiológicas e patologizantes, e favorece a fala, os significados nos sentimentos e emoções das mulheres, em torno das experiências vividas (WILHELM et al., 2015).

Ao aderir à amamentação, a mulher expõe mais do que sua decisão, ela demonstra sua cultura, o contexto histórico vivido, suas motivações, vivências e saberes, as ponderações relacionadas com suas experiências anteriores e com as vivências de familiares e pessoas próximas. Logo, desvela as influências dos meios de comunicação, os conhecimentos científicos de cada época, entre outros (JUNGES, et al., 2010; MARQUES et al., 2010).

De acordo com estudo de Santos et al. (2016), as adolescentes investigadas afirmaram que o ato de amamentar é necessário, contudo, existem mitos e crenças nitidamente vinculados à amamentação que podem influenciar negativamente essa prática.

Entendemos por crença, o ato de crer; opinião adotada de fé e convicção. Fé é sinônimo de “confiança”. Mitos significam acontecimentos imaginários; exagerados pela imaginação popular, pela tradição. Tradição, quer dizer

“transmissão oral de lendas, ritos, fatos, de geração em geração. Prática resultante de transmissão oral ou de hábitos inveterados”. Logo, os mitos são lendas ou histórias baseadas em tradições que assim como as crenças podem interferir favoravelmente ou não à saúde, já que não têm fundamentação científica (MATTOS, 2011).

Uma participante do estudo verbalizou crença no mito do leite fraco ou insuficiente para alimentar o bebê, o que levou ao desmame.

*Porque o leite não estava sustentando ela. Eu acho que foi ralo, porque no primeiro dia ela mamava e dormia sossegada; depois ela mamava e chorava; depois eu pensei que era o leite que dava isso nela (Susi).
Porque ela começou a perder peso e chorava à noite e não mamava... chorava de fome, aí eu peguei e coloquei na mamadeira pra ela. Eu falei com a médica dela e ela falou pra dar o leite (artificial) pra ver se era fome e foi dar o leite ela parou de chorar à noite, aí eu comecei a dar leite só pra ela; tirei o peito (Susi).*

Aí a minha mãe sempre fala, pra ela ele tá sempre com fome ele nem tá com fome, ele acabou de mamar, mamou meia hora mais ou menos e ela ainda acha que ele tá com fome; aí ela fala que o leite não tá sustentando, que ela acha que tem dar outro leite... então isso já me deixa mais nervosa; porque pra mim tá, é suficiente... aí eu falo: “não mãe, calma, é normal”; porque também já faz muito tempo, já faz quase vinte anos, não sei se ela não se lembra mais; então eu falo pra ela: “tem que ter calma, paciência” e eu já fico rezando pra elas irem embora logo (Sandy).

*Só que ele (pediatra) falou: “seu colostro não tá bom pra ele mamar tá muito grosso, não tá saindo direito, não vai sustentar ele porque ele só vai mamar peito não vai sustentar ele”; aí eles deram uma vacina em mim pra descer o leite, só que não desceu... o colostro estava do mesmo jeito, aí eles deram outra vacina pra secar de uma vez, aí secou e eu comecei a dar o (nome do leite de fórmula) mesmo (Paty).
Eu acho que o meu leite não era fraco, porque eu já perguntei pra várias pessoas e eles falam que colostro é o que sai porque o neném tem que mamar pra sair o leite e ele falou que normalmente no começo é grosso mesmo, depois que vai ficando um leite ralo, mas no começo é grosso, aí eu acho que eles mandaram secar à toa, deram vacina pra secar à toa porque não podia; que não precisava de nada disso, que podia esperar um pouco pra sair ou ele conseguisse mamar, mas eles não quiseram tentar só tentou uma vez aí depois não quis mais (Paty).*

Chamou-nos a atenção o fato de que, segundo uma das participantes do estudo, um profissional de saúde transmitiu a informação acerca do mito do leite fraco.

A percepção de leite insuficiente foi um aspecto fortemente verbalizado pelas mães adolescentes que participaram do estudo de Clapis, Fabbro e Beretta (2013).

No sistema de interações entre as pessoas, a saúde dos sujeitos é estreitamente ligada às crenças, valores, tradições e relações da rede de apoio social, uma vez que estes têm o poder de influenciar no modo como os sujeitos percebem e vivenciam o processo de amamentação, interferindo, também, nas necessidades de cuidados e na forma como as famílias cuidam de seus membros (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015a).

O conhecimento deficiente e a falta de informação podem levar a mãe adolescente a acreditar em mitos e em crendices populares relativas à amamentação, como, por exemplo, a de que o leite materno é fraco, não sacia a sede ou é pouco para atender às necessidades da criança. Devido ao sentimento de insegurança e à desconfiança quanto ao real valor nutricional do leite materno, a mãe adolescente é levada a oferecer outros leites artificiais antes do período recomendado, atitude esta que afeta diretamente o aleitamento materno, podendo ter como principal consequência o desmame precoce (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Por se configurar em um processo cultural, a amamentação pode ser cercada por mitos e crenças transmitidos dentro do contexto histórico familiar. Associado a isso, quando a amamentação é vivenciada durante uma etapa específica do ciclo vital como, por exemplo, a adolescência, pode assumir diferentes contrastes para a mãe adolescente que pode necessitar de atenção diferenciada e estruturada do profissional de saúde (CAMAROTTI et al., 2011).

As participantes do estudo, por meio de suas falas, revelaram a presença do mito de as mamas caírem com a amamentação.

Eu já ouvi falar que dar o peito, cai os peitos; mas eu acho que isso é mentira porque o meu continua do mesmo jeito (Susi).

*Eu já tinha falado bem antes para a minha mãe que eu não queria (amamentar) porque eu tinha medo do meu peito cair e também eu pensava em ir para a escola; aí ela pegou e falou “você tem que dar mamar, se ele tiver doença vai ser bom para ele”; aí no começo eu dei e ela combinou comigo de comprar o leite para eu dar e ela não comprou e foi só do meu peito; depois eu gostei de dar mamar também... (Bela).
Eu nem tinha peito e mesmo assim eu tinha medo de cair, mas não fez nada não, está normal (Bela).*

Alves (2003) identificou, na fala das mães, que a preocupação com a estética das mamas foi relacionada com o conhecimento adquirido no cotidiano, tais como: aleitar deixa o seio flácido, ou quanto maior tempo de amamentação, mais o seio cai. Nesse mesmo estudo, constatou-se também que esses aspectos influenciaram no sucesso da amamentação.

Os mitos e crenças evidenciam a insegurança da mulher diante de questões do cotidiano materno, durante a amamentação. Assim, essas significações muitas vezes justificam a introdução precoce de outros alimentos, a oferta de chupeta e mamadeira, ou mesmo o desmame (MARQUES; COTTA; PRIORI, 2011).

As participantes do estudo que foram pesquisadas revelaram aspectos desfavoráveis de suas vivências com a utilização da mamadeira e ainda concepções prévias sobre a mesma.

Poderia ter amamentado ela mais tempo, ter evitado dar mamadeira pra ela, talvez ela não tivesse esse problema (alergia) que ela tem agora (Leleca).

É, porque eu já pensei em dar mamadeira; se continuar assim eu não vou aguentar não; porque dói muito ficar tirando leite assim... porque o peito enche muito e ela fica com dificuldade para mamar e eu fico com dó, tenho que dar mamadeira logo. Não sei, eu acho que ela pegou errado... é quando está muito cheio eu tiro e fico com dó de jogar fora o leite; eu pego e dou para ela na chuquinha (Mel).

Ela mamou até sete meses e parou porque eu comecei a dar mamadeira e depois ela rejeitou o peito; e ela não quis mais mamar no peito, porque a mamadeira ela não faz muita força para sugar; no peito ela fazia; foi depois disso que ela deixou de mamar no peito. Eu via que ela estava mamando bem na mamadeira, mais do que no peito (Susi).

Eu acho que é a mamadeira, porque a minha filha foi a mamadeira que atrapalhou ela a mamar; quando eu dei a madeira ela não quis mais pegar o peito, então eu acho que para mim foi a mamadeira que atrapalhou ela a pegar o peito; porque eu acho que a mamadeira é mais fácil para ela do que o peito, porque o peito ela tem que sugar mais, e mamadeira não (Susi).

A doutora falou para mim que se der mamadeira saí do peito, e eu ia falar para ela que é isso que eu quero... porque eu quero tirar ele do peito (Nina).

Uma das participantes do estudo registrou a imagem a seguir, ilustrando a oferta de leite artificial na mamadeira ao filho, recém-nascido.

Figura 19 – Fotografia produzida pela participante Paty

Fonte: participante Paty

Discurso referente à figura 19: *Ele mamando na mamadeira; eu não queria que tivesse acontecido isso porque ele estava ainda com quatro dias de vida, muito novo, mas eu tive que dar mamadeira porque era a última solução que tinha pra ele se alimentar; e eu não queria, mas tive que fazer isso (Paty).*

Como foi relatado pela mãe adolescente, a oferta de leite através da mamadeira apresentou relação direta com a rejeição da criança ao peito, assim como no estudo de Souza et al. (2016). Para os autores, a atitude de fazer a retirada manual e evitar a oferta da mamadeira irá estimular a produção de leite, beneficiando a criança, adiando a oferta de outros alimentos e mantendo por mais tempo o aleitamento materno exclusivo.

Segundo Silva et al. (2008), a introdução de bicos artificiais é muito comum devido aos costumes que foram transmitidos através de gerações, pois na concepção das mães se constitui em um calmante para a criança. Também, oferece à mãe uma alternativa para confortar e acalmar o filho em momentos de agitação, ou quando ela não pode atendê-lo direta e continuamente.

Eu deveria ter dado mamadeira no começo para ele, iria me ajudar muito. Eu falo que as meninas que tiveram filhos, assim como que eu nova, deveriam dar mamadeira porque ajuda quando for para a escola... deixar ele com a avó e sair, ir para a escola, trabalhar (Bela).

Facilita bastante porque tá chorando é dar a chupeta e acaba. Mamadeira ajuda porque você pode adoecer e a pessoa que vai ficar com seu filho tem a mamadeira, você deixa o leite na mamadeira e pode sair de boa que seu filho está com a mamadeira cheia, é menos uma preocupação (Grupo focal).

Conforme os relatos, a mamadeira se constituiu em elemento que ocasiona sensação de liberdade, levando à independência do bebê em relação à mãe (CAFER, 2016).

As informações, durante o pré-natal, são fundamentais e devem abordar alguns aspectos, tais como: cultura familiar; aconselhamento no processo de amamentação desmistificando crenças e mitos; ações educativas; efeitos deletérios do uso de mamadeiras, chupetas e outros hábitos orais; posicionamento e pega. Para que as mulheres cheguem ao pós-parto informadas sobre o manejo da amamentação e que o período do aleitamento seja prazeroso e satisfatório para o binômio mãe-filho (AZEVEDO et al., 2010).

Algumas crenças estão firmadas em nossa cultura e são perpetuadas, já que os conhecimentos e experiências vivenciados na criação de seus próprios filhos são socializados pelas mães, avós e bisavós, os quais, muitas vezes, são repletos de mitos, crenças, valores e tabus enraizados e culturalmente admitidos no contexto de vida delas, acarretando, assim, a continuidade, ou não, dessa prática (OLIVEIRA et al., 2012). E cabe ao profissional de saúde considerar esses valores culturais e aliar o saber científico ao popular, a fim de promover a amamentação sem gerar um choque cultural e descrença no seu profissionalismo. O profissional de saúde deve ser receptivo às crenças e aos mitos que envolvem a amamentação, respeitando-os sem exercer uma posição autoritária, para que instigue, por meio do diálogo, modificações das atitudes errôneas (FROTA et al., 2009). O profissional de saúde, segundo Junges et al. (2010), aparece como indivíduo facilitador e motivador para a manutenção do aleitamento materno.

De acordo com o MS, os profissionais de saúde, em sua formação, adquirem certos conhecimentos sobre amamentação. Por outro lado, têm conhecimentos provenientes do senso comum e de suas experiências pessoais. É importante a valorização desses diferentes conhecimentos, propiciando um elo de complementaridade entre o saber científico e o saber popular (BRASIL, 2011).

Percebemos o conhecimento popular revelado nos discursos das

participantes do estudo.

Aí eles mandaram passar pomada; aí mandaram passar manteiga, diziam que era bom. Foi a minha mãe; aí eu comecei a passar e não doía tanto. Foi bom, nesse período foi bom para amamentar. Não sarou mas não doía tanto, acho que porque amolecia e não doía tanto (Susi).

Falaram que eu tenho que comer muito; tomar muito café com leite; leite; tudo que tem leite, pra poder ter leite, mas mesmo assim eu tenho medo (de secar o leite) (Dany).

Sempre falaram para passar um creme ou quando você vê que ele tá duro, com muito leite, passar um pente debaixo da água para não empedrar. Isso as pessoas antigas falam... Eu fiz isso uma vez e acho que resolveu. Em vez de endurecer mais, ele começou a soltar o leite. Quem falou isso foi uma amiga da minha mãe (Juju).

Esses discursos fortalecem a perspectiva histórico-cultural da amamentação, no qual suas ações são guiadas pela vivência da mãe-nutriz-adolescente em sociedade, apropriando-se da cultura em que está inserida (ALMEIDA; NOVAK, 2004; MARQUES et al., 2010; PESSOA; COSTA, 2014).

Assim, a rede de apoio social pode favorecer a prática do aleitamento materno, por meio do incentivo e apoio à amamentação, transmissão de conhecimentos e valores culturais, orientação quanto aos benefícios da amamentação, cuidados com a criança e escuta ativa de suas demandas. Assim como pode prejudicar a mesma pela falta de interesse e de estímulo à lactação e pela pressão à mãe-nutriz-adolescente em relação à forma de alimentação de seu filho (GRASSLEY; 2010, JUNGES et al., 2010; MÜLLER; SILVA, 2009).

Ceron et al. (2012) reforçam que o aleitamento não é uma prática meramente instintiva, mas um comportamento propagado de geração para geração, a família atua transmitindo conhecimentos conforme sua história e experiências de vida. Pensando nisso, é muito importante a interferência do profissional de saúde, a fim de desmistificar e esclarecer conceitos errôneos, tendo em vista que a evolução da amamentação não ocorre de forma isolada, mas com a realização de mudanças socioculturais. As atitudes e comportamentos maternos recebem influência por parte de familiares, redes sociais e profissionais, e suas implicações podem prolongar-se durante toda a amamentação.

A cultura familiar influencia o processo de amamentação. Tal fato deve ser apreendido pelo profissional de saúde, de modo que possa, no seu processo de

cuidar, saber compreender as crenças, valores e normas expressos tanto pela mulher-avó, como pela puérpera, compartilhando seu conhecimento científico nesse sistema relacional humano, sem, no entanto, impô-lo, para o somatório de saberes, a fim de construir-desconstruir-reconstruir significados acerca da prática da amamentação, respeitando a família (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

De acordo com as formulações da Psicologia sócio-histórica, o indivíduo se apropria da produção histórica da sociedade em sua atividade, nas relações com a realidade social e com os outros homens, podendo transformar esta história e esta realidade (OZELLA, 2003).

O grande desafio é a equipe de saúde estabelecer um vínculo com a mãe adolescente, sua família e essa rede de apoio que se constitui, e manter um canal de confiança para que se estabeleça um relacionamento terapêutico que a auxilie no cuidado ao filho e, conseqüentemente, na amamentação (TOMELERI; MARCON, 2009).

Reis et al. (2012) apontam que o pré-natal se caracteriza como um período propício para conhecer as experiências das mães adolescentes, seus mitos, suas crenças, seus medos e preocupações e suas fantasias relacionadas com o aleitamento materno, assim como dialogar com as mulheres a respeito de seus propósitos relativos à alimentação da criança.

As participantes do estudo apresentaram suas pretensões em relação à amamentação de seus filhos.

Pretendo amamentar até os 10 meses ou até um ano, porque tem muita gente que fala que o certo é até um ano. Tem gente que fala para amamentar até os dois anos, mas aí é demais né... Eu acho que depois que eles começam a comer eles mamam menos também (Juju).

Eu espero amamentar ela... eu espero não, eu vou amamentar até os dois anos, até quando os dentes dela nascerem porque me disseram que quando nasce os dentes amamentando não sente muita dor, não chora, não fica doente (Dany).

Amamentar até uns dois três anos, eu acho que faria bem pra ela (Leleca).

Se dependesse de mim eu ia amamentar ela até um a dois anos; só que não teve como eu amamentar ela até essa idade, porque veio logo a outra (bebê) (Bia).

Se eu tivesse dado peito eu iria dar só até seis meses mesmo; é uma coisa que iria fazer bem pra mim e pra ele; porque eu conheço uma pessoa que a filha dela tem três anos e mama no peito até hoje, então eu queria dar até o tempo bom mesmo que o povo fala... (Paty).

Tem mãe que prefere dar, eu não ia preferir porque depois de seis meses eu ia querer colocar ele na creche porque seis meses já pode; porque se a gente der mais tempo mais difícil vai ser de tirar, aí eu ia preferir ir tirando aos poucos, dando mamadeira, porque ele consegue ir pra creche, [...] porque eu ia conseguir trabalhar mais, arrumar um serviço (Paty).

Eu acho que tem gente que dá até quando quiser, mas o certo mesmo é até os seis meses/um ano, porque depois de um ano já tá comendo, andando... vai ficar mamando no peito? (Paty).

Porque o leite materno, dizem que é o melhor leite que tem para criança; eu fiquei preocupada porque eu queria que ela mamasse até os dois aninhos (Susi).

Se ele não sair do meu peito antes, até um ou dois anos (Bela).

Se ela pegar direito e sarar, até seis meses; mas se completar um mês e meu peito não sarar eu vou dar mamadeira porque eu não aguento, dói muito (Mel).

Eu quero dar uma parada por enquanto, lá pros quatro ou cinco meses (Nina).

Porque é um momento que eu gosto de amamentar, apesar das coisas que eu já passei, eu gosto de amamentar os meus filhos; até chegar o tempo deles, que eles escolhem (Mari).

Porque eu sei que ele depende de mim e se eu paro de amamentar ele o que vai ser dele? Porque ele ainda é pequenininho, apesar de que agora ele começou a comer, só que mesmo assim, se eu não amamento quem vai amamentar? Quem vai dar o leite materno? Eu sei que leite materno é muito importante pra ele (Mari).

Eu pretendo até agora o fim do ano, até eu ver que ele já está comendo de tudo, e ele já está comendo sozinho, ele já está largando do peito sozinho, então eu acho eu até o fim do ano, que ele já está andando, eu acho que ele vai sair um pouco do peito (Mari).

Até quando ele quiser parar... até uns três anos (Mila).

As pretensões, mencionadas pelas mães adolescentes, em amamentar implicam em dizer que elas consideram o valor da amamentação para a saúde da criança, assim como no estudo de Henry et al. (2010).

A duração da amamentação é individualizada, isto é, uma escolha de

cada mulher. Portanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para esclarecê-las quanto aos mitos, crendices populares, benefícios desse ato para a mãe e a criança, e ainda buscar propor acordos, tendo em vista a manutenção da amamentação, contudo respeitando suas decisões (SPINDOLA et al., 2014).

Os mesmos autores afirmam que o empoderamento gerado pela gravidez e a amamentação, ou seja, o fato de a mulher sentir-se dona de seu corpo faz com que decida ser protagonista de sua história.

A partir da análise das fotografias e dos discursos individuais e do grupo das mães adolescentes, pudemos interpretar que a amamentação é uma prática aprendida por elas, e esse aprendizado envolve as pessoas de seu contexto familiar e social, cotidianamente.

Olhar para os cenários em que a mãe adolescente constrói seus saberes e conhecimentos em amamentação permite uma ampliação da visão sobre tal fenômeno: uma condição basal que é a predominância do entendimento biológico do ato de amamentar e, portanto, a contraponto, a urgente/evidente necessidade de mudança de paradigma, para que haja transformações reais e favorecimento do aleitamento materno, beneficiando a dupla mãe-filho, sua família e sociedade.

6.3 A experiência das mães adolescentes com a participação nesta pesquisa

As mães adolescentes verbalizaram como foi participar deste estudo.

Foi um desabafo que estava engasgado e eu falei; porque eu não falei isso pra ninguém... só pra você. Estava entalado e tinha que falar pra alguém... na verdade nem parece que você é enfermeira, parece uma conselheira porque você me deu muita atenção, tem umas que só fala oi e tchau e você conversa, dá mais atenção (Dany).

Ajuda porque pode ter/ser uma amiga e uma enfermeira ao mesmo tempo, porque se eu tiver alguma coisa entalada, alguma coisa para desabafar, eu vou poder desabafar... aí isso ajudava, não ser uma enfermeira naquele momento, ser uma amiga; aí melhorava sim (Dany).

Gostei eu achei bastante interessante é bom isso porque você vai escrever um livro agora, então quem vai ler já vai ver que pode acontecer já aconteceu com outras pessoas pra não ficar com tanto medo, pra quem ainda não teve filho pode ser que leia e já tenha mais ou menos uma base também; eu li bastante quando eu estava grávida sobre algumas coisas,

não só sobre amamentação, mas como cuidar, de cólica, de vestir, que você tem que ser rápida, coisas assim eu li bastante sobre isso; como ser bons pais eu também li; então um livro que fale mais sobre amamentação é muito importante porque eu não li nada a respeito então eu não tenho muita base nisso; eu li sobre vários outros assuntos, mas não desse e é coisa muito necessária; então eu acho que assim pra quem vai ler da pesquisa vai ser realmente importante; eu gostei bastante de ter feito, então eu achei bem interessante (Sandy).

Foi muito bom pra mim, porque eu pude ajudar falando da minha vida, falando de como foi amamentar, foi muito bom pra mim colaborar... foi legal (Leleca).

Eu gostei, foi muito bom e é uma coisa que você está ajudando as grávidas a compartilhar momentos que foram difíceis e depois vai ficar bom o livro porque você tem uma cabeça boa, porque tem gente que não liga para as adolescentes-mães e que Deus ajude e que dê tudo certo; porque vai ficar bom o seu livro (Paty).

Eu acho que foi bom. Abrir um pouco o que aconteceu com a minha vida e da (filha); foi bom para mim (Susi).

Foi legal; um desabafo. É importante falar porque a gente fica segurando tudo aqui dentro e conversar é bom (Bela).

Foi bom, sempre é bom contar um pouco os problemas e dificuldades (Mel).

Foi bom, eu gostei das perguntas (Nina).

Eu gostei, contei um pouco da minha história; um pouco as pessoas vão saber da minha história, então é uma coisa que eu gosto, de abrir com uma pessoa próxima pra saber o que eu já passei e também o que pode ter acontecido pra não passar o que eu passei, é importante um conselho pra que a próxima mãe não passe o que eu passei, pra que cuide pra ser bem melhor do que eu passei (Mari).

A realização deste estudo proporcionou um espaço para as mães adolescentes verbalizarem e refletirem acerca de aspectos que facilitam e que dificultam a amamentação a partir de sua vivência. Nesse sentido, as falas das mães que participaram deste estudo demonstram a necessidade de proporcionar espaços para a adolescente poder expressar sua história de vida e de pessoas que se aproximem de seu contexto de vida.

A utilização do método *photovoice*, neste estudo, assim como no estudo de Dlamini (2005) demonstrou que métodos inovadores de participação de adolescentes permitem uma melhor compreensão sobre a vida deles, a partir do conhecimento e suas perspectivas e habilidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer a vivência em aleitamento materno de um grupo de mães adolescentes e interpretar os aspectos facilitadores e dificultadores dessa vivência sob a perspectiva sócio-histórica.

Os resultados revelaram que a amamentação é apreendida e vivenciada pelas mães adolescentes, considerando-se aspectos singulares e plurais de sua história de vida, tendo em vista a interdependência desses aspectos, ou seja, a mãe adolescente demonstra sua história, suas facilidades e dificuldades em aleitamento materno a partir do significado que atribui às suas relações/interações e aos saberes e práticas adquiridos em seu contexto social, de forma articulada. Podemos considerar que dentro desse contexto emanado estão os aspectos que facilitam e que dificultam a amamentação adolescente.

O processo envolvendo o registro de fotografias revelou a vivência em amamentação das mães adolescentes e com isso pudemos nos aproximar mais de suas necessidades e singularidades que perpassam a complexidade da amamentação, possibilitando uma apreensão ainda mais ampliada do contexto de vida da mãe adolescente em relação às facilidades e dificuldades ao amamentar. Assim, consideramos que o método *photovoice* pode ser utilizado como um meio para a aproximação dos profissionais de saúde com as circunstâncias de vida das mães adolescentes, a fim de conhecer o que elas julgam importante, buscando atuar de maneira significativa na promoção e no apoio à amamentação. A sugestão é de que os profissionais incorporem a utilização de imagens da realidade das adolescentes de sua localidade na aproximação e na interatividade com essas jovens e que busquem inserir em seu trabalho aspectos reais da vida da adolescente por meio de dispositivos interativos.

Algumas barreiras foram encontradas na implementação do método, tais como o recrutamento para a pesquisa e a dificuldade em reunir as mães adolescentes para o grupo focal. Estas barreiras foram transpostas à medida que ampliamos a coleta de dados para outra localidade e flexibilizamos data e horário para a próxima reunião, ou seja, nos adequamos às suas disponibilidades.

Adicionalmente, a aproximação das pesquisadoras no domicílio das participantes possibilitou a apreensão do contexto de vida da mãe adolescente e de sua família, o conhecimento de suas práticas e crenças e a observação das condições ambientais e de habitação, além de proporcionar maior vínculo entre

pesquisadoras e participante. O aplicativo WhatsApp facilitou operacionalmente e economicamente o desenvolvimento da pesquisa.

A partir das fotografias e das reflexões dos discursos produzidos pelas mães adolescentes, pudemos perceber que a adolescente constrói sua história em amamentação desde a gravidez, tendo em vista as mudanças que ocorrem nessa etapa da vida e as influências de seu contexto familiar e social que foi permeado por conflitos em aceitar a gravidez adolescente.

Apreendemos que a adolescente pode receber apoio ou não de sua rede familiar e social para amamentar. A prática de amamentação da mãe adolescente foi fortemente influenciada por seu meio familiar, sendo representada principalmente por sua mãe que influenciou a iniciação e manutenção da amamentação, por meio do auxílio, experiências e informações em aleitamento materno, seguida do pai do bebê que demonstrou ser um importante aliado no processo de amamentação, à medida que colocava o bebê para arrotar e ficava com o filho para a adolescente se cuidar e descansar. Assim, apreendemos que essas se constituíram em necessidades importantes que foram satisfeitas principalmente por seu meio familiar, quando presente. Por outro lado, a falta ou insuficiência de apoio familiar e social no cotidiano de cuidados ao filho, por parte do pai do bebê e dos profissionais de saúde, se constituiu em fator dificultador da amamentação. Outros familiares, vizinhos, amigos e parentes da mãe adolescente também interferiram.

Os profissionais de saúde mencionados pelas mães adolescentes foram o médico (ginecologista e pediatra), o enfermeiro e o fisioterapeuta, ora como apoiadores, ora como desestimuladores da amamentação. As mães também apontaram que a ajuda para amamentar não ocorreu de forma oportuna nos serviços de saúde e relataram a descontinuidade na atenção. Portanto, um aspecto apontado como dificultador da amamentação pelas mães adolescentes foi a ausência de rede acolhedora que forneça apoio familiar e social contínuo.

O apoio familiar, social e dos profissionais de saúde, durante o período de amamentação, foi percebido como condição fundamental na vida da mãe adolescente, podendo favorecer ou desestimular a adesão e manutenção dessa prática. Ao optar por amamentar, a mãe adolescente está expressando não somente sua decisão, mas também seu contexto cultural, de vida e de saúde, suas aspirações, motivações, conhecimentos e reflexões de experiências vividas. Assim, consideramos que o meio é muito importante para o aprendizado em aleitamento

materno. Torna-se imprescindível analisar as relações entre o meio e as particularidades da mãe adolescente, sendo necessário considerar como ela vivencia o meio, onde estão suas fortalezas e suas fragilidades.

As mães adolescentes também mencionaram os meios importantes para a atuação de profissionais da saúde na promoção, incentivo e apoio à amamentação: implantação de grupos de gestantes e de mães; orientações individuais no pré-natal e no puerpério e divulgação de informações impressas, aliadas ao aconselhamento. Conhecer e se aproximar das dinâmicas familiares no contexto de vida da mãe adolescente, por meio de atitude/comportamento de escuta e interesse real em proporcionar uma vivência plena em amamentação, pode colaborar para a promoção do aleitamento materno e redução do desmame. Portanto, é imprescindível que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, conheça a rede de apoio familiar e social em que a gestante adolescente está inserida.

A busca pelas relações evidencia as singularidades das mães adolescentes deste estudo. Obtivemos evidências científicas de que as mães adolescentes pesquisadas se sentiam sozinhas/ desamparadas e até abandonadas após a descoberta da gravidez e o nascimento de seu filho e que vivenciaram dificuldades para cuidar do filho, de si e amamentar. A partir da ótica da mãe adolescente, foi possível constatar que ela buscou pessoas tais como: as amigas, o pai do bebê e/ou companheiro, o pediatra, o enfermeiro e os membros da família, porém não obteve o apoio esperado.

Além de se sentirem sozinhas, as adolescentes chamaram a atenção para as mudanças que ocorreram em suas vidas com a maternidade. Com o nascimento do filho passaram a ter de assumir diversas responsabilidades, como os afazeres domésticos e os cuidados com o filho, ressaltando a dificuldade em conciliá-los com a amamentação. Nesse contexto, o aleitamento materno aparece nitidamente associado a uma perda ou mudança em suas vidas, pois precisaram abandonar seus estudos para amamentar, tiveram dificuldade em conciliar a amamentação com trabalho fora do lar e optaram pela saída do trabalho como consequência da maternidade.

Outra mudança vivenciada pela mãe adolescente foi relativa à necessidade de lazer e ao fato de renunciar às suas vontades em função do cuidado e alimentação do filho. A amamentação influenciou na necessidade de sono e

repouso, deixando-as cansadas. Por outro lado, alguns fatores singulares que viveram facilitaram a amamentação como o atendimento à necessidade de conforto e higiene, fatores psicológicos como a calma, paciência e a persistência em amamentar proporcionaram sucesso com o aleitamento materno.

É necessário fazermos uma reflexão sobre os espaços/oportunidades que essas adolescentes têm para expressarem suas histórias de vida, necessidades e compartilharem suas experiências, uma vez que ficou evidente o sentimento de desamparo vivenciado pelas mães adolescentes que, a partir da maternidade, se deparam com novas funções e acabam tendo de abrir mão de suas atividades e seus planos de vida.

A acolhida nos serviços de saúde deve ser empática e compreensiva para que as adolescentes se sintam valorizadas e tenham confiança nos profissionais de saúde, para que os espaços oferecidos sejam dialógicos/reflexivos, favoreçam a construção de vínculos e corresponsabilidades, permitindo transformações na realidade social da adolescente, considerando-as como sujeitos de suas ações em amamentação. Mais uma vez é importante considerar como a adolescente vivencia o meio e como este causa impacto em sua vivência em amamentação. Um aspecto essencial é a comunicação que é um meio de aproximação para estimular o aprendizado sobre amamentação.

As mães adolescentes revelaram que a amamentação é uma prática aprendida. Seus saberes e práticas em aleitamento materno são construídos por meio da observação de mulheres com quem elas conviviam e de experiências anteriores ou por informações de profissionais da saúde, que ora se constituíram em incentivo ora em desestímulo da prática da amamentação.

As mães aprenderam que amamentar se constitui em uma forma de efetuar o vínculo entre mãe e filho e que amamentar visivelmente contribui para o crescimento e desenvolvimento do filho. Assim, elas citaram, principalmente, os benefícios do aleitamento materno com foco na saúde do filho, revelando um conhecimento pautado na perspectiva biológica da amamentação.

Os fatores biológicos que vivenciam ou vivenciaram e que dificultam ou dificultaram a amamentação foram: presença de dores nas mamas, problemas de formação dos mamilos, mamas túrgidas, ingurgitamento mamário, traumas mamilares e sangramentos nos mamilos e apontaram a falta de conhecimento e/ou despreparo para lidar com questões relativas à amamentação e aos cuidados de seu

filho, o que pode levar ao desmame. Diante de tais problemas, as mães adolescentes tomaram condutas e informaram que obtiveram informações sobre aleitamento materno na internet e nos materiais de orientação obtidos nos serviços de saúde, o que demonstra a necessidade de informações oficiais e revela a falta ou insuficiência de informações recebidas junto aos profissionais de saúde.

Outros aspectos que interferiram de maneira desfavorável na amamentação das adolescentes foram crenças no mito do leite insuficiente e preocupação com a estética mamária. O conhecimento popular também foi evidente como passar manteiga nos seios para amolecer, passar um pente nas mamas embaixo da água para evitar o ingurgitamento mamário e tomar muito leite para poder ter leite. A utilização de mamadeira ora levou ao desmame ora ajudou a adolescente, levando à independência do bebê em relação a ela.

A mãe adolescente, nesse contexto social, absorve todos os valores, crenças e o modo de vida caracterizado pela cultura familiar na qual está inserida. Assim, diante dos achados desta pesquisa, enfatizamos a importância de que o enfermeiro, com competência e sensibilidade, se aproxime da adolescente e considere os saberes, experiências, mitos, crenças, tradições e pretensões futuras que envolvem a amamentação da adolescente e de sua rede familiar e social, com o intuito de ampliar e desafiar a construção de novos conhecimentos junto com elas, direcionando ações que estimulem o protagonismo das mulheres e permitam que se sintam preparadas para superarem problemas com a amamentação e viver plenamente a amamentação.

Nesse sentido, constatamos a necessidade de mudança no paradigma do apoio voltado para o aleitamento materno, pois é preciso que o profissional de saúde, considere o cotidiano da mãe adolescente, com as relações familiares, sociais, culturais e educacionais que permeiam o ambiente familiar. Trabalhar com a gestante e/ou mãe adolescente implica em nos libertarmos de uma construção social biologicista e oferecer condições favoráveis para a amamentação, entendendo as tantas oportunidades de transformação da realidade social e de vida que nos apresentam nos serviços de saúde.

Também pudemos evidenciar nossas necessidades de aprendizado constante, pois o aleitamento materno acontece de maneira dinâmica e diferente entre as famílias. Apesar de a amamentação ser vivenciada entre mãe e filho, é preciso considerá-la como um processo familiar e que muitos dos problemas vividos

pelas mães adolescentes podem ser evitados ou manejados.

Portanto, amamentar enquanto adolescente não nos parece ser um processo simples nem fácil, mas utilizar a comunicação para dar vez e voz às diversas faces que permeiam o contexto de vida individual, familiar e social dessas mães, por meio de uma atitude de escuta acolhedora, pode ser um aspecto-chave no sentido de uma construção de vínculo de confiança com a adolescente que pode propiciar o aumento dos índices de aleitamento materno.

Assim, cabe reflexão a nós, enfermeiros, sobre qual o nosso comprometimento com a saúde da adolescente que engravida, tendo em vista suas reais necessidades e o momento de vida que atravessam? Nossas intervenções profissionais estão realmente fazendo a diferença nos projetos de vida e na saúde da gestante e/ou mãe adolescente? Sob qual perspectiva estamos atuando quando provemos informações sobre o aleitamento materno às gestantes e/ou mães adolescentes?

Sugerimos um primeiro passo nesse sentido: após a descoberta da gravidez adolescente, a criação e o estabelecimento de “encontros virtuais” entre adolescente e profissional de saúde (enfermeiro), a fim de possibilitar maior abertura e um canal de escuta para estreitar as relações entre ambos.

Este estudo foi realizado com mães adolescentes de classe socioeconômica baixa. Sugerimos a realização de outro estudo com mães adolescentes de classes sociais mais favorecidas a fim de conhecer como vivenciam a amamentação.

REFERÊNCIAS⁵

⁵ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

AFONSO, V. W. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora, MG**. 2007. 349f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

AGUIAR, W. M. J. Reflexões a partir da psicologia sócio-histórica sobre a categoria “consciência”. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 110, p. 125-142, 2000.

ALEGRE, M. S. P. Reflexões sobre iconografia etnográfica: por uma hermenêutica visual. In: FELDMAN-BIANCO, B.; LEITE, M. L. M. (Org.). **Desafios da imagem-fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais**. Campinas: Papirus, 1998. p. 75-112.

ALMEIDA, G. G. et al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 487-494, 2008.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-125, 2004. Suplemento.

ALMEIRA, N. A. M.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 358-367, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/pdf/06_Original.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

AL-SAHAB, B. et al. Prevalence and predictors of 6-months exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. **BMC Pediatrics**, London, v. 10, p. 20, 2010.

ALVES, V. H. **O ato da amamentação**: um valor em questão ou uma questão de valor? 2003. 127f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 127-134, 2015. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0127.pdf>>. Acesso em 17 set. 2017.

APOSTOLAKIS-KYRUS, K.; VALENTINE, C.; DEFRANCO, E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 163, n. 5, p. 1489-1494, 2013.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 165-177, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a09.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

- ARAÚJO, N. B.; MANDÚ, E. N. T. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 363-375, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220150301.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- AZEVEDO, D. S. et al. Conhecimento das primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.
- BARATIERI, T.; CAZETTA, V.; MARCON, S. S. Reincidência gestacional na adolescência: percepções da jovem mãe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 19-26, 2011.
- BARBARO, M. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da atenção primária à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00108.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2017.
- BARONA-VILAR, C.; ESCRIBÁR-AGÜÍR, V.; FERRERO-GANDÍA, R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. **Midwifery**, Edinburgh, v. 25, n. 2, p. 187-194, 2009.
- BARROS, C. S. et al. Significados da vivência do amamentar entre as enfermeiras da área materno-infantil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 802-807, 2012. Número especial.
- BERGAMASCHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 454-460, 2008.
- BERNARDI, J. L. D., JORDÃO, R. E., BARROS FILHO, A. A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 867-878, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a08.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- BERSOT, V. F. **Mudança temporal do aleitamento materno exclusivo na América Latina e Caribe**: atualização de seus determinantes e da tendência secular. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011.
- BIZERRA, R. L. et al. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31061>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BOCCOLINI, C. S. **Aleitamento materno**: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil. 2012. 127 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-15, 2015.

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100023>. Acesso em: 18 set. 2017.

BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 26-43, 2004.

BOCK, A. M. B. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 37-42, 1997.

BRAGA, I. F. **Adolescência e maternidade**: analisando a rede social e o apoio social. 2011. 157f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943: aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1943. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-normaatualizada-pe.pdf>> Acesso em: 11 maio 2017.

BRASIL. Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975: atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1044, de 1969, e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 abr. 1975. Seção 1, p. 4473. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6202.htm>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno_2001.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica. **Rede amamenta Brasil**: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_caderno_tutor.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de demografia e saúde da criança e da mulher** - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 23 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília: Distrito Federal, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. **Rede amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, 26). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_saudavel_2ed.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. (Cadernos de Atenção Básica, 23). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos**. Brasília: Departamento de Informática do SUS, 2015c. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 8618, de 29 de dezembro de 2015**. Brasília: Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos, 2015d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/D8618.htm>. Acesso em: 29 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de saúde do Homem. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolos da atenção básica**: saúde das mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sício-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_adolecentes.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BREASTFEEDING: achieving the new normal. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 404, 2016.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-72, 2012.

CADONÁ, E.; STREY, M. N. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 477-499, 2014.

CAFER, J. R. **Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães adolescentes com sintomas de depressão pós-parto**. 2016. 85f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

CAMAROTTI, C. M. et al. Perfil da prática da amamentação em grupos de mães adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2011.

CARLOS, D. M. et al. Social support from the perspective of adolescent victims of domestic violence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 610-617, 2014.

CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. (Orgs.) **Adolescência**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. (Orgs.). **Aleitamento materno: manual prático**. 2. ed. Londrina: PML, 2006. p. 41-49.

CATALANI, C.; MINKLER, M. Photovoice: a review of the literature in health and public health. **Health Education & Behavior**, Thousand Oaks, CA, v. 37, n. 3, p. 424-451, 2010.

CAVALCANTI, S. H. et al. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 208-219, 2015.

CERON, D. K. et al. Efeito das ações de promoção do aleitamento na duração da amamentação em duas filiações maternas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 345-354, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a15.htm>. Acesso em: 18 set. 2017.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 72-85, 2010.

CLAPIS, C. V.; FABBRO, M. R. C.; BERETTA, M. I. R. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 704-710, 2013.

CLÍMACO, A. **Repensando as concepções de adolescência**. 1991. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H. (Orgs.) **Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/01/adolescencia1.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

COSTA, A. G. M. et al. Imagens e concepções de adolescents moradores de zonas rurais sobre saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1675-1680, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2013001200019&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 set. 2017.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

COSTA, P. J.; LOCATELLI, B. M. E. S. O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 10, p. 85-102, 2008.

COSTA, R. F. et al. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015.

CREMONESE, L. et al. A decisão de amamentar durante a adolescência: um estudo na perspectiva cultural. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 3, p. 317-326, 2016.

CRUZ, D. S. M. et al. Percepção da figura paterna frente ao aleitamento materno. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 702-707, 2011.

CRUZ, M. C.; ALMEIDA, J. A.; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 201-210, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

DAVIS, C.; OLIVEIRA, Z. M. R. **Psicologia na educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 641-654, 2012.

DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. **The Journal of Adolescent and Health**, New York, v. 49, n. 3, p. 265-271, 2011.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS (Impresso)**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DIOGO, E. F.; SOUZA, T.; ZOCHE, D. A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 10-13, 2011.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. **Registro do aleitamento materno**: relatório Julho de 2010 a Junho de 2011. Lisboa: DGS, 2012.

DLAMINI, S. N. Os jovens desafiam a comunidade: entre a esperança e a estigmatização. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 41, p. 1229-1255, 2015. Número especial.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.

EDFICHER, M. **Fatores associados ao desmame precoce**: percepção de autoeficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal. 2013. 80p. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

- ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 178-182, 2006.
- ERICKSON, E. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, 2010.
- FARIA, D. G. S.; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 1, p. 17-23, 2008.
- FILAMINGO, B. O.; LISBOA, B. C. F.; BASSO, N. A. S. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, Estado de São Paulo. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 81-85, 2012.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 183-190, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200006>. Acesso em: 18 set. 2017.
- FONSECA, A. L. B.; ARAÚJO, N. G. Maternidade precoce: Uma das consequências do abandono escolar e do desemprego. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 16-22, 2004.
- FONSECA, L. M. M. et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.
- FOSTER-FISHMAN, P. et al. Using methods that matter: the impact of reflection, dialogue, and voice. **American Journal of Community Psychology**, Washington, v. 36, n. 3-4, p. 275-291, 2005.
- FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.
- FRANÇA, M. C. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 607-614, 2008.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários às práticas educativas**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, 2002.

FROTA, M. A. et al. Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 33-38, 2016.

FROTA, M. A. F. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 895-901, 2009.

FUJIMORI, E. et al. Issues involved in establishing and maintaining exclusive breastfeeding, from the perspective of women attended at a primary healthcare unit. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Perfil Municipal**. São Paulo: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional, 2015. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

GALON, T. **Do lixo à mercadoria, do trabalho ao desgaste**: estudo do processo de trabalho e suas implicações na saúde de catadores de materiais recicláveis. 2015. 225p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GALPERIN, H.; MARISCAL, J. **Pobreza y telefonía móvil en América Latina y el Caribe**. Lima: Diálogo Regional sobre Sociedad de la Información, 2007. Disponível em: <http://www.dirsi.net/files/regional/REGIONAL_FINAL_spanish.pdf>. Acesso em: 04 maio 2017.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 147-154, 2004. Suplemento 5.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 253-262, 2000. Suplemento 3.

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Por uma nova cultura de articulação e cooperação em rede. In: GUARÁ, I. M. F. R. (Coord.). **Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010. p. 11-28. Disponível em: <<http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

GONÇALVES, M. F. C.; ANDRADE, L. S. Ensinar e aprender saúde: processos de aprendizagem e uso da tecnologia. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 1-10, 2016.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GRAÇA, F. C. A.; NOVAES, C. R. L. **A Semana Mundial do Aleitamento Materno 2016 traz um tema amplo e que vem de encontro com a situação atual do mundo**: o desenvolvimento sustentável. O tema exige uma reflexão que ultrapassa os limites da questão ecológica da amamentação. 2016. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/1-A-Semana-Mundial-do-Aleitamento-Materno-2016-traz-um-tema-amplo-e-que-vem-de-encontro-com-a-situacao-atual-do-mundo.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

GRASSLEY, J. S. Adolescent mothers' breastfeeding social support needs. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, New York, v. 39, n. 6, p. 713-722, 2010.

GUALDA, D. M. R.; RIBEIRO, P. M. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 361-371, 2011.

GUEDES, P. C. W. et al. Representação social, ansiedade e depressão em adolescentes puérperas. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 194-211, 2012.

GUIMARÃES, C. M. S. et al. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 109-115, 2017.

GUSMÃO, A. M. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3357-3368, 2013.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 9, p. 1132-1143, 2008.

HANSEN, K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 416, 2016.

HARRISON, B. Photographic visions and narrative inquiry. **Narrative Inquiry**, Worcester, MA, v. 12, n. 1, p. 87-111, 2002.

HARVEY, K. J. et al. 'Am I normal?' Teenagers, sexual health and the internet. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 65, n. 4, p. 771-81, 2007.

HAWLEY, N. L. et al. Mothers' attitudes and beliefs about infant feeding highlight barriers to exclusive breastfeeding in American Samoa. **Women Birth**, Amsterdam, v. 28, n. 3, p. 80-86, 2015.

HENRY, B. A. et al. Socio-cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza-Ceará-Brazil: a leiningers's Sunrise model perspective. **Enfermería Global**, Murcia, v. 19, p. 1-13, 2010.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALVAREZ, R. E. C. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 779-785, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro. Brasília: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**. Brasília: Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de indicadores sociais, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>>. Acesso em 05 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE**, Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016a. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidade: São Paulo; Ribeirão Preto**. Brasília: IBGE, 2016b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). **Relatório do programa nacional de incentivo ao aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

JAAFAR, S. H. et al. Effect of restricted pacifier use in breastffeding term infants for increasing duration of breastfeeding. **The Cochrane database of systematic reviews [electronic resource]**, Oxford, n. 8, 2012.

JOCA, M. T. et al. Compreendendo o aleitamento materno através da vivência de nutrizes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 48-55, set./dez. 2005.

JONES, J. R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. **Pediatrics**, Springfield, v. 128, n. 6, p. 1117-1125, 2011.

- JOSE, A. L.; SILVA, L. R. Nursing in the puerperium: knowledge of detecting adolescent mothers in relation to care of newborn. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 2277-2285, 2011.
- JUNGES, C. F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 343-350, 2010.
- KALIL, I. R.; COSTA, M. C. “Nada mais natural que amamentar” – Discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17318/2/21.pdf> >. Acesso em: 26 set. 2017.
- KANHADILOK, S.; MCGRATH, J. M. An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. **The Journal of Perinatal Education**, Washington, v. 24, n. 2, p. 119-127, 2015.
- KINGSTON, D. et al. Comparison of adolescent, young adult, and adult women’s maternity experiences and practices. **Pediatrics**, Springfield, v. 129, n. 5, p. 1228-1237, 2012.
- KLEIN, M. M. S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-71, 2008.
- KOHLER, C. V. F. **Vivências da adolescente no aleitamento materno e participação de sua mãe nesse processo**. 2005. 104f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **The Cochrane database of systematic reviews [electronic resource]**, Oxford, v. 8, 2012.
- KU, C. M., CHOW, S. K. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 9, n. 17-18, p. 2434-45, 2010.
- LACERDA, S. M. M.; MAIA, E. R. Aleitamento materno entre mães adolescentes: um estudo sobre desmame na atenção básica, Iguatu – CE. **Cadernos de Cultura e Ciência**, Crato, CE, v. 1, n. 1, p. 445-459, 2008.
- LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- LEAL, C. C. G. et al. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 23, n. 3, p. 97-106, 2016.

LEAL, Z. F. R. G.; FACCI, M. G. D.; SOUZA, M. P. R. (Orgs.) **Adolescência em foco**: contribuições para a psicologia e para a educação. Maringá: Eduem, 2014.

LECLAIR, E. et al. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: a cohort study. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, Philadelphia, v. 28, n. 6, p. 516-521, 2015.

LEON, C. G. R. M. P. et al. Vivência da amamentação por mães-adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 540-546, 2009.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. B. Maternidade Adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n.2, p. 251-263, 2008.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.

MAASTRUP, R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants: results from a prospective national cohort study. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. 1-10, 2014.

MACEDO, M. D. S. et al. Aleitamento materno: identificando a prática, benefícios e os fatores de risco para o desmame precoce. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 9, n. 1, p. 414-423, 2015.

MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 132-139, 2015.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; OLIVEIRA, D. C. Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 371-377, 2012.

MARQUES, E. S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1391-1400, 2010. Suplemento 1.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.

MARTINS, L. M.; RABATINI, V. G. A concepção de cultura em Vigotski: contribuições para a educação escolar. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 345-358, 2011.

MATHEUS, T. C. **Ideais na adolescência**: falta (d)e perspectivas na virada do século. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2002.

MATTAR, J. **Design educacional: educação a distância na prática**. São Paulo: Artesanato Educacional, 2014.

MATTOS, G. **Dicionário Júnior da Língua Portuguesa**. 4 ed. São Paulo: FTD, 2011.

MATUI, J. **Construtivismo**: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna, 1995.

MCINTYRE, A. Through the eyes of women: photovoice and participatory research as tools for reimagining place. **Gender, Place and Culture**, London, v. 1, n. 1, p. 47-66, 2003.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2549-58, 2011.

MELO, M. M. et al. O conhecimento de puerpéras adolescentes sobre o cuidado com recém-nascidos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 266-273, 2011.

MENDONÇA, G. M. M. et al. Leitura do mundo de gestantes adolescentes: descobrindo universo vocabular baseado no círculo de cultura. **Saúde**, Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 225-232, 2017.

MERINO, M. F. G. L. et al. As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 670-678, 2013.

MEYER, D. E. As mamãs como constituintes da maternidade: uma história do passado? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 117-133, 2000.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MMARI, K. et al. A mixed methods study to examine the influence of the neighborhood social context on adolescent health service utilization. **BMC health services research**, London, v. 16, n. 1, p. 433, 2016.

MONTE, G. C. S. B.; LEAL, L. P.; PONTES, C. M. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 148-155, 2013.

- MONTEIRO, J. C. S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo**. 2008. 120p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- MONTEIRO, J. C. S. et al. Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. **Midwifery**, Edinburgh v. 30, n. 3, p. 359-363, 2014.
- MORETTI, V. D.; ASBAHR, F. S. F.; RIGON, A. J. O humano no homem: os pressupostos teórico-metodológicos da teoria histórico-cultural. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, 2011.
- MÜLLER, F. S.; SILVA, I. A. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 651-617, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500009>. Acesso em: 18 set. 2017.
- NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 355-363, 2003. Suplemento 2.
- NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 230-238, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200007>. Acesso em: 18 set. 2017.
- NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=294>. Acesso em: 23 maio 2017.
- NEGIN, J. et al. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 16, p. 91, 2016.
- NERY, I. S. et al. Suffered complications and lessons learned by teenagers at first birth during breastfeeding. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Picos, PI, v. 3, n. 2, p. 62-68, 2014.
- NESBITT, S. A. et al. Canadian adolescent mothers’ perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 12, n. 1, p. 149, 2012.
- NOWELL, B. L. et al. Revealing the cues within community places: stories of identity, history, and possibility. **American Journal of Community Psychology**, Washington, v. 37, n. 1-2, p. 29-46, 2006.

- NYKIFORUK, C. I. J.; VALLIANATOS, H.; NIEWENDYK, L. M. Photovoice as a method for revealing community perceptions of the built and social environment. **International Journal of Qualitative Methods**, Thousand Oaks, CA, v. 10, n. 2, p. 103-124, 2011.
- OLÍMPIO, D. M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, E. D. A. Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 1-12, 2010.
- OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R.; SANTO, F. R. E. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 435-440, 2010.
- OLIVEIRA, A. C. et al. Breastfeeding exclusive breastfeeding: interruption of causes in mothers of tens perception. **Journal of Nursing UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1456-1463, 2016.
- OLIVEIRA, C. S. et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 16-23, 2015.
- OLIVEIRA, P. M. P. et al. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre aleitamento materno. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Picos, PI, v. 1, n. 1, p. 22-28, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS, 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. Geneva: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>> Acesso em: 27 abr. 2017. Tradução pela IBFAN, Brasil – 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno**. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/2/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.
- ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale**: aplicação em gestantes. 2008. 188f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- OZELLA, S. (Org.) **Adolescências construídas**: a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2003.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PALIBRODA, B. et al. **A practical guide to photovoice**: sharing pictures, telling stories and changing communities. Winnipeg, MB: The Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2009.

PARIZOTO, G. M. et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.

PASSANHA, A. et al. Implantação da rede amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, 2013.

PATIAS, N. D.; GABRIEL, M. R.; DIAS, A. C. G. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 586-610, 2013.

PEREIRA, M. J. B. et al. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 36-43, 2004.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PESSOA, C. T.; COSTA, L. H. F. M. Constituição da identidade infantil: significações de mães por meio de narrativas. **Revista de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 501-509, 2014.

PICCININI, C. A. et al. Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. **Psico**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 9-35, 2002.

PINO, A. Ensinar-aprender em situação escolar: perspectiva histórico-cultural. **Contrapontos**, Itajaí, v. 4, n. 3, p. 439-459, 2004.

PINO, A. **As marcas do humano**: às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev. S. Vigotski. São Paulo: Cortez, 2005.

PINTO, K. R. T. F.; MARCON, S. S. A. Família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 153-159, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, M. A. B. C. **Amamentação: vivências representadas de mães adolescentes**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015a.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Problem and conduct adopted by puerperae during lactation. **Journal of Nursing UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 2, p. 500-508, 2015b.

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 95, p. 1113-1135, 2012.

PUAPORNPONG, P. et al. Teenage pregnancy and exclusive breastfeeding rates. **Journal of The Medical Association of Thailand**, Bangkok, v. 97, n. 9, p. 893-898, 2014.

RAUPP, R. M. et al. Refletindo sobre os híbridos: aleitamento materno e gravidez na adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 35-42, 2011.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

REIS, T. C. et al. Percepção das nutrizes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, v. 16, n. 165, 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd165/a-importancia-do-aleitamento-materno-exclusivo.htm>>. Acesso em: 20 set. 2017.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Projeto Amamentação e municípios: avaliação das práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação – 2011**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aleita/projeto/2011-indicadores_aleita.pdf> Acesso em: 10 ago. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Normativa Agendas dos profissionais pediatras das unidades de saúde**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/protocolo/p-normativa_agendasprof_pediatras.pdf> Acesso em: 25 ago. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Dados referentes a nascidos vivos no município de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.coderp.com.br/cgi-bin/tabnet?tabnet26/sinasc/nasc2000.def>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/2014relatorio_gestao.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Relação das Unidades de Saúde**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16ubs.php>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

ROBERT, E. et al. Breastfeeding duration: a survival analysis-data from a regional immunization survey. **BioMed Research International**, Brussels, v. 2014, p. 529790, 2014.

ROCCI, E. FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

ROCHA, N. B. et al. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1293-1305, 2010.

ROCHA, N. B. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1293-1305, 2010.

RODRIGUES, I. P.; QUEIROZ, M. V. O. Compreensão da vivência materna na amamentação. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 9-17, 2005.

RODRIGUES, N. A.; GOMES, A. C. G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 30-48, 2014.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016.

ROSE, V. A. et al. Factors influencing infant feeding method in an urban community. **Journal of the National Medical Association**, Washington, v. 96, n. 3, p. 325-331, 2004.

- SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 481-490, 2008.
- SANTOS, C. C. et al. Vivenciando oficinas lúdico-pedagógicas: uma nova experiência de pensar e fazer a enfermagem com adolescentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 63-67, 2014.
- SANTOS, L. P. et al. Conhecimento, atitude e prática de puérperas adolescentes em relação ao aleitamento materno. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-18, 2016.
- SANTOS, K. A. Teenage pregnancy contextualized: Understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 655-664, 2012.
- SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 283-291, 2005.
- SARTORIO, N. A. **Potencialidades e limitações do uso da fotografia na pesquisa qualitativa de enfermagem**. 2011. 107p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, 2011.
- SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2012.
- SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 58-72, 1996.
- SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.
- SILVA, L. M. P.; VENANCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 983-992, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n6/05.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.
- SILVA, M. A. I. Adolescence: resignify it to understand it and act. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 6, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2646/pdf_1089>. Acesso em: 17 set. 2017.

- SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014.
- SILVA, M. B. et al. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, 2008.
- SILVA, N. M. et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 290-295, 2014.
- SILVA, P. P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 3, p. 306-313, 2012.
- SILVA, S. R. **Telefonia móvel e questões de gênero**: aspectos socioculturais da apropriação de telefones celulares entre mulheres em situação de vulnerabilidade social. Lima: Diálogo Regional sobre Sociedad de la Información, 2011.
- SILVA, W. F.; GUEDES, C. F. G. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 160-171, 2013.
- SIMÕES, I. A. R. et al. Influência dos mitos e das crenças nas nutrizes quanto amamentação em uma cidade do Vale do Paraíba. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, MG, v. 5, n. 3, p. 37-45, 2015.
- SIPSMA, H. L. et al. Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration, and exclusivity. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 53, n. 3, p. 394-400, 2013.
- SMITH, P. H. et al. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 7, n. 1, p. 13, 2012.
- SMOLKA, A. L. B.; GÓES, C. (Orgs.) **A linguagem e o outro no espaço escolar**: Vygotsky e a construção do conhecimento. Campinas, Papirus, 1993.
- SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Family practices related to breast-feeding maintenance: literature review and meta-synthesis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 2, p. 127-134, 2013.
- SOUSA, M. S. et al. Aleitamento materno e os determinantes do desmame precoce. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Picos, PI, v. 4, n. 1, p. 19-25, 2015.
- SOUSA, R. V. et al. Hábitos de alimentação e sucção de bebês assistidos em Hospital Amigo da Criança, Campina Grande/PB, Brasil. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 245-250, 2012.

SOUTO, D. C.; JAGER, M. E.; DIAS, A. C. G. Aleitamento materno e a ocorrência do desmame precoce em puérperas adolescentes. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 41, p. 73-79, 2014.

SOUZA, D. R. M. **A fotografia participativa como ferramenta de reflexão identitária**: estudo de caso com jovens em contextos de exclusão social no Brasil e em Portugal. 2013. 381 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

SOUZA, S. A. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3806-3813, 2016.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

SPINDOLA, T. et al. Amamentação na adolescência: histórias de vida de mães primíparas. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 414-424, 2014.

STRACK, R. W.; MAGILL, C.; MCDONAGH, K. Engaging youth through photovoice. **Health Promotion Practice**, Thousand Oaks, CA, v. 5, n. 1, p. 49-58, 2004.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 444-451, 2011.

TAVERAS, E. M. et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. **Pediatrics**, Springfield, v. 112, n. 1, p. 108-115, 2003.

TEIXEIRA, M. A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do quere-poder amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 205-221, 2011.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Construtivismo sócio-histórico de Vygotsky e a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 694-698, 2006.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 355-361, 2009.

TOMIO, N. A. O.; FACCI, M. G. D. Adolescência: uma análise a partir da psicologia sócio-histórica. **Revista Teoria e Prática da Educação**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 89-99, 2009.

TONDO, R.; SILVA, S. R. Smartphones e pobreza digital: o consumo de telefones celulares e internet entre jovens de uma comunidade popular. **Universitas: Arquitetura e Comunicação Social**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 49-62, 2016.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

UEMA, R. T. B. et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos de 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 349-362, 2015.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Situação mundial da infância 2015**: resumo executivo. New York: UNICEF; 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2015_Summary_Portuguese_Web.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Situação da população mundial 2016**. 2016. 114p. Disponível em: < <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2016.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

VALILA, M. G. et al. Gravidez na adolescência: conhecendo a experiência da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 556-566, 2011.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 155-162, 2005.

VAUGHN, L. M.; ROJAS-GUYLER, L.; HOWELL, B. "Picturing" health. a photovoice pilot of latina girl's perceptions of health. **Family & Community Health**, Germantown, v. 31, n. 4, p. 305-316, 2008.

VELHO, M. T. C. et al. A reincidência da gestação na adolescência: estudo retrospectivo e prospectivo em região do Sul do Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 261-273, 2014.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, p. 317-324, 2010.

VENANCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces pelo movimento pela humanização do parto e nascimento com a política nacional de humanização. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 129-141, 2010.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R.; MONTEIRO, C. A. Secular trends in breastfeeding in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 1205-1208, 2013.

- VÍCTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.
- VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, London, v. 3, p. 199-205, 2015.
- VICTORA, C. G. The Lancet: série sobre amamentação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 203-204, 2016.
- VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010.
- VIEIRA, G. O. et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010.
- VIEIRA, G. O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, 2004.
- VIEIRA, G. O. et al. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, p. 270-277, 2015.
- VIGOTSKII, L. S. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone/Editora Universidade de São Paulo, 1988.
- VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo, Martins Fontes, 1984.
- VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas III: problemas del desarrollo de la psique**. Madrid: Visor, 2000.
- VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 6. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1998.
- VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo. Martins Fontes, 1987.
- WAMBACH, K. A.; COHEN, S. M. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. **Journal of Pediatric Nursing**, Orlando, v. 24, n. 4, p. 244-254, 2009.
- WANG, C.; BURRIS, M. Empowerment through photo novela: portraits of participation. **Health Education and Behaviour**, Thousand Oaks, CA, v. 21, n. 2, p. 171-186, 1994.
- WANG, C.; BURRIS, M. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Education and Behaviour**, Thousand Oaks, CA, v. 24, n. 3, p. 369-387, 1997.

WANG, C. C. et al. Photovoice as a participatory health promotion strategy. **Health Promotion International**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 75-86, 1998.

WANG, C. C. Youth participation in photovoice as a strategy for community change. **Journal of Community Practice**, London, v. 14, n. 1-2, p. 147-161, 2006.

WANG, C. Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health. **Journal of Women's Health**, New York, v. 8, n. 2, p. 185-192, 1999.

WARKENTIN, S. et al. Duração e determinantes do aleitamento materno exclusivo entre crianças brasileiras menores de dois anos de idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 259-269, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n3/01.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

WILHELM, L. A. et al. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 160-168, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part 3: Country Profiles**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44368/1/9789241599757_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2015**. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/>. Acesso em: 11 jul. 2017.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.

ZACHARIASSEN, G. et al. Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 99, n. 7, p. 1000-1004, 2010.

ZANELLA, A. V. et al. Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 25-33, 2007.

ZANI, A. V. et al. Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 279-286, 2011.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista estruturada

Nº: _____ Data: _____ Início (h): _____ Término (h): _____

Dados de identificação e sociais:

Idade: _____ anos

Endereço: _____

Telefone: _____

Com quem reside? _____

Estado civil: () solteira () casada () divorciada () amasiada () viúva

Você trabalha? () sim () não Se sim, o que faz? _____

Profissão: _____

Frequenta alguma instituição no contraturno da escala? () sim () não Qual?

Estuda? () sim () não Se sim, qual a escola? _____

Qual o ano escolar? _____

Sabe ler? () sim () não

Sabe escrever? () sim () não

Renda: () até 1 salário-mínimo () de 2 a 3 salários-mínimos () 4 ou mais sal. mín.

Nº filhos: _____ Idade dos filhos: _____

Amamentou filhos anteriores? () sim () não Por quanto tempo? _____

Essa gravidez foi desejada/planejada? () sim () não

Fez pré-natal? () sim () não Local: _____

Número de consultas: _____

Participa de algum grupo ou atividade na comunidade? () sim () não Qual?

APÊNDICE B - Orientações para a realização das fotografias - adaptado de Galon (2015)

Perguntas da pesquisa:

(Máximo de 27 fotos).

1. O que facilita ou facilitou na amamentação do seu filho (a)?
2. O que atrapalha ou atrapalhou na amamentação do seu filho (a)?

Instruções de uso da câmera fotográfica:

1. Você pode começar girando o rebobinador da câmera até o fim (até que ela não gire mais), e assim a máquina está pronta para fazer uma foto;
2. Depois, focalize a imagem que deseja fotografar;
3. Você precisa apertar o botão do flash (símbolo de raio) que fica na parte da frente da câmera, e mantê-lo apertado. Em seguida, com o botão do flash apertado, aperte um botão que fica na parte superior da câmera, no canto direito. Você vai ouvir um barulho ao apertar o botão, indicando que a foto foi tirada;
4. Para fazer outra foto, você precisa girar o rebobinador da câmera até o fim (até que ela não gire mais), e assim a máquina está pronta para fazer outra foto. Cada vez que você for fotografar, gire o rebobinador antes;
5. Você só irá usar o rebobinador (botão que faz voltar o filme), o botão para flash e o botão para tirar a foto. Não mexer nos outros botões da câmera;
6. Quando você terminar de tirar as fotos, não abra a câmera e não clique nem mexa em nenhum outro botão, pois todas as fotos tiradas podem ser perdidas ou danificadas. Entre em contato com a pesquisadora: (16) 99245-6089.

Precauções:

1. Não é permitido tirar foto de pessoas, somente do pescoço para baixo, para respeitar a privacidade e o direito das pessoas.
2. Proteja a câmera: evite contato com água; terra, calor ou frio extremos e de raios-x. Evitar a queda da câmera.
3. Evitar colocar a mão ou os dedos na frente da lente da câmera.
4. Distância: ficar distante daquilo que você vai fotografar (cerca de um metro longe do cenário). Quando você se próxima muito, as formas da pessoa ou do objeto podem ficar borradas.
5. Luz: tirar fotos sempre com o sol atrás de você. Evitar fotografar em um local sem luz, pois as fotos ficarão escuras e esconderão a imagem. Você pode usar o flash em ambientes com pouca iluminação.
6. Não abrir a câmera, já que algumas partes podem causar choque elétrico se não forem manuseadas corretamente.

Dicas para fotografar:

1. Você pode montar uma cena também, para expressar aquilo que você deseja, por exemplo, colocando objetos em um lugar e fotografando.

2. As fotos são suas: tire as fotos que você desejar, mas sem se esquecer dos temas que você precisa trazer nas fotos. Não existe foto certa ou errada. É você quem escolhe como responder às perguntas da pesquisa.

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE C – Termo de Autorização para Uso de Imagem

Eu, _____, RG _____, declaro que obtive conhecimento sobre a pesquisa: **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, e autorizo o uso de minha imagem (ou da adolescente _____ sob minha responsabilidade) em fotografias, sem finalidade comercial, para ser utilizada na referida pesquisa. As imagens poderão ser exibidas: no relatório parcial e/ou final desta pesquisa, em apresentações públicas, na internet, em eventos da comunidade, em publicações e eventos científicos que envolvam o tema deste estudo em todo o território nacional e no exterior, sem que meu rosto ou de outras pessoas sejam expostos nas fotografias. Estou ciente de que não haverá remuneração ou ajuda de custo pelo uso de minhas imagens. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do responsável legal

Assinatura da Participante ou Impressão Digital

Caroline Cândido Garcia Leal
Pesquisadora responsável
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
USP
Endereço: Av. bandeirantes, 3900
Telefones: (16) 99245-6089 / (16) 3512-8633

Profa. Dra. Adriana Moraes Leite
Orientadora da pesquisa
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – USP
Endereço: Av. bandeirantes, 3900
Telefone: (16) 3315-0533

APÊNDICE D – Termo de Assentimento

Meu nome é Caroline Cândido Garcia Leal, sou enfermeira, e estou fazendo uma pesquisa chamada: **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, orientada pela professora Dra. Adriana Moraes Leite e coorientada pela professora Dra. Flávia Gomes-Sponholz.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que poderá ser realizada em sua casa, contando com a autorização de seu responsável. A intenção desta pesquisa é visualizar o que é importante para as adolescentes durante o aleitamento materno e alimentação do bebê, para conhecer as suas facilidades e dificuldades durante esse processo. Para isso, esta pesquisa será realizada em três momentos:

1. Primeiro, irei fazer uma entrevista gravada com 26 perguntas sobre seus dados pessoais e socioeconômicos. Também, será fornecida uma câmera fotográfica para você registrar o que pode facilitar na amamentação do seu filho (a) e o que pode atrapalhar. Após as fotografias, você devolverá a câmera para mim, para que eu fique com as fotografias e as use em minha pesquisa, sem mostrar o seu rosto em nenhum momento. Você terá direito a uma cópia das fotografias, caso queira.
2. Depois, entrarei em contato com você, por telefone, no terceiro dia após esse primeiro encontro para saber se está tendo alguma dificuldade com a câmera e para agendarmos o segundo encontro.
3. No segundo encontro, irei fazer uma entrevista com você, no sétimo dia após o primeiro encontro, para conhecer as histórias sobre algumas fotos. Também agendaremos o terceiro encontro.
4. E, por último, irei fazer uma terceira entrevista com você, no décimo dia após o primeiro encontro, em dia e horário de sua escolha, para conhecer as histórias sobre algumas fotos e saber como foi sua participação neste estudo.

Garanto que as suas informações e fotografias serão usadas somente para este trabalho. Caso você concorde em participar, assinará este Termo de Assentimento em duas vias, que também será assinado por mim; solicito, ainda, a autorização do seu responsável para que você possa participar deste estudo e, se ele(a) concordar, também assinará este termo. Uma via deste termo ficará com você e a outra ficará comigo.

A primeira entrevista exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo, a segunda e a terceira entrevistas cerca de 40 minutos. Os contatos por telefone exigirão cerca de cinco minutos de seu tempo.

Você pode aceitar ou não a participar, e caso você aceite, garanto que seu nome não será divulgado em nenhum momento. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Esclareço também que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta das entrevistas ou durante o contato que farei por telefone. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional caso necessário; nestes casos, as entrevistas serão interrompidas e poderão ser retomadas em outro momento, se você desejar. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos que envolvam o tema deste estudo, garantindo que seu nome, seu rosto ou de outras pessoas não serão

revelados.

Agradecemos a colaboração e informo que, com esta pesquisa, será possível criar estratégias de melhoria das condições de amamentação de adolescentes, podendo melhorar a saúde de mães adolescentes e de seus bebês.

Obrigada,

Enfermeira Caroline Cândido Garcia Leal

Pesquisadora Responsável/Doutoranda EERP/USP

Telefones: (16) 99245-6089 / (16) 3512-8633 / E-mail: carolcandido@usp.br

VERSO DO TERMO DE ASSENTIMENTO

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assinem (você e seu responsável legal) as duas vias do Termo de Assentimento. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato conosco a qualquer momento por meio do telefone (16) 99245-6089 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Av. Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - *Campus* Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) que analisou e aprovou esta pesquisa, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP EERP/USP tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - *Campus* Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Eu, _____, após receber o Termo de Assentimento, ler e esclarecer todas as minhas dúvidas referentes à pesquisa **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, ACEITO VOLUNTARIAMENTE participar desta pesquisa de forma livre e esclarecida. Estou ciente de que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, que não haverá custo para mim e nem pagamento pela minha participação, que os registros relativos a este trabalho serão utilizados dentro dos princípios éticos devidos e que meu nome será preservado. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante: _____

Nome do responsável legal: _____

Assinatura do responsável legal: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA OBTENÇÃO E DIVULGAÇÃO DE IMAGENS

Eu, _____, declaro que recebi esclarecimento sobre a pesquisa: **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, aceito realizar fotografias do meu dia a dia, para depois entregá-las à pesquisadora, sem que a minha face e/ou a face de outras pessoas sejam expostas. Também aceito que minhas fotos sejam exibidas: no relatório parcial e/ou final desta pesquisa, em apresentações públicas, na internet, em eventos da comunidade, em publicações e eventos científicos que envolvam o tema deste estudo em todo o território nacional e no exterior, sem que meu rosto ou de outras pessoas sejam expostos nas fotografias. Estou ciente de que não haverá remuneração ou ajuda de custo pelo uso de minhas imagens. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura da participante ou impressão digital

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a) responsável pela adolescente

Prezado(a) responsável da adolescente

_____, meu nome é Caroline Cândido Garcia Leal, sou enfermeira, e estou fazendo uma pesquisa chamada: “O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”, orientada pela professora Dra. Adriana Moraes Leite e coorientada pela professora Dra. Flávia Gomes-Sponholz. Informamos que esta pesquisa pretende visualizar o que é importante para as adolescentes durante o aleitamento materno e alimentação do bebê, para conhecer as suas facilidades e dificuldades durante esse processo. Então, solicitamos que autorize a participação da adolescente, como responsável por ela. Esta pesquisa será realizada em quatro momentos:

1. Primeiro, irei fazer uma entrevista gravada com 26 perguntas sobre os dados pessoais e socioeconômicos da adolescente. Também, será fornecida uma câmera fotográfica para ela registrar o que pode facilitar na amamentação de seu filho(a) e o que pode atrapalhar. Após as fotografias, ela devolverá a câmera para mim, para que eu fique com as fotografias e as use em minha pesquisa, sem mostrar o rosto da adolescente ou de qualquer pessoa em nenhum momento. Ela terá direito a uma cópia das fotografias, caso queira.
2. Depois, entrarei em contato com a adolescente, por telefone, no terceiro dia após esse primeiro encontro para saber se ela está tendo alguma dificuldade com a câmera e para agendarmos o segundo encontro.
3. No segundo encontro, irei fazer uma entrevista com a adolescente, no sétimo dia após o primeiro encontro, para conhecer as histórias sobre algumas fotos. Também agendaremos o terceiro encontro.
4. E, por último, irei fazer uma terceira entrevista com a adolescente, no décimo dia após o primeiro encontro, em dia e horário de escolha da adolescente, para conhecer as histórias sobre algumas fotos e saber como foi a participação dela neste estudo.

A primeira entrevista exigirá cerca de 30 minutos do tempo da adolescente, a segunda e a terceira entrevistas cerca de 40 minutos. Os contatos por telefone exigirão cerca de cinco minutos do tempo dela. Garanto que as informações e fotografias serão usadas somente para este trabalho. Caso a adolescente concorde em participar, assinará o Termo de Assentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim. Uma via desse termo ficará com você e a outra ficará comigo.

A adolescente pode aceitar ou não a participar, e caso ela aceite, garanto que o nome dela não será divulgado em nenhum momento. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pelas participações na pesquisa. Esclareço também que ela terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente da participação dela nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta das entrevistas ou durante o contato que farei por telefone. Se houver alguma dúvida ou se ela se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional caso necessário; nestes casos, as entrevistas serão interrompidas e poderão ser retomadas em outro momento, se ela desejar. Ela poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no atendimento dela aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos que envolvam o tema deste estudo, garantindo que o nome da adolescente, seu rosto ou de outras

pessoas não serão revelados.

Agradecemos a colaboração e informo que, com esta pesquisa, será possível criar estratégias de melhoria das condições de amamentação de adolescentes, podendo melhorar a saúde de mães adolescentes e de seus bebês.

Obrigada,

Caroline Cândido Garcia Leal

Pesquisadora Responsável/Doutoranda EERP/USP

Telefones: (16) 99245-6089 / (16) 3512-8633 / E-mail: carolcandido@usp.br

VERSO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O(A) RESPONSÁVEL PELA ADOLESCENTE

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde que a adolescente pode participar desta pesquisa, caso ela queira, por favor, assine as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a) responsável pela adolescente e as duas vias do Termo de Assentimento. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato conosco a qualquer momento por meio do telefone (16) 99245-6089 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Av. Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - *Campus* Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) que analisou e aprovou esta pesquisa, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP EERP/USP tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização. Se tiver alguma dúvida, também poderá entrar em contato com o CEP-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - *Campus* Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Eu, (nome completo) _____,
responsável pela adolescente _____,
autorizo-a a participar da pesquisa descrita, nas condições do termo acima. Autorizo que as informações sejam utilizadas para fins de estudo e divulgação de seus resultados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos que envolvam o tema deste estudo, garantindo que seu nome e o meu, seu rosto ou de outras pessoas não serão revelados. Estou ciente de que a adolescente pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, que não haverá custo para mim, nem para a adolescente e nem pagamento pela minha participação ou pela participação da adolescente, que os registros relativos a este trabalho serão utilizados dentro dos princípios éticos devidos. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do responsável legal

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Caroline Cândido Garcia Leal, sou enfermeira, e estou fazendo uma pesquisa chamada: **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, orientada pela professora Dra. Adriana Moraes Leite e coorientada pela professora Dra. Flávia Gomes-Sponholz.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que poderá ser realizada em sua casa. A intenção desta pesquisa é visualizar o que é importante para as adolescentes durante o aleitamento materno e alimentação do bebê, para conhecer as suas facilidades e dificuldades durante esse processo. Para isso, esta pesquisa será realizada em três momentos:

1. Primeiro, irei fazer uma entrevista gravada com 26 perguntas sobre seus dados pessoais e socioeconômicos. Também, será fornecida uma câmera fotográfica para você registrar o que pode facilitar na amamentação do seu filho (a) e o que pode atrapalhar. Após as fotografias, você devolverá a câmera para mim, para que eu fique com as fotografias e as use em minha pesquisa, sem mostrar o seu rosto em nenhum momento. Você terá direito a uma cópia das fotografias, caso queira.
2. Depois, entrarei em contato com você, por telefone, no terceiro dia após esse primeiro encontro para saber se está tendo alguma dificuldade com a câmera e para agendarmos o segundo encontro.
3. No segundo encontro, irei fazer uma entrevista com você, no sétimo dia após o primeiro encontro, para conhecer as histórias sobre algumas fotos. Também agendaremos o terceiro encontro.
4. E, por último, irei fazer uma terceira entrevista com você, no décimo dia após o primeiro encontro, em dia e horário de sua escolha, para conhecer as histórias sobre algumas fotos e saber como foi sua participação neste estudo.

Garanto que as suas informações e fotografias serão usadas somente para este trabalho. Caso você concorde em participar, assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que também serão assinados por mim. Uma via deste termo ficará com você e a outra ficará comigo.

A primeira entrevista exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo, a segunda e a terceira entrevistas cerca de 40 minutos. Os contatos por telefone exigirão cerca de cinco minutos de seu tempo.

Você pode aceitar ou não a participar, e caso você aceite, garanto que seu nome não será divulgado em nenhum momento. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Esclareço também que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta das entrevistas ou durante o contato que farei por telefone. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional caso necessário; nestes casos, as entrevistas serão interrompidas e poderão ser retomadas em outro momento, se você desejar. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos que envolvam o tema deste estudo, garantindo que seu nome, seu rosto ou de outras pessoas não serão revelados.

Agradecemos a colaboração e informo que, com esta pesquisa, será possível criar estratégias de melhoria das condições de amamentação de adolescentes, podendo

melhorar a saúde de mães adolescentes e de seus bebês.

Obrigada,

Enfermeira Caroline Cândido Garcia Leal

Pesquisadora Responsável/Doutoranda EERP/USP

Telefones: (16) 99245-6089 / (16) 3512-8633 / E-mail: carolcandido@usp.br

VERSO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato conosco a qualquer momento por meio do telefone (16) 99245-6089 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Av. Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - *Campus* Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) que analisou e aprovou esta pesquisa, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP EERP/USP tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - *Campus* Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Eu, _____, após receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ler e esclarecer todas as minhas dúvidas referentes à pesquisa **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, ACEITO VOLUNTARIAMENTE participar desta pesquisa de forma livre e esclarecida. Estou ciente de que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, que não haverá custo para mim e nem pagamento pela minha participação, que os registros relativos a este trabalho serão utilizados dentro dos princípios éticos devidos e que meu nome será preservado. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA OBTENÇÃO E DIVULGAÇÃO DE IMAGENS

Eu, _____, declaro que recebi esclarecimento sobre a pesquisa: **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, aceito realizar fotografias do meu dia a dia, para depois entregá-las à pesquisadora, sem que a minha face e/ou a face de outras pessoas sejam expostas. Também aceito que minhas fotos sejam exibidas: no relatório parcial e/ou final desta pesquisa, em apresentações públicas, na internet, em eventos da comunidade, em publicações e eventos científicos que envolvam o tema deste estudo em todo o território nacional e no exterior, sem que meu rosto ou de outras pessoas sejam expostos nas fotografias. Estou ciente de que não haverá remuneração ou ajuda de custo pelo uso de minhas imagens. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura da participante ou impressão digital

APÊNDICE G – Termo de Recusa de Uso da Máquina Fotográfica

Eu, (nome completo) _____, responsável pela adolescente _____, declaro que obtive conhecimento sobre a pesquisa: **“O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente”**, e expesso que eu e a adolescente recusamos usar a máquina fotográfica oferecida pela pesquisadora. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do responsável legal

Assinatura do(a) Participante ou Impressão Digital

ANEXO A – Folhas de aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 3971/15 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 06 de outubro de 2015.

Senhora Orientadora,

Informo que o Gerente da Unidade Básica de Saúde da UBS PARQUE RIBEIRÃO de Ribeirão Preto –SP, manifestou a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada na sua respectiva unidade. Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DA MÃE ADOLESCENTE", sob a responsabilidade da Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora

Profa. Dra. ADRIANA MORAES LEITE

Orientadora do Projeto de Pesquisa

EERP - USP

Nesta

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 3971/15 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 01 de ABRIL de 2016.

Senhora Orientadora,

Informo que o GERENTE DA UBDS VILA VIRGÍNIA da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, manifestou a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada na unidade referida na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DA MÃE ADOLESCENTE", sob a responsabilidade da Profª Drª ADRIANA MORAES LEITE.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

PROFª DRª ADRIANA MORAES LEITE**ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA****EERP- USP****NESTA**

ANEXO B – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 018/2016, de 05.02.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 04 de fevereiro de 2016.

Protocolo CAAE: 50437515.2.0000.5393

Projeto: O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente

Pesquisadores: Caroline Cândido Garcia Leal

Adriana Moraes Leite (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Adriana Moraes Leite

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP** **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O processo de amamentação e suas implicações na vida da mãe adolescente

Pesquisador: CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50437515.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.404.017

Apresentação do Projeto:

Esta é uma pesquisa qualitativa na qual serão investigados os motivos percebidos pelas mães para o desmame precoce. Serão feitas entrevistas antes, durante e ao final do protocolo. Além disso será disponibilizada máquina fotográfica para a participante durante dez dias e esta fará fotografias suas com o bebê identificando situações que ajudam ou atrapalham a amamentação. Nas entrevistas após início do protocolo serão feitas perguntas em relação às "histórias das fotos".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a vivência de amamentação de um grupo de nutrízes adolescentes.

Objetivos específicos:

Analisar as manifestações/necessidades da mãe adolescente que amamenta ou deixa de amamentar;

Apreender as concepções sobre o processo de amamentação de mães adolescentes;

Identificar e analisar situações que permeiam o processo de desmame, a partir da visão das mães adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos relacionados a desconforto com as perguntas realizadas. Adequadamente exposto no TCLE,

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.404.017

no projeto e na plataforma constando a forma de apoio ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa subjetiva, de grande importância para a identificação de fatores que levam ao desmame de bebês de adolescentes. Metodologia parece consistente com os objetivos propostos, os quais são de grande relevância social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os documentos obrigatórios, consistindo de carta de submissão, folha de rosto assinada (20 participantes), aceite do local de coletas devidamente assinado, cronograma adequado, TCLE para responsável do adolescente, termo de assentimento para o adolescente, autorização de uso de imagem, e instrumento estruturado.

Nestes existem marcações, provavelmente devido a esta ser a quinta submissão do projeto.

TCLE e termo de assentimento estão de acordo

Recomendações:

Não ha.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_577057.pdf	07/12/2015 00:36:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceC_TCLE_responsavel_pela_adolescente.pdf	07/12/2015 00:31:09	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Outros	ApendiceE_Termo_de_autorizacao_para_uso_de_imagem.pdf	07/12/2015 00:29:35	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Outros	Apendice_A_Roteiro_da_entrevista_semiestruturada.pdf	07/12/2015 00:28:32	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.404.017

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceB_Termo_de_Assentimento.pdf	07/12/2015 00:26:02	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	07/12/2015 00:24:59	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	19/10/2015 14:30:25	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_orientadora2.pdf	17/10/2015 16:54:45	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_concordancia_SMS.PDF	07/10/2015 14:06:01	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/09/2015 15:50:15	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Outros	Apendice_D.pdf	28/09/2015 14:55:07	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	28/09/2015 14:49:24	CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 04 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br