UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA REGINA CAFER

**Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães
adolescentes com sintomas de depressão pós-parto**

RIBEIRÃO PRETO
2016

JULIANA REGINA CAFER

**Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães
adolescentes com sintomas de depressão pós-parto**

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

Linha de pesquisa: assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Juliana STEFANELLO

RIBEIRÃO PRETO

2016

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.

CAFER, Juliana Regina

Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães adolescentes com sintomas de depressão pós-parto. Ribeirão Preto, 2016.

85 p.: il.; 30 cm

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

Orientador: Juliana STEFANELLO

1. Aleitamento materno. 2. Depressão pós-parto. 3. Adolescente.

CAFER, Juliana Regina

Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães adolescentes com sintomas de depressão pós-parto

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Minha Dedicatória

Dedico mais esta conquista aos meus pais, Maria das Dores Lima Cafer e Leonardo Cafer, com todo o meu amor e gratidão, por tudo que fizeram por mim, ao longo de minha vida. Desejo ter sido merecedora do esforço dedicado por vocês a mim, pois tenho certeza de que tudo que conquistei e ainda conquistarei devo a vocês. Que Deus em seu infinito amor e bondade possa recompensá-los com tudo que há de melhor.

Mãe e Pai, a vocês a minha eterna gratidão.

Amo vocês.

Às mulheres que passam pela experiência da maternidade e que conseguem desempenhar tantos papéis frente à sociedade e lidar com todos os desafios que implicam em ser mãe e mulher, nos dias de hoje.

Meus agradecimentos

A Deus, por iluminar minha vida e me conduzir para os melhores caminhos.

Aos meus irmãos Clélia e Leonardo, pelas palavras de apoio e incentivo. Amo vocês.

A Daniel, por todo o amor, apoio, generosidade e companheirismo. Sem você ao meu lado, nenhuma conquista valeria a pena.

À FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Processo nº 2014/02727-8, vigência de bolsa: 01/12/2014 a 30/11/2016 pelo incentivo e apoio institucional.

À minha orientadora Profa. Dra. Juliana Stefanello por me acolher, pelo exemplo que é em minha vida, pelos ensinamentos, por me incentivar e por me oportunizar aprender com amor e paciência todas as coisas que são importantes.

Às Profas. Dras. Ana Márcia Spanó Nakano e Flávia Azevedo Gomes- Sponholz, pelas contribuições no exame de qualificação, pelos exemplos de amor, dedicação e generosidade. A vocês minha admiração e carinho.

Às docentes da área de saúde da mulher pelos ensinamentos, levo um pouco de cada uma de vocês na minha trajetória de vida.

Aos amigos Adrielle, Helena, José Renato e Heloisa pela amizade, companheirismo, e por estarem sempre ao meu lado, nos momentos mais difíceis.

À UBDS Vila Virgínia, em especial à equipe de enfermagem, pela disponibilidade e acolhimento.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este estudo se concretizasse, minha gratidão.

RESUMO

CAFER, J.R. **Representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães adolescentes com sintomas de depressão pós-parto**. 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência que surge nas primeiras semanas, após o parto, e provoca alterações emocionais, cognitivas comportamentais e físicas. Mães adolescentes apresentam risco aumentado para a depressão pós-parto. Estudos mostram que a prática do aleitamento materno não se dá de forma efetiva nos casos em que a nutriz apresenta alterações emocionais. Diante do exposto, buscamos compreender quais as representações sociais sobre amamentação na perspectiva de mães adolescentes com sintomas de depressão pós-parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com 14 mulheres, mães de crianças com até um ano de idade e usuárias de um serviço público de saúde de Ribeirão Preto-SP. A primeira etapa consistiu na aplicação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para rastrear as mães adolescentes que apresentavam sintomas de depressão, no puerpério. As mães que apresentavam pontuação de 12 ou mais pontos eram convidadas a continuar a participar do estudo. Para as mulheres que aceitavam ser incluídas na pesquisa, foram aplicados questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada que foram gravados e transcritos na íntegra e realizados no local de escolha da participante. Para a análise dos dados, utilizamos o Método de Interpretação dos Sentidos à luz das representações sociais na perspectiva socioantropológica. Emergiram três categorias temáticas: 1) “Ser mãe na adolescência com sintomas de depressão no pós-parto”; 2) “Amamentando na adolescência com sintomas de depressão no pós-parto”; 3) “A rede de apoio: eu e a amamentação”. A gravidez é considerada indesejada no contexto investigado, pois é vista como empecilho para se dar continuidade à vida. E isto se reflete negativamente na amamentação, visto que, há dificuldades para se desempenhar papéis maternos, nesse momento da vida. Com relação à amamentação, observamos que os conhecimentos se restringem aos aspectos nutricionais e imunológicos, sendo desconsiderados os aspectos relacionais e de construção de vínculo da prática de amamentar. Este pensamento se justifica quando fazemos um olhar para o modo como as participantes se sentem somado ao contexto cultural em que vivem, um meio que trata a amamentação como mera prática de alimentação infantil. Há a ideia de que o leite materno é fraco, sendo a mamadeira vista como uma aliada, pois além de proporcionar sensação de saciedade do bebê por mais tempo, ainda impede que ele chore e incomode principalmente no período noturno, já no período diurno evita constrangimentos por ter de amamentar em locais públicos e pode ser oferecida por outra pessoa. A mamadeira é algo que proporciona sensação de liberdade, ocasionando a independência do bebê em relação à mãe. A mulher tem como maior fonte de influência e apoio sua mãe, o parceiro ainda permanece distante à realidade da amamentação e o profissional de saúde oferece orientações pontuais, nas quais desconsideram os contextos de vida nas quais as adolescentes estão inseridas. A internet é usada para se ter conhecimento, sendo considerada veículo de forte influência. Mesmo com apoio materno, a mulher ainda permanece sozinha, com dificuldades para falar sobre sua real situação emocional e sobre suas limitações para amamentar.

Palavras – chave: Aleitamento materno. Depressão pós-parto. Adolescente.

ABSTRACT

CAFER, J. R. **Social representations about breastfeeding in the perspective of adolescent mothers with symptoms of postpartum depression.** 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Postpartum depression is a mental disorder of high prevalence that arises in the first weeks after childbirth and causes emotional, cognitive, behavioral and physical changes. Adolescent mothers present an increased risk for postpartum depression. Studies show that the practice of breastfeeding does not occur effectively in cases where the mother presents emotional changes. In view of the above, we aimed to understand which are the social representations regarding breastfeeding, in the perspective of adolescent mothers with symptoms of postpartum depression. This is a qualitative research conducted with 14 women, mothers of children up to one year of age and users of a public health service in Ribeirão Preto - SP. The first phase consisted in the application of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening adolescent mothers with symptoms of depression in the puerperal period. Mothers who achieved a score of 12 or more were invited to proceed participating in the research. For those who accepted to be included, socio demographic questionnaires were applied and, semi-structured interviews were conducted and recorded in a participant's choice location and then, fully transcribed. For the data analysis, we used the Interpretation of the Meaning Method, in accordance with the social representations in a socio anthropological approach. Three thematic categories emerged: 1) "Being a mother in adolescence with symptoms of postpartum depression"; 2) "Breastfeeding in adolescence with symptoms of postpartum depression"; 3) "The network support: the breastfeeding and I." Pregnancy is considered undesirable in the context investigated, as it is seen as an impediment to give continuity to life. And this reflects negatively on breastfeeding, since there are difficulties to play maternal roles at this moment of life. Regarding breastfeeding, we observed that adolescent mother's knowledge is restricted to nutritional and immunological aspects, and the relational and building link aspects of breastfeeding practice are not considered. This thought is justified when observed how the participants feel in their cultural context, in which they deal with breastfeeding as a simple infant feeding practice. There is the idea that breast milk is weak, and the bottle is seen as an allied, since, as well as providing baby satiety feeling for longer, still prevents him to cry and bother, especially at night. Even during the day, the bottle avoids embarrassments when breastfeeding in public places and it can be offered by someone else. It is something that gives sense of freedom, causing the baby's independence from the mother. The woman has the greatest source of influence and support in her mother, while her partner remains distant to the reality of breastfeeding and the health professional provides specific guidelines in which disregards the life contexts in which the adolescents live. Internet is used in order to acquire knowledge, being considered vehicle of strong influence. Even with maternal support, the woman remains alone, struggling to talk about her real emotional situation and limitations to breastfeed. Thus, the social representations that support the breastfeeding practice, for these adolescents, bring with them the ambiguity of willing to give the best for your child - the breast milk, but also the will to be free and independent in life.

Keywords: Breastfeeding. Postpartum depression. Adolescent.

RESUMEN

CAFER, J. R. **Representaciones sociales sobre la lactancia materna en la perspectiva de madres adolescentes con síntomas de depresión posparto**. 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La depresión posparto es un trastorno mental de alta prevalencia que surge en las primeras semanas después del parto y provoca cambios emocionales, cognitivos, comportamentales y físicos. Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de depresión posparto. Los estudios muestran que la práctica de la lactancia materna no se produce de manera efectiva en los casos en que la madre lactante tiene cambios emocionales. Considerando lo que fue expuesto, buscamos entender cuáles son las representaciones sociales acerca de la lactancia materna, en la perspectiva de las madres adolescentes, con síntomas de la depresión posparto. Se trata de una investigación cualitativa realizada con 14 mujeres adolescentes con síntomas de depresión posparto, madres de niños menores de un año de edad y usuarias del servicio de salud público de Ribeirão Preto-SP. En la primera etapa se realizó la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo) para realizar un seguimiento de las madres adolescentes con síntomas de depresión en el posparto fue aplicado un cuestionario sociodemográfico y realizadas entrevistas semiestructuradas, los cuales fueron grabados y transcritos integralmente. Para el análisis de los datos, se utilizó el Método de Interpretación de los Sentidos a la luz de las representaciones sociales en la perspectiva socioantropológica. Surgieron tres categorías temáticas: 1) “Ser madre adolescente con síntomas de depresión en el posparto”; 2) “Lactando en la adolescencia con síntomas de depresión en el posparto”; 3) “La red de apoyo: yo y la lactancia”. El embarazo se considera indeseable en el contexto investigado y esto se refleja negativamente en la lactancia materna, teniendo en vista que, existen dificultades para llevar a cabo las funciones maternas en ese momento de la vida. En cuanto a la lactancia materna, se observó que los conocimientos se limitan a los aspectos nutricionales e inmunológicos, y se ignoran los aspectos relacionales de la práctica de lactancia materna. Este pensamiento se justifica cuando observamos cómo las participantes se sienten sumado al contexto cultural en el que viven, un medio que trata la lactancia como mera práctica de alimentación infantil. Existe la idea de que la leche materna es débil, siendo el biberón visto como un aliado, puesto que además de proporcionar la sensación de saciedad del bebé durante más tiempo, principalmente en la noche, durante el día evita la vergüenza de tener que lactar en lugares públicos. Además, el biberón puede ofrecer la sensación de libertad e independencia del bebé para con la madre. La mujer tiene como fuente principal de influencia y apoyo a su madre. La pareja sigue siendo lejana a la realidad de la lactancia materna y el profesional de la salud proporciona directrices específicas, las cuales desconsideran el contexto de vida de las adolescentes. El Internet es utilizado para obtener conocimientos, siendo un vehículo de fuerte influencia en los adolescentes. Incluso con la ayuda de la madre, la mujer permanece sola, con dificultades para hablar de su situación emocional real y sus limitaciones para lactar. De este modo, las representaciones sociales que sostienen la práctica de la lactancia materna para estas adolescentes traen consigo la ambigüedad de querer dar lo mejor para su hijo - la leche materna- pero también de querer ser libres e independientes para vivir.

Palabras claves: Lactancia materna. Depresión posparto. Adolescente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PERCORRENDO O OBJETO DE ESTUDO	14
2.1 A amamentação e a depressão no pós-parto	14
2.2 A singularidade de mães adolescentes neste contexto.....	17
3 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	19
3.1 Objetivos gerais	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 A Representação Social na perspectiva socioantropológica.....	20
5 MÉTODO.....	24
5.1 Tipo de estudo	24
5.2 Cenário do estudo	25
5.3 Os sujeitos do estudo	25
5.4 A coleta dos dados	26
5.5 A análise dos dados	27
5.6 Os aspectos éticos	28
6 RESULTADOS.....	29
6.1 Perfil sociodemográfico das puérperas adolescentes.....	29
6.2 Perfil da amamentação e alimentação complementar.....	30
6.3 Ser mãe na adolescência com sintomas de depressão no pós-parto	31
6.4 Amamentando na adolescência com sintomas de depressão pós-parto.....	36
6.5 A rede de apoio: “eu e a amamentação”	52
7 REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE AMAMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DE MÃES ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	60
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66

REFERÊNCIAS	68
--------------------------	-----------

APÊNDICES	78
------------------------	-----------

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE SCLARECIDO (mães adolescentes maiores de 18 anos).....	78
--	----

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE SCLARECIDO (Responsável pela adolescente com idade inferior a 18 anos de idade)	79
---	----

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E SCLARECIDO (mães adolescentes).....	80
--	----

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	81
--	----

APÊNDICE E - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	82
---	----

ANEXOS	83
---------------------	-----------

ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO	83
--	----

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	85
--	----

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das principais estratégias para alimentação infantil, com reflexo no adequado crescimento e desenvolvimento da criança e também parte importante no processo reprodutivo com implicações positivas para a saúde das mães (OMS, 2003). Sendo uma recomendação mundial de saúde pública, a OMS em consonância com o Ministério da Saúde recomendam que as crianças devam ser amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida e de forma complementar até os dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2015).

Entretanto, pesquisas nacionais que investigam o aleitamento materno, em dias de vacinação, nos mostram que estamos muito aquém do preconizado, havendo a necessidade de empenho nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2010).

Entendemos que para que esses índices melhorem significativamente é importante compreender que o aleitamento materno é um processo multifacetado que envolve também aspectos relacionais, culturais e não somente biológicos (BRASIL, 2009). De acordo com Badinter (1985), a amamentação é um comportamento social, variável de acordo com a época e os costumes.

Diante disso, é importante ressaltar que a amamentação abrange aspectos individuais que são relativos aos recém-nascidos e às mães e, ainda por determinantes contextuais, como exemplo, à realidade socioeconômica na qual as famílias estão inseridas. Sendo biologicamente determinada e culturalmente condicionada, a amamentação constitui-se em um processo complexo, repleto de ideologias e valores culturais (ALMEIDA; NOVAK, 2004; SANCHES, 2010).

Podemos considerar que a amamentação é um processo sociocultural que permite às mulheres de uma mesma ou de distintas gerações, no interior de um mesmo grupo familiar, vivenciar diversas experiências que podem ser modificadas ou não, a depender do contexto social em que vivem (MOREIRA; NASCIMENTO, 2012).

Além dos aspectos biológicos, sociais e culturais já citados, também se apresentam as condições psicológicas da mulher que amamenta como aspecto não menos importante e decisivo para o sucesso do aleitamento materno. A prática de amamentar propicia desenvolvimento do vínculo, gera afeto, proporciona sensação de segurança, acolhimento e contribui para o desenvolvimento da linguagem e a construção da inteligência do bebê. Ainda, por meio da amamentação, a mulher aprende sobre o comportamento do bebê e sobre seu

papel de mãe, e o bebê aprende a se relacionar com o mundo através das primeiras experiências com a mãe (ANDRADE, 2014). E quando esta prática não se dá de forma efetiva pode ocasionar perdas em todos os aspectos, inclusive na amamentação.

De acordo com Winnicott (2006), a amamentação é algo que pode proporcionar à criança uma experiência muito rica que auxilia no desenvolvimento total da sua personalidade. Ainda de acordo com o autor, a amamentação deve ser vista como algo que vai além do físico e do biológico, ela deve ser considerada como algo que auxilia na saúde mental do bebê, e a mãe tem papel fundamental nesse processo.

Assim, a amamentação é uma prática que envolve vários aspectos, e cada mulher representará sua experiência de acordo com sua vivência particular entendemos que algumas particularidades, como, por exemplo, a gravidez na adolescência, têm suas implicações, principalmente quando nos referimos à prática do aleitamento materno.

Quando fazemos um olhar para a experiência de mães adolescentes sobre amamentação, encontramos na literatura estudos que reforçam que, para mães adolescentes, preservar o aleitamento materno nos primeiros meses de vida da criança equivale a abdicar de horas de sono e lazer, sendo estes fatores citados como dificultadores do aleitamento exclusivo (LIMA et al., 2014).

Camarotti et al. (2011) identificaram que as maiores razões para que as mães adolescentes interrompessem a amamentação foram a volta ao trabalho e o desprazer em amamentar. Como obstáculo à prática de amamentar, a maioria das mães referiu traumas mamilares, dificuldades de sucção do recém-nascido e surgiram também os sintomas de depressão no período do pós-parto. É bem verdade que o quadro de depressão apareceu nesse estudo em menor escala em comparação com os outros aspectos dificultadores do aleitamento materno, mas os sintomas de depressão são uma realidade entre as mães adolescentes e podem influenciar negativamente na vivência da maternidade, no crescimento e desenvolvimento adequado da criança e também na construção de vínculo mãe e filho.

Sabemos que mães adolescentes apresentam risco aumentado para depressão no pós-parto. Quanto mais precoce é a gestação maior o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (HAY et al., 2008; KINGSTON et al., 2012; REID; OLIVER, 2007; SCHMIDT et al., 2006). Estudos mostram que uma em cada duas gestações que ocorrem na adolescência apresenta depressão pós-parto (FIGUEIREDO; PACHECO; COSTA, 2007).

Diante da realidade exposta, o presente estudo se propôs a dar visibilidade a um problema presente em nosso meio e que, na maioria das vezes, não é identificado pelos profissionais de saúde. A depressão no período pós-parto traz sérias consequências à saúde

materno-infantil, particularmente na amamentação, foco do presente estudo. Para o conhecimento científico, há lacunas na compreensão do processo de amamentar entre adolescentes com sintomas depressivos no pós-parto.

Assim, por meio da pesquisa qualitativa, sob a perspectiva das representações sociais, poderemos ter acesso aos saberes, às práticas e vivências em relação ao aleitamento materno das puérperas adolescentes com sintomas de depressão, dando visibilidade para a problemática e, contribuindo, para o desenvolvimento de estratégias preventivas e de apoio ao aleitamento materno a estas mulheres.

2 PERCORRENDO O OBJETO DE ESTUDO

2.1 A amamentação e a depressão no pós-parto

A Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), muito utilizada no Brasil por um consenso final para diagnóstico, etiologia e o tratamento de doenças, considera depressão pós-parto quando a mesma ocorre até seis semanas após o parto. Já, segundo os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) (2002), para que um quadro depressivo seja caracterizado como de pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, e os sintomas da depressão pós-parto estão correlacionados com os sintomas da depressão maior. Os sintomas comuns incluem flutuações e instabilidade do humor, preocupação com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada à delirante, ansiedade grave, ataques de pânico, desinteresse, medo de ficar só com o bebê, ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança, pensamentos delirantes que podem estar associado a um risco significativamente aumentado de danos ao bebê.

Segundo Santoro et al (2010) existem três categorias de depressão: 1) o *baby blues* que é a forma mais branda da depressão pós-parto; 2) a depressão puerperal e 3) as psicoses puerperais, caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio.

A prevalência de depressão pós-parto em mulheres brasileiras não difere daquela de mulheres que vivem em outros países não desenvolvidos. No entanto, em países desenvolvidos, a depressão acomete menos mulheres (LOBATO; MORAES; REICHENHEIN, 2011).

Estudo realizado no Brasil identificou que uma, em cada quatro mulheres, apresenta sintomas de depressão no período de seis a 18 meses após o parto, com uma prevalência de 26,3%. Os autores ainda identificaram que história prévia de doença mental antes da gravidez era o fator de risco mais fortemente associado com a depressão materna (FILHA et al., 2016).

Muitos fatores contribuem para a depressão materna durante a gravidez e depois do parto, como: gravidez indesejada, violência doméstica, insuficiente apoio em termos práticos e emocionais por parte do companheiro e da família, poucas relações de confiança e falta de

assistência nos momentos de crise, pobreza e adversidade cultural, história de depressão ou hospitalização psiquiátrica no passado e perda do parceiro (OMS, 2005).

A depressão no pós-parto é vista como algo que predispõe a interrupção precoce do aleitamento materno, pois mulheres com sintomatologia depressiva, tanto antes como depois do parto, estão em maior risco de interrupção da amamentação. Em particular, as preocupações de amamentação, dificuldades, atitudes negativas, dor e baixa eficácia precedem a sintomatologia depressiva (DIAS; FIGUEIREDO, 2015).

Puérperas com sintomas depressivos apresentam uma redução no interesse em cuidar do filho, no início e na duração do aleitamento materno, bem como na disposição para o autocuidado (BOGEN et al., 2010; DENNIS; MCQUEEN, 2009; WATKINS et al., 2011).

Podemos afirmar que a prática do aleitamento materno não se dá de forma efetiva nos casos em que a puérpera apresenta alterações emocionais, como depressão pós-parto, conforme observado no estudo de Shakespeare, Blake e Garcia (2004) no qual 20,5% das puérperas com diagnóstico de depressão pós-parto tiveram dificuldades na amamentação; dessas, 50% desmamaram em uma semana, 37,5% amamentaram por mais seis semanas e 12,5% não souberam informar o tempo de amamentação.

Segundo Henderson et al. (2003), a depressão pós-parto exerce um impacto negativo significativo sobre a duração do aleitamento materno. Dentre as participantes de seu estudo, 18% tiveram o diagnóstico de depressão pós-parto, com início antes de dois meses em 63% dos casos. A duração média da amamentação é de 26 semanas para mulheres com depressão de início precoce, 28 semanas para mulheres com depressão tardia e 39 semanas para mulheres sem depressão. Para a maioria dos casos, a interrupção do aleitamento é precedida do início dos sintomas depressivos no pós-parto.

Em um estudo realizado por Medeiros e Furtado (2004), utilizando a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburg, foi encontrada uma diferença significativa na pontuação entre as nutrízes que amamentavam exclusivamente ao seio e aquelas cujos bebês recebiam alimentação mista, observando-se maior intensidade de sintomas depressivos nas que já não amamentavam exclusivamente.

Hasselmann, Werneck e Silva (2008) identificaram que os filhos de mulheres com sintomas de depressão pós-parto apresentaram maior risco de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, nos dois primeiros meses de vida. Os autores reforçam que as mulheres que sofrem de depressão pós-parto possuem mais dificuldades em amamentar do que as outras mulheres, oferecendo com mais facilidade mamadeiras e chupetas. Essas

mulheres não conseguem ver os benefícios do aleitamento e acreditam que o seu leite é insuficiente, fraco, que não satisfaz o bebê e há a necessidade de suplementação com uso de leite artificial.

Com o objetivo de identificar os efeitos da depressão pós-parto nas práticas da alimentação infantil, Gaffney et al. (2014) encontraram uma maior prevalência do aleitamento materno, introdução de leite artificial aos dois meses de idade da criança e a introdução de comidas sólidas antes dos quatro meses de idade em filhos de mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto do que em mulheres sem diagnóstico da doença. Quando se relacionam autoeficácia no aleitamento materno e depressão pós-parto, observamos que as puérperas com sintomas depressivos apresentam baixa autoeficácia na amamentação, visto que apresentam menos confiança em sua capacidade de amamentar, baixa autoestima e acabam vivenciando a amamentação como algo difícil e doloroso. À medida que se melhora a eficácia da amamentação, podem ser reduzidos os sintomas depressivos do período pós-parto. Já as mães que amamentam exclusivamente seus filhos apresentam uma maior autoeficácia no aleitamento materno em comparação com as mães que não oferecem leite materno exclusivo (ZUBARAN; FORESTI, 2013).

Uma pesquisa qualitativa sobre mães com sintomas de depressão pós-parto ressalta que, muitas vezes, os sintomas da doença permanecem ocultos e que as mães não conseguem se abrir com outras pessoas, pois seus sentimentos fogem da imagem de uma “boa mãe” que fica feliz com a saúde do bebê, que pensa no bebê antes de si mesma, tem paciência com seu filho e que tem prazer em amamentar. As mulheres relatam que todas as mães têm expectativa de amamentar seus filhos e se elas não conseguem, é como se tivessem falhado como mães. As mulheres que conseguiram amamentar expressam dificuldades no início e dizem faltar confiança, ainda relatam que recebem informações contraditórias de profissionais, bem como de amigos e familiares e ainda que muitos profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre aleitamento materno (EDHBORG et al., 2005).

Diante do exposto, a literatura atual nos mostra que sintomas de depressão no pós-parto influenciam diretamente no início e na duração do aleitamento materno, sendo uma das maiores causas de abandono do aleitamento materno exclusivo. Assim, nos propusemos a olhar mais de perto como a amamentação se dá em mães adolescentes com sintomas de depressão, considerando todas as suas especificidades.

2.2 A singularidade de mães adolescentes neste contexto

É bem descrito na literatura científica as mudanças que ocorrem na vida da mulher com a maternidade, sendo o puerpério período crítico de transição, no qual ocorrem os ajustes fisiológicos necessários de recuperação e adaptação às alterações sofridas pelo organismo durante a gestação, tem início logo após o parto e tem duração variável (RICCI, 2015).

O puerpério envolve aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais, relacionais, socioculturais e econômicos. No caso do puerpério na adolescência, há uma gama de outras questões envolvidas como elementos contextuais que são muitas vezes negligenciados pela equipe de saúde, repercutindo em vulnerabilidade na vida da adolescente, o que pode contribuir para o aparecimento de algumas doenças, dentre estas, a depressão materna (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

A adolescência é o período de desenvolvimento que delimita a fase entre a infância e a fase adulta, é uma fase marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. O Ministério da Saúde toma por referência a definição da OMS que delimita a adolescência entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1996; WHO, 2009).

No entanto, temos de considerar que apesar de haver conceituações sobre a fase da adolescência, é incorreto fazer generalizações, visto que esta fase ultrapassa os limites do físico e do biológico, sendo também uma fase social e cultural. Cada adolescente apresenta uma história de vida e suas particularidades, devido a isto não devemos considerar a adolescência como algo superficial, visto que há mudanças em função do político, do social e do contexto cultural em que está inserida a adolescente (PANTOJA, 2003). Sendo importante não analisar a idade como o único fator, mas olhar para o contexto em que aquela adolescente está inserida.

Ao mesmo tempo, concluímos que a gravidez nessa etapa do ciclo vital não pode ser vista como um acontecimento isolado, mas como um evento que ocorre em um contexto histórico-social no qual a vida da jovem mãe ou da nova família se desenrola.

É importante ressaltar que nem sempre a gestação na adolescência é indesejada, visto que a maternidade envolve questões sociais e culturais complexas, ela pode estar ligada à mudança de *status* social dentro do grupo, como também ajudar na reafirmação de projetos de ascensão social (PANTOJA, 2003).

Entretanto, sabemos que a idade da mãe é um fator de risco adicional para o desenvolvimento de depressão na gestação e pós-parto, pois as taxas de sintomas depressivos

entre as mães adolescentes são mais elevadas do que as taxas entre as mães adultas. Mães adolescentes estão em risco elevado de desenvolver depressão, durante a gravidez e pós-parto, devido à tendência de serem mais socialmente isoladas, experimentar níveis mais elevados de estresse familiar, baixa autoestima e confiança, fatores associados a sintomas depressivos entre as mães adolescentes (SANTORO et al, 2010)

Algo importante para investigar em mães que apresentam sintomas de depressão é sua rede de apoio, visto que diferentes tipos de estresse, como a falta de apoio financeiro, do companheiro, da família, tabagismo e alcoolismo, interferem diretamente na interrupção do aleitamento materno (DOZIER; NELSON; BROWNELL, 2012).

O acompanhamento psicológico da mulher diagnosticada com depressão pós-parto deve envolver empatia, continuidade e deve ressignificar os sentidos da maternidade. Os profissionais de saúde não devem de modo algum emitir sentimentos de julgamento ou acusação, pois dessa forma a mulher poderá sentir-se mais livre para desempenhar o papel materno (MORAES; CREPALDI, 2011).

Diante do exposto, tomamos como pressuposto para este estudo que ser mãe e adolescente com sintomas depressivos implicará na forma de vivenciar a amamentação trazendo particularidades dessa fase à vivência do aleitamento materno.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivos gerais

- Compreender os saberes, as práticas e vivências das puérperas adolescentes com sintomas de depressão em relação à amamentação e como isso é construído em seu próprio contexto, sob a luz das representações sociais, na perspectiva socioantropológica.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das puérperas adolescentes que apresentam sintomas de depressão no período pós-parto.

- Identificar o perfil da amamentação e alimentação complementar, realizado pelas puérperas adolescentes aos seus filhos.

- Identificar as representações sociais sobre a amamentação na ótica de puérperas adolescentes que apresentam sintomas de depressão no período pós-parto.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Representação Social na perspectiva socioantropológica

A maternidade sempre foi vista como algo inerente à mulher, e, segundo Azevedo e Arrais (2006), as representações sociais acerca da maternidade revelam uma mãe perfeita, que ama seu filho e que está preparada para assumir todas as responsabilidades quanto à sua criação e educação.

Durkheim, na sociologia, foi o precursor na discussão das representações coletivas, para o autor os primeiros sistemas de representação que o homem fez para si do mundo e de si mesmo são de origem religiosa (DURKHEIM, 1998). As representações traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam (DURKHEIM, 1999). A sociedade é menos complexa, o indivíduo age de forma previsível, sem criatividade e é estático. A visão do autor é determinista e coloca o indivíduo como um produto das instituições sociais que sobre ele exercem coerção.

Moscovici (1978), tomando como premissa os conceitos de representações coletivas de Durkheim, cria com base na psicologia social a teoria das representações sociais. Ele parte da premissa de que “não há uma divisão entre o universo exterior e o universo do indivíduo ou do grupo”. Ele dá enfoque para as sociedades modernas, não separa indivíduo e sociedade e ressalta que os acontecimentos são dinâmicos, o que torna o conceito de representação social multidisciplinar, ou seja, o indivíduo é visto como ator dinâmico na sociedade que pode manipular regras e papéis sociais, ao passo que pode também criar novas regras e papéis, não sendo mais visto como um ser passivo de regras, como uma marionete.

A representação social estuda o senso comum na dimensão cotidiana que permite compreender as ações de um indivíduo em seu meio social, é um conhecimento muito rico culturalmente que adquire sentido e significado plenos, apenas se forem levados em consideração o contexto e a situação em que se manifestam (QUEIROZ, 2000).

As representações sociais são como “uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento”. Nas ciências sociais, são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 2008). Ainda segundo a autora, as representações sociais não são necessariamente conscientes,

porque elas se constituem de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se reproduzem e se modificam, a partir das relações e estruturas sociais (MINAYO, 2008).

Temos a fala como um instrumento privilegiado de coleta de informações das pesquisas sociais, pois revela condições estruturais, de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo transmite as representações grupais em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2008).

No entanto, a compreensão do objeto de estudo não ocorre apenas a partir dos enunciados da narrativa dos sujeitos, pois na realidade eles devem ser entendidos como parte de uma realidade. À medida que se vai além das falas e das ações em geral, podemos conseguir a articulação entre o representado e o vivenciado, o que pode auxiliar como base na construção de políticas e ações que possam auxiliar os sujeitos da pesquisa (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

A antropologia pode ser definida como a ciência que estuda o “outro”, sendo que esse outro foi definido e redefinido das mais diversas formas, ao longo da história. A história da antropologia está ligada à civilização europeia quando explora as índias e se depara com muitas diferenciações religiosas, econômicas e organizacionais. A antropologia surge como a disciplina que estuda as sociedades primitivas, e a definição do outro só é repensada quando se começa a constatar que as chamadas sociedades primitivas estavam em extinção (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Na década de 1970 e 1980, foram realizados estudos antropológicos na própria sociedade do pesquisador. No Brasil, a antropologia já nasce estudando nossa própria sociedade e a passagem do estudo das populações indígenas para o estudo de grupos específicos, tanto na zona rural como na zona urbana, foi realizada sem grandes questionamentos. Se antes a distância entre pesquisador e o objeto de estudo era geográfica, linguística e cultural, hoje é uma distância tênue, social, de gênero e de cultura, ou simplesmente uma forma de olharmos o outro ou a nós mesmos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A antropologia busca a especificidade a partir do estudo da diferença e em relativizar os conceitos e os valores da própria sociedade do pesquisador, em confronto com os valores da sociedade estudada. É na relação estreita entre teoria e pesquisa de campo que reside a originalidade da antropologia e da sua capacidade autorreflexiva (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

As pesquisas antropológicas procuram apreender o “outro”, no entanto, é impossível sair totalmente de si mesmo, o que nos proporciona uma perspectiva de relatividade, um bom

trabalho etnográfico requer comprometimento por parte do investigador, maior do que uma mera avaliação do “outro” (QUEIROZ, 2000).

As representações sociais no enfoque antropológico deixam de ser reflexo da estrutura social e passam a apresentar uma autonomia relativa, ou seja, há uma configuração sociocultural, mas que pode conter elementos de inversão, de oposição e de conflito. As representações sociais existem em dinâmica constante com a realidade social que as configura e não podem ser estudadas fora do contexto (QUEIROZ, 2000).

Um instrumento fundamental da antropologia para estudar o outro é o conceito de cultura que expressa a forma como a diferença é pensada e como é concebido o outro. A cultura deve ser entendida como conjunto de regras que orienta e dá significados às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social. Nesse contexto, podemos afirmar que a cultura é arbitrária, pois cada grupo pode atribuir um significado diferente para o mesmo objeto, é uma espécie de código que um determinado grupo compartilha, sendo que as diferentes dimensões da cultura se encontram entrelaçadas e compõem este código que é a cultura (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Outro conceito que representa grande parte das análises antropológicas é o da representação social e é através desse conceito que estabelecemos a especificidade do social em contraposição ao individual. As representações sociais são como aquilo que as diferentes opiniões individuais têm em comum, a lógica que lhes une e que é compartilhada por todo um grupo social de forma mais ou menos estável, é uma interpretação que se organiza em estreita relação com o social e que se torna para aqueles que dela compartilham a realidade dela mesma (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Queiroz (2000) ressalta que a grande contribuição da antropologia social e cultural moderna às representações sociais é a que a verdade é sempre relativa ao contexto social em que o sujeito está inserido.

No que se refere às representações das doenças, os estudos clássicos da antropologia seguem diversas orientações. Good (1994) apresentam quatro abordagens das representações da doença que expressam diferentes paradigmas. A primeira se caracteriza pela persistência da tradição empirista, compreende as representações de doença com base nas crenças presentes do senso comum. A segunda abordagem é baseada numa perspectiva da antropologia cognitiva, está voltada para a investigação de como a linguagem e a cultura estruturam a percepção. As representações de doença são situadas em termos mentais, abstraídos do conhecimento incorporado, da influência e das forças sociais e históricas que moldam significados de doenças.

Na terceira abordagem, a interpretativa, as representações de doenças são vistas como culturalmente construídas, centrando no seu significado, procuram articular cultura e doença, entendendo que a doença não é uma entidade, mas um modelo explicativo. Entende que biologia, práticas sociais e significados interagem na organização de doença como objeto social e experiência viva (GOOD, 1994).

Por último, a abordagem crítica que entende as representações de doença como mistificação, são estudos baseados no pensamento neomarxista, e compreendendo as questões da saúde à luz de forças políticas e econômicas que padronizam relações interpessoais, moldando comportamentos sociais, propõe a ideia de que a doença é culturalmente construída, ao focalizar sua produção social e faz uma crítica à utilização política das representações de doença (GOOD, 1994).

De acordo com Laplantine (2010), existe um modelo exógeno e endógeno da doença. O modelo exógeno representa uma intervenção exterior, ou seja, infecção microbiana, vírus, patogenicidade; já o modelo endógeno representa as noções de campo, hereditariedade, temperamento e predisposições. A etiologia não deve considerar o homem como meio passivo, mas um agente que reage e como consequência, a patogenia microbiana não pode ser vista como causa única para o desenvolvimento da doença. O autor cita que Pasteur em um de seus experimentos se vê confrontado ao descobrir que os microrganismos patogênicos podem não encontrar os fatores necessários para seu desenvolvimento, e que sua eficácia é mais ou menos forte de acordo com o meio. E ainda reforça que 90% das causas das doenças estão ligadas ao alcoolismo, ao tabaco, às condições de trabalho, de vida, de transporte, de isolamento e de desenraizamento. Nos evidenciando que o meio em que se vive e as questões sociais e culturais são aspectos importantíssimos para o desenvolvimento de doenças.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Para alcançarmos o objetivo deste estudo, utilizamos a abordagem qualitativa. Este método permite a compreensão dos sujeitos na sua realidade e o contato do pesquisador com a situação investigada, em seu contexto natural, com ênfase na vivência e percepção do participante.

A pesquisa qualitativa se desenvolve com bases nas realidades e nos pontos de vista de quem está sendo estudado, seu objetivo principal consiste em desenvolver uma rica compreensão holística dos indivíduos, em seu próprio contexto (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com Polit e Beck (2011), os estudos qualitativos são fundamentados por disciplinas da antropologia, da sociologia e da psicologia. Cada disciplina foca em um ou mais domínios da pesquisa. A disciplina da antropologia estuda as culturas humanas, sendo a etnografia a tradição de pesquisa primária da antropologia. Na antropologia, o domínio da pesquisa é a cultura, preocupa-se com a visão holística, mapeamento do mundo cognitivo e significados compartilhados de uma cultura. A metodologia de investigação antropológica se divide em duas etapas: a etnografia que está voltada para a pesquisa de campo, ou seja, coleta de dados, e a etnologia se destina à análise do material coletado em campo.

Há três tradições que influenciam fortemente a pesquisa qualitativa: a tradição da teoria fundamentada que descreve e compreende processos-chave estruturais psicológicos e sociais ocorridos em um cenário social, visa a explicar o que está acontecendo; a etnografia que busca estudar o estilo de vida, as experiências de um determinado grupo cultural específico para compreender sua visão de mundo, abordagem do presente estudo; e a fenomenologia está relacionada à descoberta das experiências vividas pelos humanos, onde se é utilizada uma abordagem para pesquisar como são as experiências de vida das pessoas e o que elas significam (POLIT; BECK, 2011).

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, um município localizado ao nordeste do Estado de São Paulo que conta com uma população de 604.682 mil habitantes (BRASIL, 2010). A coleta dos dados foi realizada na Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) "Dr. Marco Antônio Sahão" – Vila Virgínia, esta unidade de saúde oferece atendimento de emergência à população 24 horas diariamente e atendimento básico de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, assistência domiciliar, teste do pezinho, planejamento familiar e também atendimento de especialidades como cardiologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia, urologia, ultrassonografia e radiologia, de segunda à sexta-feira das 07 às 19 horas.

Esta Unidade Básica Distrital de Saúde foi eleita, por ser uma das principais unidades com o maior número de nascidos vivos de mães adolescentes que utilizam a rede municipal de saúde de Ribeirão Preto – SP. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2014, a UBDS obteve um total de 578 nascimentos, desses 349, as mães utilizavam somente os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação à faixa etária apresentou 71 nascimentos de mães com idade entre 15 e 19 anos que utilizavam somente os serviços do SUS e 82 nascimentos de mães que utilizam o SUS e o convênio (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

5.3 Os sujeitos do estudo

Foram convidadas a participar mães adolescentes com filhos menores de um ano de vida, que fizeram acompanhamento de puericultura de seus filhos na Unidade Básica Distrital de Saúde "Dr. Marco Antônio Sahão" e que tiveram rastreamento positivo para sintomas depressivos. Ressaltamos que foram consideradas adolescentes as participantes de 10 a 19 anos, conforme a OMS (WHO, 2009). Com relação à situação de aleitamento materno, serão incluídas tanto adolescentes que amamentam ou amamentaram, como as que não amamentaram nem amamentam seus filhos.

Foram excluídas as mães adolescentes cujos filhos tiveram contraindicação formal ao aleitamento materno.

O número de participantes foi definido pela saturação teórica dos dados que consiste na repetitividade das informações colhidas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

5.4 A coleta dos dados

No primeiro contato com a adolescente, foram explicados os objetivos da pesquisa e sua finalidade. Mediante o aceite em participar da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para mães adolescentes maiores de 18 anos de idade, ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para as mães com menos de 18 anos de idade (APÊNDICE B) e o TCLE para os responsáveis pelas mães adolescentes com idade inferior a 18 anos de idade (APÊNDICE C).

Foi realizada a primeira etapa da pesquisa que consistiu na aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) para identificação das mães adolescentes que sofrem com sintomas depressivos no pós-parto.

A EPDS é uma das escalas mais utilizadas para realizar o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam no pós-parto. A EPDS foi traduzida para o português e validada no Brasil. É uma escala autoaplicável, é composta por 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EPDS mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos sentidos nos últimos sete dias. Sua aplicação é simples e pode ser utilizada por profissionais da área de saúde não médicos (MENEZES et al., 2012).

As adolescentes que fizeram a pontuação de 12 pontos ou mais passaram para a segunda etapa da pesquisa, na qual os dados foram coletados por meio de: questionário sociodemográfico para a obtenção de informações demográficas e sociais e entrevista semiestruturada, para subsidiar a identificação das representações sociais das participantes sobre a prática do aleitamento materno (APÊNDICE D).

De acordo com Minayo (2006), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que é construído pelo pesquisador, esse tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura que os pressupostos sejam cobertos, durante a conversa.

As entrevistas foram realizadas no local de preferência da participante e tiveram como questões disparadoras para o tema central: Conte-me como que foi/está sendo para você esta fase depois que o bebê nasceu); O que você já ouviu falar sobre amamentação?; Qual a fonte? Conte-me como está sendo/ foi para você a amamentação; O que você considera importante para amamentar? Você considera que teve esta condição? O que faltou?

5.5 A análise dos dados

Utilizamos o Método de Interpretação dos Sentidos para análise e interpretação dos dados. Trata-se de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa palavras, ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas, dentre outros corpos analíticos (GOMES et al., 2005).

A análise através do Método de Interpretação dos Sentidos se dá através da compreensão cultural, social e material, a contextualização é a dialética entre as interpretações e reinterpretações dos diferentes atores sociais que interagem dentro das condições objetivas, em determinado espaço e tempo (GOMES et al., 2005).

A Hermenêutica (compreensão) e a Dialética (crítica) serviram como base para a operacionalização do Método de Interpretação dos Sentidos. Diante disso, para que pudessemos interpretar os dados, buscou-se lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações, situou-se os fatos, os relatos e as observações no contexto das participantes, e produziu-se um relato dos fatos no qual descrevesse da forma mais fiel possível a vivência das participantes (MINAYO, 2006).

Após a transcrição, Gomes et al. (2005) os autores propõem leitura compreensiva do material, buscando de um lado ter uma visão de conjunto e do outro apreender as particularidades do material. A montagem da estrutura de análise envolve sucessiva categorização e distribuição das unidades que compõem o material. As categorias devem ser elaboradas a partir de diferentes critérios, ou seja, podemos utilizar diferentes classificações para selecionar o material de pesquisa.

Na exploração do material, buscou-se ir além das falas e dos fatos, ou seja, dar luz ao que está obscuro, ir do explícito para o implícito, do texto para o subtexto. Para que isso aconteça é preciso fazer a identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto, busca de sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos às ideias, diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes, de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo (MINAYO, 2012).

Na elaboração da síntese interpretativa, chegamos à interpretação propriamente dita, e caminhamos na direção de uma síntese, e isso é possível quando trabalhamos com os sentidos mais amplos que traduzem a lógica do conjunto do material, nessa etapa faz-se articulação entre os objetos de estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos (MINAYO, 2012).

O Método de Interpretação dos Sentidos foi escolhido como método de análise desta pesquisa, pois avança na interpretação, vai além dos conteúdos dos textos e revela as lógicas e as explicações mais abrangentes (MINAYO, 2012). Presentes na cultura e na temática da depressão pós-parto em mães adolescentes

Para fundamentar a análise e discussão dos dados, adotamos o referencial teórico da representação social, dentro de uma perspectiva cultural.

5.6 Os aspectos éticos

De acordo com a Resolução 466/12 do Código Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e aprovado sob Protocolo 175/13 (ANEXO B).

A fim de prezar pela qualidade do nosso estudo, utilizamos o guia para estudos qualitativos COREQ (*Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

6 RESULTADOS

Os dados deste estudo serão apresentados em duas etapas. Na primeira etapa, apresentaremos as características sociodemográficas das participantes e as características da alimentação dos bebês.

Na segunda etapa, apresentaremos as três categorias temáticas que emergiram das falas: 1) “Ser mãe na adolescência com sintomas de depressão no pós-parto”; 2) “Amamentando na adolescência com sintomas de depressão no pós-parto”; 3) “A rede de apoio: eu e a amamentação”.

6.1 Perfil sociodemográfico das puérperas adolescentes

Analisando as características das 14 participantes, por meio do questionário sociodemográfico, foi possível identificar que a idade das mesmas variou entre 12 e 19 anos, com uma média de 16,8 anos, e a idade dos bebês variou entre dois e 8 meses de vida, com uma média de 4 meses.

Com relação ao nível de escolaridade, cinco (35,71%) participantes tinham ensino fundamental completo, cinco (35,71%) participantes tinham ensino fundamental incompleto, uma (7,14%) participante tinha ensino médio completo e três (21,42%) participantes tinham ensino médio incompleto. Todas as participantes estavam afastadas do contexto escolar. Sendo que uma (7,14%) participante citou que teve licença-maternidade da escola de quatro meses, mas relatou que não sabia se ia voltar a estudar, já que estava à procura de emprego para ajudar nas despesas com o filho.

No que se refere à ocupação/profissão, 11 (78,57%) relataram não exercer trabalho remunerado, tendo seus afazeres no domínio doméstico, uma (7,14%) disse ser vendedora em shopping, uma (7,14%) auxiliar de limpeza em shopping e, uma (7,14%) manicure.

Com relação à licença-maternidade, a participante que disse trabalhar no shopping como vendedora relatou ter seis meses de licença-maternidade, a manicure disse trabalhar como autônoma e não ter registro em carteira, e a que trabalha no shopping na área de limpeza disse que iniciou no serviço após o nascimento do bebê, não recebendo o benefício, sendo sua vizinha a cuidadora de seu filho.

Quanto ao estado civil, todas as participantes relataram ser solteiras, sendo que 11 (78,57%) disseram viver com o companheiro em regime de união consensual e três (21,42%) disseram viver com sua família, a qual é mantenedora da casa. Dessas 11 que relataram viver em união consensual, seis (42,85%) disseram viver somente com o companheiro e o bebê, e cinco (35,71%) disseram viver com o parceiro e com suas respectivas famílias.

Quando nos referimos ao tipo de parto, 11 (78,57 %) participantes tiveram parto normal, sendo que as outras três (21,42%) tiveram parto cesáreo, e todas as participantes são usuárias somente do Sistema Único de Saúde.

As participantes, em sua maioria (9-64, 28%), eram naturais da cidade de Ribeirão Preto, e cinco mães (35,71 %) eram naturais da região Nordeste do Brasil.

6.2 Perfil da amamentação e alimentação complementar

Foi possível identificar, por meio das entrevistas, que cinco (35,71%) bebês estavam em aleitamento materno exclusivo, três (21,42%) em aleitamento materno misto ou parcial, dois (14,28%) em aleitamento materno complementado, e quatro (28,57%) bebês não estavam mais sendo amamentados

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2007) o aleitamento materno costuma ter diversas classificações¹, na situação de aleitamento materno das participantes identificamos que no caso dos bebês que estavam em aleitamento materno misto ou parcial, o tempo mínimo de amamentação exclusiva foi de 15 dias e o tempo máximo de um mês, sendo escolhidos leite integral (de caixinha) e fórmula láctea. As participantes oferecem em maior quantidade os outros tipos de leite durante o dia e esporadicamente o seio materno, geralmente quando a criança solicita. Sendo o leite materno tratado como alimentação complementar aos outros tipos de leite.

¹ - Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno exclusivo, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões) e sucos de frutas.

- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (colocar rodapé) (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Identificamos que as participantes têm introduzido as papas doces (banana amassada e raspas de maçã) e a comida da família, a partir dos quatro meses de vida da criança, com a finalidade de complementar a alimentação do bebê.

Com relação às participantes que referiram não amamentar, uma (1) disse não ter amamentado e quatro (4) participantes relataram que chegaram a amamentar, mas atualmente não amamentam, o tempo mínimo de aleitamento materno exclusivo foi de quatro dias e o tempo máximo de um mês de vida do bebê. As participantes associam o insucesso da amamentação com pouca disponibilidade para amamentar, dor, insegurança, medo e dificuldades para lidar com as demandas da amamentação na nova fase de vida, também citaram rede de apoio prejudicada, pouco apoio emocional e prático por parte dos profissionais de saúde e do parceiro no período pós-parto.

As participantes apresentaram muitos pontos em comum, devido a viver em uma dimensão sociocultural parecida e também ter vivenciado na adolescência a experiência da maternidade. No entanto, notamos que cada mulher entrevistada apresentava em seus relatos características pessoais e individuais muito próprias, que as diferenciavam umas das outras de acordo com sua história de vida.

Para compreender as vivências do aleitamento materno em mães adolescentes com sintomas de depressão, primeiro compreendeu-se em quais situações essa gestação ocorreu e como isso interferiu no pós-parto, bem como, na amamentação.

6.3 Ser mãe na adolescência com sintomas de depressão no pós-parto

A depender das necessidades de determinada sociedade e dos valores dominantes, determinam-se os papéis dos pais, das mães e dos filhos (BADINTER, 1985).

Há uma concepção bem estabelecida em nossa sociedade de que todos os aspectos que envolvem a maternidade são natos às mulheres e se desenvolvem de forma natural. No entanto, é preciso atentar que a história da humanidade nos conta que nem sempre o papel social da mulher esteve ligado à maternidade como algo natural e instintivo, que o amor universal e automático pelos filhos é algo recente e que em tempos passados este amor apresentava-se de modo diferente (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Ser mãe na adolescência: “nada normal”

Vivemos em uma sociedade que sofre constantes mudanças, onde os pensamentos e valores são alterados frequentemente e é nesse contexto de mudanças que está inserida a gravidez na adolescência. Frente a esta realidade, o fenômeno da gravidez na adolescência pode ser vivenciado positivamente ou negativamente, de forma desejada ou indesejada, com apoio familiar ou não (QUEIROGA et al., 2015).

Na maioria das participantes, a gestação não foi planejada, e a notícia da gravidez foi motivo de apreensão, ansiedade e tristeza. A gravidez no contexto das participantes foi considerada indesejada e são diversos os motivos que levam as adolescentes a considerar a gravidez como tal como, por exemplo: insegurança devido à ausência da mãe, problemas familiares, falta de apoio emocional, financeiro e prático por parte do parceiro, dúvidas sobre a paternidade do bebê, dificuldades financeiras e também a sensação de que a gravidez aconteceu em um tempo inoportuno, em que se queria desempenhar muitos papéis na vida, menos o de mãe.

“Se eu pudesse voltar atrás (pausa) ... não por ela, mas pela vida que tinha antes... tive de largar a escola, amigos. ” (Gabriela, 12 anos)

“... foi tudo diferente... nada normal, tudo difícil... é assim: eu saía muito, agora não posso sair, eu queria muito trabalhar, mas agora não posso porque não tem quem olha, entendeu? Eu também queria estudar, mas eu não consigo, porque minha mãe também não fica com ela, aí mudou tudo, ficou tudo difícil. ” (Fernanda, 18 anos)

“Porque por um lado eu sempre quis ter um filho, ainda mais uma filha linda como a minha, e eu fiquei triste só porque veio num momento em que eu queria estudar, fazer curso, eu queria ter minha casa própria, trabalhar neh, por isso que eu fiquei triste, porque agora vai ser mais difícil neh, conseguir um trabalho fixo, assim bom, por isso só. ” (Luciana, 19 anos).

Para viver essa etapa, as participantes falam com pesar que precisaram romper com os estudos e também com sonhos de trabalho, essas jovens mulheres que fazem parte de uma classe econômica menos privilegiada relataram possuir sonhos com o objetivo de ascensão social, os quais a maternidade veio protelar. Além disso, muitas coisas das quais gostavam de fazer como sair com os amigos, ir a festas, entre outras atividades comuns realizadas nessa faixa etária de vida, tiveram de ser deixadas de lado, devido a uma gravidez não planejada. A necessidade de assumir as responsabilidades nos cuidados com a criança implica dedicação e compromisso, e isso restringe o convívio com os amigos e as atividades de lazer do contexto adolescente (SANTOS et al., 2015).

Há uma espécie de luto, em que com o nascimento do filho as possibilidades de crescimento social tornam-se menores e os sonhos quase impossíveis de serem realizados. Entendemos que há uma dificuldade em assumir esse novo papel de mãe, além disso, também medo e insegurança rodeiam essa etapa na vida da jovem mulher, o que pode impedi-la de se adaptar à sua nova condição mais facilmente, ou mesmo, de viver a maternidade em sua plenitude.

“Olha sinceramente é esquisito ter filho, ainda mais na minha idade. ” (Gabriela, 12 anos)

A passagem da menina para mulher, da vida de adolescente para a vida adulta acontece de maneira brusca, sem que haja o tempo ideal para amadurecimento psicológico e social. Há estranheza em vivenciar os aspectos tão particulares da maternidade na adolescência e neste contexto podemos afirmar que além de haver implicações na vida social, econômica, familiar e conjugal, ainda, há implicações diretas nas relações, no cuidado com o bebê e na amamentação.

De acordo com Gomes et al. (2010), a adolescência e a gravidez são etapas críticas e de transição durante o desenvolvimento da personalidade da mulher e se tornam difíceis, quando acontecem ao mesmo tempo. A gravidez quando ocorre na adolescência interfere significativamente na rotina de vida, nas relações familiares, na sua convivência escolar, e principalmente, nos conflitos interiores consigo mesma.

Ser mãe na adolescência: “ tudo fica mais pesado”

A maternidade traz consigo mudanças na vida social, familiar, conjugal e em outros aspectos que envolvem a vida da mulher. Com o nascimento do bebê há muitas mudanças nas atividades da vida diária, e estas são percebidas como algo desgastante. Aqui o cansaço é exemplificado através da nova rotina de vida com o bebê e também por meio da nova condição social, sendo o enfrentamento dos novos papéis de dona de casa e mãe vivenciados como um fato novo, sendo cansativo e de difícil adaptação, o “peso” não é somente físico, mas, emocional.

“Achei que tudo mudou muito, tudo fica mais devagar, demora mais, fica mais pesado, cansa. ” (Daniela, 18 anos)

“Está sendo puxado, bastante puxado para mim, esta rotina de dona de casa, mãe é bastante puxado. ” (Emanuela, 16 anos)

Em nossa cultura, o cuidado com o bebê deve ser assumido pelas mulheres, o que está em parte fundamentado na capacidade que ela tem de engravidar, parir e amamentar e em construções sociais de serem as mulheres mais habilidosas para cuidar dos filhos (NAKANO, 2003).

No contexto das puérperas adolescentes que apresentam sintomas de depressão, percebemos que há certa irritabilidade e uma dificuldade na nova rotina de cuidados com o bebê.

*“Ah eu me vi aperreada, sem poder fazer nada, até para amamentar ela foi difícil.”
(Bruna, 16 anos)*

Um estudo que se propôs a identificar a duração do aleitamento materno em mães com depressão no pós-parto encontrou que uma razão principal para a cessação da amamentação são muitos afazeres domésticos, e estes foram relatados em uma maior taxa entre as mulheres com sintomas de depressão do que as mulheres sem sintomas de depressão, uma explicação seria a natureza dos próprios sintomas depressivos, como fadiga ou perda de energia que muitas vezes ocorre com os transtornos depressivos (BASCOM; NAPOLITANO, 2016).

Ser mãe é abdicar de si para cuidar do filho

Atualmente, temos forte em nossa cultura o ideal de mulher que desempenha multitarefas, ou seja, que trabalha fora de casa, que cuida do marido e é responsável pelos cuidados e educação dos filhos, deve estar sempre bem asseada, e muitas vezes abdicar de si para cuidar dos seus, correspondendo, assim, ao ideal de boa mãe, mulher e profissional (MOREIRA, 2003). Nesse contexto, as mulheres que participaram deste estudo deixam transparecer que não fogem desse ideal cultural da “mãe perfeita”, tão comum nos dias de hoje na nossa sociedade.

A maternidade é citada como algo que muda profundamente a vida da mulher, as participantes referem mudanças no jeito de pensar e agir, reforçam que não podem mais ter as mesmas atitudes de antes, porque agora possuem uma criança para cuidar e uma nova responsabilidade, ou seja, um novo papel social.

Nesse contexto a criança é colocada em primeiro plano: deixa de cuidar de si para cuidar do filho e o desejo de ascensão social existe com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o filho. Existe a necessidade de se provar como “boa mãe”, de

se mostrar de acordo com o que a sociedade julga como sendo adequado, ou seja, a mãe que se doa e que abdica de si mesma para cuidar do filho.

“Eu senti muito diferente porque antes eu pensava só na rua, só nas coisas erradas, aí agora minha cabeça já mudou, agora eu penso em dar futuro para a menina em dar conforto e tudo mais.” (Helena, 17 anos)

“Cuidar dela é o mais importante e eu cuido dela bem, graças a Deus, está indo tudo certinho, agora eu não tenho tempo para nada mais, só para ela mesmo, mas para mim não importa, é uma gratificação ficar cuidando só dela agora.” (Luciana, 19 anos)

“Bastante, bastante coisa mudou, porque antes de ter ela, eu não tinha tanta responsabilidade, hoje em dia já é mais puxado, porque tem mais responsabilidade principalmente com ela neh, com o bebê.” (Clara, 16 anos)

Existe uma cobrança social para que as mulheres exerçam o papel materno de forma adequada, sigam o padrão idealizado de “boa mãe”, independente se para isso, tenham que abdicar de seu sono, sua rotina e suas vontades. Aquelas que não cumprem bem com esse papel são tidas como desviantes (STEFANELLO, 2005).

Winnicott (2005) refere que a mãe deve ser “suficientemente boa” no intuito de afirmar que ela não deve se despreocupar ou preocupar-se demasiadamente com seu bebê, porque isso pode levar a uma relação patológica. Mas afirma que a relação da mãe e do bebê deve funcionar bem e em equilíbrio, viabilizando o processo de desenvolvimento pessoal e real do bebê.

A escritora Carla Averbuck (2013) escreve uma crônica para a revista Carta Capital em que relaciona a maternidade vista pela sociedade contemporânea e as questões de gênero envolvidas. A escritora ressalta que quando a mulher se torna mãe, deixa de ser livre e passa a ser observada e controlada, deve exercer a função sagrada da maternidade e deixar de lado sua própria vida porque se tornou mãe, muito ao contrário do que acontece na paternidade, em que o homem que se torna pai, e faz pouco, é considerado especial porque fez o mínimo de sua obrigação. Reforça que a sociedade encara isso com normalidade e que a mãe/mulher e o pai não compartilham das mesmas responsabilidades.

Apesar do movimento feminista, ainda é muito forte em nossa cultura a ideia de que a mulher deve se responsabilizar pelos cuidados do filho e da família. No contexto das participantes não é diferente, e a consolidação da maternidade se dá através da mudança de hábitos de vida e do modo de pensar de uma maneira nada igualitária.

No universo investigado percebemos que a mulher entende que com a chegada do bebê ela deve abrir mão de outros aspectos de sua vida para dedicar-se à criação do filho, essa

mesma lógica cultural não perpassa a vida dos pais, que prosseguem sua rotina de vida sem experimentar na mesma proporção as mudanças que ocorrem na vida da mulher ao tornar-se mãe.

6.4 Amamentando na adolescência com sintomas de depressão pós-parto

Nessa categoria temática, as participantes representaram sua experiência com a amamentação na adolescência apresentando sintomas de depressão no pós-parto, retratando, assim, os saberes e a prática da amamentação em seu próprio meio.

Para as participantes a amamentação é entendida como importante para a criança devido aos seus aspectos nutricionais e para a mulher para a perda de peso, demonstrando uma visão restritiva aos benefícios biológicos do aleitamento materno. E para que a amamentação aconteça de forma efetiva é preciso ter mamas, somente.

As participantes relataram que aprenderam sozinhas a amamentar, e isto nos remete à ideia de que há uma cultura de que o aleitamento materno é algo instintivo, que não precisa aprender, já se nasce sabendo. Entretanto, quando a amamentação não é bem-sucedida, elas se utilizam da mamadeira, que aparece como uma grande aliada.

Benefícios da amamentação: “Amamento para alimentar ele neh, para ele ter saúde... e também dizem que perde peso”

O olhar das participantes sobre a amamentação é biologicista, voltado para os benefícios imunológicos, para o ganho de peso e o bom desenvolvimento do bebê. Os conhecimentos se restringem aos aspectos biológicos e percebemos que há pouca associação da prática de amamentar a aspectos relacionais e de construção de vínculo mãe e bebê que são considerados tão importantes quanto os benefícios nutricionais e imunológicos.

“Para o neném eu sei que a amamentação é saúde, é proteção e que também ajuda o metabolismo da criança crescer melhor, o organismo é melhor, evita cólicas e tudo e evita muitas doenças. ” (Luciana, 19 anos)

“É que a mãe amamentando o bebê fica mais saudável... é igual as enfermeiras falaram que é mais difícil adoecer e o leite é muito importante para o bebê. ” (Joice, 18 anos)

Um estudo que tinha o objetivo de investigar os aspectos emocionais envolvidos nas campanhas brasileiras de aleitamento materno identificou que os benefícios físicos e de desenvolvimento são mais evidenciados, já os benefícios emocionais aparecem como benefícios adicionais e de forma periférica, sendo que em nenhum momento aparecem como destaque, com relação à saúde mental, quando abordada, se volta para a saúde do bebê. Sobre a imagem, notamos que a “madrinha” geralmente uma celebridade do meio artístico apresenta-se sorrindo sempre olhando para a câmera, e pouco mantém contato “olhos nos olhos” com o bebê. O autor ainda destaca que o desmame é baseado na introdução de outros alimentos e não é tratado na sua dimensão relacional (separação mãe e bebê) (MIGLIORINI; PRIOLE; VALLE, 2014).

A partir disso, podemos fazer uma correlação entre o conhecimento popular e as informações que possuem ampla divulgação nos meios de comunicação e compreender que, aqui nesse meio investigado, o conhecimento apresentado pelas participantes caminha em direção ao que é divulgado. Apenas uma das participantes destacou aspectos relacionais e de vínculo com o filho no momento da amamentação, como vemos:

“Ah amamentar é que nem eu falo neh, amamentar é importante para a criança para ficar perto da mãe, não sei, acho que o próprio leite ajuda muito, o leite do peito ajuda mais.” (Julia, 18 anos)

Nessa fala vemos que há uma correlação entre a prática de amamentar e a aproximação da mãe com o seu filho, no entanto, destacam-se as propriedades do leite como sendo os aspectos mais importantes da amamentação, como se as propriedades do leite e o ganho de peso fossem superiores aos aspectos relacionais.

Isso nos mostra que se a mulher tivesse conhecimento sobre a importância da amamentação para a construção de vínculo mãe e bebê e que este pode influenciar no desenvolvimento adequado do bebê, talvez procurasse valorizar e explorar mais essas características relacionais, com o objetivo de que ela consiga através da prática de amamentar, enquanto segura seu bebê nos braços, oferecer sentimento de proteção e aconchego, conhecer um pouco mais da personalidade do seu bebê e ainda ficar mais segura com relação a suas atitudes (WINNICOTT, 2006).

Além dos benefícios fisiológicos constatados e partindo para um olhar sociocultural, é possível compreender também que o aleitamento materno propicia a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, oportuniza intimidade, sentimento de segurança, na criança e de autoconfiança e realização da mulher, sendo uma forma de comunicação entre mãe-bebê e

uma oportunidade de a criança aprender desde cedo a se comunicar com afeto e confiança. Além disso, menor custo econômico e ainda uma prática de amamentação bem-sucedida podem repercutir positivamente nas relações familiares (BRASIL, 2009).

Cabe destacar que essa participante foi a única que representou a prática da amamentação de modo tão singular, tão íntimo e tão voltado para as questões de vínculo e apoio. As demais participantes representaram a prática da amamentação por meio de valores nutricionais, físicos, biológicos e pouco relacionaram com os aspectos relacionais, nos evidenciando que apesar de viverem situações parecidas em um mesmo contexto social, essas mulheres apresentam singularidades que são relevantes para o nosso entendimento do fenômeno estudado. Já no que refere -se aos benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher, há pouco conhecimento sobre os mesmos e a volta ao corpo anterior da gestação é vista como principal benefício da amamentação para as participantes, na verdade é um dos poucos conhecimentos que relataram sobre os benefícios do aleitamento materno para a saúde feminina.

Há muitos mitos que envolvem a amamentação, há muitas mães na comunidade em que vivem as participantes que deixam de amamentar por receio de engordar, uma ideia totalmente contrária aos reais benefícios da amamentação.

“Tem gente que não gosta de dar mamar para neném, não sei por que, é muito bom dar de mamar e também dizem que perde peso e tem muitas mães pensando que dar mama significa que vai engordar, que vai comer mais, mas não é isso, por isso que tem muitos adolescentes perto da minha casa que estão engordando porque não dão mamar e perde bastante kilo né, é bom ela também fica saudável com bastante saúde. ” (Luciana, 19 anos)

“Para mãe é porque ela emagrece e eu sei só isso para mãe, por isso que é bom. ” (Clara, 16 anos)

“Já ouvi bastante coisa boa e bastante coisa ruim, por exemplo, que amamentar é muito bom, isso eu ouvia bastante, é bastante bom e ajuda bastante no desenvolvimento do neném e na melhora depois do parto, e as coisas ruins é que o peito cai essas coisas. ” (Jéssica, 17 anos)

A volta ao corpo anterior da gestação é algo que causa preocupação, e as participantes mostram implicitamente em suas falas que questões relacionadas à imagem corporal são importantes, sendo o ganho de peso e as mudanças que ocorrem nas mamas enfrentadas com dificuldade.

Mães com sintomas de depressão têm risco de longa duração de distúrbios da imagem corporal, interrupção da amamentação exclusiva e introdução de fórmulas lácteas no primeiro mês pós-parto, atreladas à insatisfação com a imagem corporal (ZANARDO, 2015). Aqui há

uma relação de ganhos e perdas com amamentação, pois se, por um lado é bom porque ajuda na perda de peso, por outro, modifica as mamas deixando-as flácidas.

De acordo com Marques, Cotta e Priore (2012), é mito as mamas ficarem flácidas por causa da amamentação, visto que, durante a gestação, os seios passarão por processos de mudanças fisiológicas independente de a mulher amamentar ou não.

Nesse contexto, notamos que as orientações são voltadas para os benefícios da saúde da criança e muito pouco é falado sobre os muitos benefícios para a saúde da mulher. A mulher é incentivada a amamentar para garantir saúde para o filho, e isto é um reflexo de que, no período pós-parto, o cuidado e as orientações acabam se voltando mais para a saúde do bebê do que para a saúde da própria mulher.

“Importante é para criança neh, para a saúde dela, para a saúde da gente também, mas não é tão importante quanto para a criança” (Joana, 17 anos)

Aqui fica claro a visão de que a amamentação não é considerada tão importante para a saúde da mulher, quanto para a saúde do bebê, que é o principal foco de cuidado no período pós-parto, na maioria dos serviços de saúde. De acordo com Nakano (2003), a priorização do cuidado ao filho recém-nascido ofusca a atenção das mulheres sobre manifestações em seus próprios corpos, considerando "problema na amamentação" aquele que resulta em prejuízo para a criança.

Diante disso, é importante ressaltar que a mulher que é bem acompanhada, que não é colocada às margens do cuidado no pós-parto, tem maiores chances de desempenhar com sucesso o seu papel materno.

Amamentar: “ninguém me ensinou nada... eu já sabia”

Há uma concepção cultural de que a amamentação é algo instintivo, que a mãe boa amamenta, sendo considerada uma obrigação materna, e essas concepções culpabilizam a mulher pelo insucesso dessa prática, tornando-se barreiras por serem consideradas algo instintivo e de fácil execução, a mulher que não quer ou não consegue amamentar é classificada pelas pessoas próximas, pelos profissionais de saúde e pela sociedade como uma mãe ruim (MARQUES; COSTA; PRIORI, 2011).

Com relação ao aleitamento materno, as participantes, em sua maioria, reforçam que aprenderam sozinhas, com seu próprio esforço, referem a aprendizagem por meio da observação, ao verem outras mulheres da família amamentando.

“Na Bahia ninguém me falou... eu fui aprendendo sozinha.” (Daniela, 18 anos)

“Ah eu já sabia já, eu via a minha irmã fazendo eu fui e fiz, cheguei no hospital e eu mesma coloquei no peito.” (Joana, 17 anos)

Também fazem comparação de si com as outras mulheres e dizem ter mais facilidade para aprender funções que se referem à maternidade, como o ato de amamentar, do que mulheres adultas.

É perceptível relatos de autoafirmação, com intuito de mostrar que apesar da pouca idade, elas conseguem cumprir com as funções maternas, assim como as mães mais experientes. Sendo esta uma forma de se auto afirmar como mulher e como mãe que possui capacidade suficiente para cuidar seu filho.

“Eu sabia colocar o peito na boca dela, eles até me elogiaram, falaram nossa nem parece que você é mãe de primeira viagem, você está dando leite melhor que as outras mães que têm três filhos.” (Helena, 18 anos)

Esta forma de agir pode se dar devido aos preconceitos que as mães adolescentes vivenciam durante a gestação, é uma forma de provar para os que estão à sua volta de que possuem competência e maturidade para cuidar do filho.

Camarotti et al. (2011) ressaltam que é preciso desvestir dos rótulos que colocam as adolescentes como inseguras para exercerem o papel materno, criando estratégias que possibilitem conhecê-las em seus projetos de vida, de maneira integrada com sua família e comunidade, tornando-as protagonistas das vivências da maternidade, particularmente, da amamentação.

A amamentação, processo sociocultural complexo e multifacetado, permite às mulheres de uma mesma ou de distintas gerações, no interior de um grupo parental, experimentar e/ou elaborar múltiplos significados que podem ser modificados, ou não, dependendo do tempo social em que viveram (MOREIRA; NASCIMENTO, 2012; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

No tempo social investigado, os veículos de comunicação, internet e televisão são citados como fontes de aprendizagem. Já não se é mais citado como influência somente a mãe ou as mulheres da família, pois as participantes se referem aos meios digitais como canais de

influência também. Estas acessam a internet por diversos motivos, visto que este é um meio de informação muito comum e muito utilizado na geração dessas jovens mulheres.

“Eu não tive ajuda eu já sabia... eu aprendi vendo televisão. ” (Beatriz, 17 anos)

“Fui eu mesmo que tive que aprender porque ela não sabia segurar, aí eu fui levando a boquinha, e eu assistia vários vídeos também no you tube como cuidar de criança, antes de eu engravidar assim, eu já pesquisava isso daí mas tem que fazer isso neh?! Eu pesquisava como dava banho, como dar de mamar, se tiver febre o que fazer eu já pesquisava. Mas, graças a Deus isso que me ajudou, porque ninguém me ajudou não. ” (Luciana, 19 anos)

“Ouvi falar de amamentação na televisão, fala também para doar leite neh? Esse negócio de doação de leite neh? já ouvi falar.” (Luiza, 15 anos)

A internet e a televisão têm papel importante e fundamental para divulgação de conteúdos relacionados à saúde pública. Quando nos deparamos com estas informações de que puérperas têm recorrido a esses meios para obtenção de orientação e conhecimento, logo nos questionamos sobre nossa função social e nosso papel como profissionais de saúde e ainda se estas não estão recorrendo a outros meios devido à falta de orientação satisfatória nos ambientes de saúde, pois muitas vezes o atendimento não se dá de forma efetiva pela falta de acolhimento, cuidado integral, escuta terapêutica e construção de vínculo efetivo.

É bem verdade que, há diversas informações sendo divulgadas nesses meios e muitas delas não possuem fundamentação correta, sendo, portanto, o profissional de saúde insubstituível nesse processo. Mas não é menos exato que diferentes meios de comunicação/informação podem ser grandes aliados para os profissionais de saúde, quando usados de modo correto, principalmente na divulgação de informações e na construção do conhecimento em saúde da população.

Amamentar: “Ter o peito e só!”

A amamentação deve ser vista como um híbrido natureza-cultura, um reflexo de determinantes biológicos e condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Na visão dos autores, a amamentação oscila entre os polos natureza e cultura, não devendo ser reduzida a uma condição ou outra. Aqui, nesse contexto, as condições importantes para se amamentar se reduzem a aspectos físicos e biológicos.

O que você considera importante para amamentar? Peito. (Gabriela, 18 anos)

“Ah eu tive bastante leite, bastante capacidade de sustentar ela no peito. ” (Daniela, 18 anos)

“Ah, se alimentar bem. ” (Bruna, 16 anos)

Como condições importantes para amamentar foram trazidos ter “o peito”, “o leite” e “se alimentar bem para ter leite”. Na percepção das jovens mães, não há inclusão dos aspectos emocionais, sociais ou mesmo culturais como condicionantes para se amamentar e que isto caminha no mesmo sentido dos saberes sobre a amamentação que se restringem a alimentar e a evitar que o bebê adoça. Podemos dizer que esse é o conhecimento adquirido que as mães têm sobre a amamentação e reproduzem esse conhecimento nas suas falas e ações. Os saberes das participantes ocasionam um entendimento de uma prática que beneficia apenas umas das partes: o bebê.

Aqui podemos pensar como a amamentação se dá na cultura das participantes, como ela é transmitida de mãe para filha, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas próximas da família e como esses saberes permeiam e influenciam a prática de amamentar.

É possível identificar que pouco é sabido e transferido sobre os benefícios da amamentação para o bem-estar emocional materno-infantil, e que não há qualquer relação com proporcionar sentimento de proteção, amadurecimento emocional ou construção de vínculo. Na verdade, quando se diz que é preciso ter peito e leite para amamentar, se diz claramente que condições físicas e biológicas bastam e que não há outras condições importantes envolvidas na percepção das puérperas (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

As participantes, ao referirem que a amamentação é importante para evitar doenças, nos remetem à concepção de que saúde é ausência de doença, ou seja, amamentar impede que o bebê contraia doenças e favorece a saúde. Uma concepção do processo saúde-doença reduzida ao paradigma biologicista, na qual não se compreendem todos os aspectos que envolvem o ser humano em sua totalidade biopsicossocial.

Nesse sentido, apesar da predominância deste enfoque biologicista, como observado na fala das participantes, é preciso compreender que os determinantes sociais no contexto da saúde pública envolvem uma série de fatores como, por exemplo, fatores sociais, econômicos, culturais étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco da população. Sendo, portanto, não somente os fatores biológicos condicionantes de saúde, mas também os condicionantes sociais (BUSS; FILHO, 2007).

Na verdade, são necessários profissionais da área da saúde habilitados com conhecimentos técnicos, mas onde houver pessoas e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas vivem, pensam e crescem, ao longo de suas experiências (WINNICOTT, 2006).

*“Quando eu amamentava sentia uma coisa estranha, sentia só o leite descer... só”
(Gabriela, 18 anos)*

A estranheza em ser mãe na adolescência se reflete diretamente na amamentação, sendo percebida como algo “estranho”, na qual as mudanças são sentidas no corpo da mulher fisiologicamente, mas não há o entendimento dessa fisiologia. É como se as transformações no pós-parto ocorressem de forma que a mulher sentisse no próprio corpo, mas não compreendesse o porquê e diante disso não soubesse como lidar com essas transformações que parecem acontecer em um momento em que não era esperado.

Amamentando com depressão: “*dizem que mães se sentem bastante felizes amamentando*”

Ao explorar como as participantes se sentem na prática da amamentação, encontramos falas que nos remetem ao que é divulgado e ao senso comum sobre o tema aleitamento materno, destacando-se que as mulheres se sentem felizes, que gostam de amamentar e ainda trazem que elas amamentam para favorecer a criança e para agradá-la.

É comum ouvirmos na mídia que as mulheres que amamentam são felizes e realizadas, esta visão tão divulgada muitas vezes entra em contradição com as reais experiências de muitas mulheres. Aqui as mães adolescentes usam a terceira pessoa para dizer que é bom amamentar, mas não falam por si próprias, não usam o pronome “eu” para discorrer sobre sua real situação para amamentar.

Este ideal de que as mulheres se sentem felizes amamentando entra em conflito com o verdadeiro “eu”, quando as mulheres se perguntam “ porque eu não me sinto bem amamentando? ” “por que eu estou triste em amamentar?” e porque estou tendo tantas dificuldades em amamentar se as outras mulheres se sentem tão plenas e realizadas amamentando ? Quando não se consegue respostas para algumas questões, usa-se o outro, usa-se a vivência das mulheres consideradas mães boas e ideais tão disseminadas na mídia e esconde-se o “eu” próprio, deixando de falar por si própria sobre suas reais impressões de amamentar por receio do olhar do outro sobre suas próprias fragilidades.

“Eu acho importante, todo mundo que fala para mim diz que é gostoso amamentar. ” (Joana, 17anos)

“Eu só ouvi dizer que as mães se sentem bastante felizes por estar amamentando os filhos. ” (Daniela, 18 anos)

“Eu sei que é algo que vem de mim para alimentar minha filha, é algo que deixa ela confortável, que deixa ela feliz, que agrada ela. ” (Emanuela, 16 anos)

Edhborg et al. (2005) referem que mulheres com sintomas de depressão pós-parto sentem mais dificuldade de se identificarem com o ideal de uma boa mãe, já que pela própria

doença não se sentem felizes e plenas, o que se agrava ainda mais quando aparecem as dificuldades na amamentação.

Há uma visão idealizada do aleitamento materno, e que esta se contrasta com os relatos sobre as experiências da prática da amamentação. Quando abordamos a vivência dessas mães, notamos que esses estereótipos pouco se aplicam na prática.

“Ela não mama muito, neh, ela já mamou bastante, desde os 15 dias de vida dela ela já tomava leite, leite comum fora o do peito, ela nunca foi de mamar bastante não.” (Clara, 16 anos)

É possível que as mulheres tenham receio de falar sobre suas reais experiências e sensações, por medo de serem julgadas como “más mães”. É frequente a queixa de mulheres que não têm êxito na amamentação e de se sentirem depreciadas e incapazes para realizar os demais cuidados com o filho (FELICIANO; SOUZA, 2011).

Destacamos a necessidade de uma atuação repleta de compreensão e livre de julgamentos, pois, dessa forma, a mulher poderá se sentir à vontade para relatar suas reais dificuldades, e o profissional de saúde poderá oferecer elementos para que ela tenha autonomia para fazer as melhores escolhas tanto para ela, quanto para seu bebê. Na verdade, nem a mãe e nem o bebê precisam de conselhos, eles na verdade precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria (WINNICOTT, 2006).

Dentre as participantes, houve uma mãe que relatou que o ato de amamentar une a sua filha, retratando a amamentação como um ato de ajuda mútua, no qual, ela ajuda a criança a crescer e a se desenvolver e a criança a ajuda a crescer, a se tornar mulher, e que ambas crescem juntas, deixando explícito em sua mensagem que amamentar além de ser um ato de ajuda mútua, ainda é um ato que proporciona amadurecimento, sendo uma prática que faz da menina, mulher. Ainda traz que a amamentação tem ajudado a amenizar os sintomas de depressão, sendo a criança vista como principal fonte de apoio para superar os sintomas de depressão (enxerga a amamentação com outros “óculos”) relacionando-a com seu bem-estar: um olhar diferente das demais.

“Ah amamentar é o vínculo entre a criança e eu, porque isso une mais eu e ela porque ela está amamentando no peito e eu estou dando de mamar para ela, ajudando ela a crescer, a desenvolver e também estou crescendo junto com ela de novo, me tornando mulher.” (Luciana, 19 anos)

“Ela me ajudou bastante a voltar a si, a focar mais na minha vida, consegui sim melhorar a depressão, mas eu te falo eu não estou triste, eu estou triste sim, depressiva um pouquinho só, mas não como antes, demais assim, eu estou bem, estou indo, isso que importa.” (Luciana, 19 anos)

Há evidência inicial de que a amamentação pode atuar como fator importante para a redução de sintomas depressivos em mulheres que apresentavam sintomas de depressão, durante a gravidez (DIAS; FIGUEIREDO, 2015). Nesse caso, em específico a puérpera tinha diagnóstico médico de depressão anterior à gestação e durante a gestação. Em contrapartida, amamentava exclusivamente e apresentou a amamentação como melhora dos sintomas de depressão.

A amamentação também pode promover processos hormonais que protegem as mães contra a depressão pós-parto, por atenuar a resposta do cortisol ao estresse. E isso também pode reduzir o seu risco, por auxiliar na regulação dos padrões do sono e vigília da mãe e do filho, melhorando a autoeficácia e o envolvimento emocional da mãe com a criança e promovendo uma melhor interação entre eles (FIGUEIREDO et al., 2013). Apesar dos hormônios que podem proteger as mulheres da depressão durante a prática da amamentação, pode-se inferir que há muitas mulheres que possuem dificuldades para amamentar devido questões intersubjetivas que podem fazer com que elas não se sintam prontas ou à vontade para a prática do aleitamento materno. Questões que podem ser conversadas e trabalhadas com o único objetivo de empoderar a mulher para que ela tenha condições de tomar suas decisões para benefício do binômio. A sábia natureza trata de compensar alguns desequilíbrios fisiológicos, mas, somente terá resultados satisfatórios se os aspectos sociais e culturais caminharem na mesma direção.

A prática da amamentação: “mamadeira a grande aliada”

Muitas vezes, as mães tentam estabelecer uma amamentação eficaz, no entanto, ao lidar com desafios, frustrações e com seus próprios sentimentos de tristeza, acabam recorrendo à mamadeira que proporciona alívio, através da remoção dos estresses relacionados ao início da amamentação Gaffney et al. (2014).

Se apenas se levar em consideração os aspectos físicos da amamentação, então o uso da mamadeira aqui, nesse contexto, de acordo com a representação das participantes cumpre o objetivo de alimentar o bebê.

As participantes que introduziram a mamadeira com outros tipos de leite relataram considerar o ato de amamentar algo cansativo, que demanda muito tempo e paciência, reforçam que a mamadeira oferece mais liberdade para sair, e que esta pode ser oferecida por outra pessoa, além do mais, a mamadeira é vista como uma aliada, algo positivo que veio para ajudar.

“Olha, a mamadeira não me atrapalhou não, só me ajudou. ” (Gabriela, 12 anos)

“A mamadeira é muito mais prática que no peito entendeu, muito mais prática, porque no peito era maior dificuldade para ele pegar, para eu saber pôr na boca dele, a mamadeira não, a gente já pega põe na boca dele e ele já chupa, a mamadeira é mais prática. ” (Joice, 18 anos)

Mães que iniciaram o desmame precoce exprimem sentimentos de culpa e frustração, mas também sentimento de alívio, por terem encontrado uma maneira mais fácil de alimentar seus filhos (LAKSHMAN; OGILVIE; ONG, 2009).

Nesta fase da adolescência, em que é muito comum ter uma vida social ativa, a amamentação acaba por restringir as participantes de sair e manter os hábitos de vida anteriores à gravidez, sendo a mamadeira uma saída para as demandas das mamadas.

“Eu dava a mamadeira, porque às vezes eu tinha que sair, aí ela ficava com a vó dela aí ela dava para a neném. ” (Julia, 18 anos)

Comprovou-se a relação negativa entre o uso de mamadeira e a prática do aleitamento materno exclusivo, fato que atesta a necessidade de conscientização de pais e responsáveis para a não oferta de alimentos nesse utensílio, além disso, destaca-se a importância de entender os motivos que levam os pais a usarem a mamadeira (PELLEGRINELLI et al., 2015).

O uso da mamadeira além de proporcionar alívio, pode ser oferecido por outra pessoa e ainda evita a exposição da mulher em meio social, no sentido de que, para as participantes amamentar em locais públicos é motivo de vergonha, por ter de exibir os seios, uma parte do corpo feminino que tem uma conotação sexual bem evidente, para as participantes do estudo

A representação da maternidade como sendo sagrada permanece no imaginário social. Por outro lado, o erotismo atribuído aos seios e uma certa percepção do corpo como instrumento para o prazer tendem a ser cada vez mais valorizados nas sociedades ocidentais. A depender da maneira com que cada mulher lida com a percepção conflituosa de “mãe” e “mulher”, isso pode repercutir negativamente na relação do casal, na relação mãe e bebê e também na duração do aleitamento materno, um conflito que se passa inconscientemente e pode explicar o discurso das mulheres que colocam a responsabilidade do fim da amamentação no bebê (SANDRE-PEREIRA, 2003).

A erotização do seio na cultura ocidental é recente, pois se manteve, por muito tempo, uma percepção funcional e alimentar dos seios. As mulheres são detentoras de seus próprios corpos, e devem ser respeitados seus direitos reprodutivos, cabe aos profissionais de saúde acolher, compreender o modo de vida e respeitar as opiniões da mulher, para assim, apoiá-la

nas decisões referentes ao processo de amamentação (MONTEIRO; AZEVEDO-GOMES; NAKANO, 2006).

“Se é louca, oh o tamanho da criança no meu peito, grandona não, é feio. ” (Luiza, 15 anos)

“Quando eu dei a mamadeira eu me senti aliviada porque antes eu saía na rua, ela sentia fome, eu tinha que tirar o peito neh, agora não, é mamadeira. ” (Fernanda, 18 anos)

A amamentação é, para essas mulheres, empecilho nas atividades durante o dia, e no período noturno uma prática considerada desconfortante, cansativa e irritante.

O sono e a depressão têm uma relação bidirecional: distúrbios do sono aumentam o risco de depressão, e a depressão provoca problemas de sono. Um indicador-chave relacionado com o sono em mulheres com depressão pós-parto, as mães que levam mais tempo para dormir apresentaram um maior risco de depressão, mulheres deprimidas também têm outros distúrbios que incluem menor eficiência do sono, como despertares noturnos a todo o momento e menos horas de sono (KENDALL-TACKETT, 2010).

“Acordar de noite foi a pior parte! Porque ela acordava sempre umas 3-4 horas da manhã me dava uma raiva. ” (Gabriela, 12 anos)

“Eu xingava e falava “mãe porque essa menina não cala a boca? ” Você com sono tem que dar mamar para ela... agora não, ela mama na mamadeira e fica cheia e não acorda a noite toda. ” (Gabriela, 12 anos)

“Ela é muito inquieta ela só quer estar mamando durante a noite, ela não quer outra coisa e ela já está grandinha neh ? Não quer outra coisa, comer outra coisa durante a noite ela só quer mamar, mamar, mamar, mamar e eu dou a mamadeira porque assim ela enche e dorme bem. ” (Clara, 16 anos)

“Ah, a noite de madrugada, 2 horas, era o pior, ele passava a noite inteira acordado, chorando, e quando eu dava a mamadeira ele se acietava e quando dava o peito não, ele sempre chorava, mamava, mamava, até se engasgava, já cheguei levantar ele, o leite vinha muito ele engasgava, toda noite, toda noite, com a mamadeira não, com a mamadeira ele calou, tomava a mamadeira e dormia a noite inteira. ” (Joice, 18 anos)

A amamentação protege a saúde mental da mãe porque regula a resposta ao estresse, melhora a qualidade e a quantidade do sono. Infelizmente, as mulheres deprimidas são muitas vezes aconselhadas a desmamar, a fim de dar-se "uma pausa". Este conselho pode realmente prolongar a sua depressão. Ao contrário do que se pensa, estudiosos identificaram que as mães que amamentam apresentam melhor qualidade do sono e a "não amamentação exclusiva" foi um fator de risco para o sono perturbado e depressão pós-parto. Há uma ressalva importante para esta pesquisa de que o aleitamento materno protege a saúde mental materna, quando se está indo bem (KENDALL-TACKETT, 2010).

O nervosismo, a irritação, a falta de paciência e desconhecimento das propriedades do leite materno dão abertura para a mamadeira que faz com que a criança se satisfaça e durma a noite inteira sem perturbar. Está implícita a ideia de que o leite do peito não “enche”, que é fraco. Uma das razões para interrupção do aleitamento materno é a sensação de leite insuficiente que não satisfaz a fome do bebê (DAFOUR-ODURO; KIM, 2014).

É sabido que a digestão do leite materno se dá de forma mais rápida que a digestão dos outros tipos de leite, necessitando a mãe acordar mais vezes durante a noite. No entanto, quando há falta de disponibilidade materna, a mamadeira entra como principal opção para alimentar o bebê.

Muitos dos aspectos importantes da situação de amamentação também podem estar presentes no uso da mamadeira, como, por exemplo, o fato de a mãe e seu bebê olharem-se nos olhos, um aspecto importante da alimentação do bebê, mas existem algumas características da amamentação que não são encontradas na mamadeira, como o gosto do leite materno, o cheiro da mãe e a experiência de ser alimentado em seio materno estão ausentes quando o bebê é alimentado por um bico de borracha da mamadeira (WINNICOTT, 2006).

Há uma forte ideia cultural e familiar nesse contexto de que o leite materno é fraco e insuficiente para fazer com que o bebê cresça e se desenvolva adequadamente, sendo a introdução de outros leites necessária para que o bebê ganhe peso.

Percepções que elas não estão produzindo leite suficiente, ou que seu bebê não está satisfeito com o leite materno são desafios claros para a amamentação principalmente em mães que apresentam sinais de depressão (BASCOM; NAPOLITANO, 2016).

De acordo com as experiências observadas, podemos afirmar que não é o leite do peito que é fraco ou insuficiente, mas a forma de dar é que está inadequada. Se não há uma prática correta de amamentação, esta, por sua vez, não irá alimentar e satisfazer adequadamente a criança em sua totalidade física e emocional, sendo a forma de aleitar definidora do sucesso da amamentação, pois quando uma criança chora não é só de fome que ela chora, mas por outras necessidades que podem não estar sendo cumpridas adequadamente. De acordo com Marques et al. (2011), o choro da criança em geral é associado à fome, oportunizando a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

“Acho que faltou coragem mesmo, porque eu tive dificuldade também com a rodela do bico, aí eu não conseguia, porque ele queria colocar a rodela toda não só bico, o bico era muito pequeno, aí não dava também.” (Emanuela, 16 anos)

“Eu costumava dar só num peito para ele.” (Emanuela, 16 anos)

“Eu dei de mamar acho que um mês para ele, porque ele pegou meu peito e não pegou apoiado ao redor, pegou só no bico, então feriu muito, então acho que ele não pegava direito e não foi querendo mais o peito, aí ele deixou o peito, e não quis mamar mais, eu acho que ele não pegava direito, eu colocava, mas ele tirava, eu colocava e ele tirava, aí eu comecei a dar mamadeira para ele, e ele pegou a mamadeira e deixou o peito.” (Joice, 18 anos)

“Eu não queria amamentar... ela feriu meus seios e fiquei trêmula e febril e ela chorava bastante durante a noite, ela não se satisfazia com o leite do peito, ela chorava bastante, bastante, levava no médico e não tinha nada, nada aí foi e depois de 15 dias de vida a gente percebeu que o leite materno não estava suprimindo a fome dela aí a gente optou por dar leite comum.” (Clara, 16 anos)

As evidências científicas apontam para os mitos e crenças como possíveis causas que justificam a complementação precoce, o mito “leite fraco” evidencia a insegurança da mulher frente a sua capacidade de produzir leite materno de qualidade e em quantidade suficiente para o bebê (MARQUES; COSTA; PRIORE, 2011).

Estão presentes as dificuldades com o manejo da amamentação, a dor e também conhecimentos equivocados sobre a prática da amamentação, tudo isto somado à ausência de um profissional capacitado para fazer um acompanhamento mais próximo à mulher, no período do puerpério.

Na maioria dos casos, houve o incentivo materno para a introdução de outros leites e fórmulas lácteas. Mitos e crenças relacionados à lactação fazem parte do nosso cotidiano há muitos séculos, e o significado do ato de amamentar é construído por meio da herança sociocultural, adquirida através da vivência dessa mulher em sociedade (MARQUES; COSTA; PRIORI, 2011).

“Na minha família falaram que leite NAN é melhor.” (Julia, 18 anos)

“Minha mãe e minha sogra falaram para eu dar a mamadeira... cansa menos neh?!” (Julia, 18 anos)

“Assim, ela chorava bastante durante a noite porque eu não aguentava dar de mamar até suprir a fome dela, feriu meus seios, e eu não aguentava, eu chorava muito, aí minha mãe ficou com dó porque ela estava chorando com fome e foi e começou a dar o outro leite até eu me adaptar.” (Clara, 16 anos)

“Olha quando chegou em casa meu leite deu uma parada, não estava vindo tanto, aí depois minha mãe viu que ela estava emagrecendo bem e resolveu dar mamadeira para ela.” (Gabriela, 12 anos)

As participantes que não amamentavam exclusivamente relataram que o leite materno não supria a fome da criança e que os outros tipos de leite além de ter ajudado no ganho de peso do bebê, ainda ofereceram descanso adequado à mãe, devido ao bebê se saciar com mais facilidade e não chorar no período noturno. No entanto, revelaram que muitas dúvidas e

dificuldades começaram a surgir com a chegada do bebê em casa, sendo as mães, as sogras e as mulheres da família as mais importantes fontes de orientação.

Apesar de trazer muitos benefícios, as participantes referem que oferecer a mamadeira tem um lado negativo: o alto valor das fórmulas lácteas. Diante disso, afirmam que oferecem as fórmulas nos primeiros meses, mas depois com as dificuldades em arcar com o alto custo das fórmulas, optam pelo leite integral (de caixinha) ou o de saquinho.

“Por um lado, foi bom não dar mais o peito e por outro lado ruim... eu saio na rua e não preciso mostrar o peito e por outra parte preciso gastar neh?! Eu me senti pior porque eu gasto por isso e por conta de outras coisas eu me senti melhor. ” (Fernanda, 18 anos)

“Não é sempre que a gente consegue comprar... às vezes tem que dar o de saquinho mesmo. ” (Emanuela, 16 anos)

“Eu dei por um mês o NAN, mas agora não dá mais... vou dar o normal mesmo... eu fui na assistente social e ela falou para eu ferver o leite de saquinho e depois esfriar e dar. ” (Fernanda, 18 anos)

O que mais diferencia o leite de vaca do leite humano é o tipo e quantidade deste em nutrientes e proteínas. O leite de vaca possui três vezes mais proteínas que o leite humano, sobrecarregando os rins quando consumido em alta quantidade, aumentando a excreção de cálcio pela urina, e ainda possui uma proteína potencialmente alergênica, a betalactoglobulina (BRASIL, 2014).

As fórmulas infantis foram criadas com o intuito de se assemelhar ao leite materno, no entanto sua composição não se iguala às propriedades fisiológicas do leite humano que são específicas da mãe para o filho, as fontes de carboidratos e proteínas e outros componentes presentes nas fórmulas infantis diferem em identidade e qualidade dos componentes do leite humano (BRASIL, 2014).

Nesse caso, a introdução das fórmulas lácteas e outros leites é uma das orientações mais recorrentes. A introdução das papas precocemente, antes dos seis meses de vida do bebê, também se dá através dessa mesma linha de raciocínio, em que há dúvidas sobre a saciedade do leite materno, e se introduzem os alimentos com receio de que o bebê tenha fome. Há presença de insegurança sobre a alimentação infantil, e devido a isto as participantes acabam tomando decisões a partir de conselhos e de suas percepções que muitas vezes caminham em direção do rompimento da amamentação e da introdução de alimentos precocemente.

“Ele chorava muito, e eu não sabia o porquê? Aí eu dei a papinha, porque meu leite já não estava sustentando mais ele...dô desde os 4 meses, ele comeu papinha só uns dois dias, depois ele comeu arroz e feijão normal. ” (Joana, 17anos)

“Eu amassei a banana e dei para ela, a maçã raspei dei para ela, mas eu não dei a banana inteira eu dei só um pedacinho, a maçã um pedacinho também raspadinho, todo dia ela chorava na mesma hora para comer entendeu?! Ela sentia fome o leite não sustentava mais.” (Luiza, 15 anos)

Outro motivo para se introduzir as papas precocemente é o desejo de voltar à rotina de vida antes do nascimento do bebê, como, por exemplo, a volta ao trabalho.

Na segunda metade do século XX influenciadas pelo movimento feminista e pelas conquistas nas esferas do trabalho e da sexualidade, as mulheres passaram a ter, pela primeira vez em séculos, a oportunidade de afastar-se de seus lares, embora parcialmente, em prol de sua realização pessoal. A amamentação passa a ser uma questão de escolha, já que surgem vários substitutos para o leite materno, com qualidades alardeadas pela propaganda comercial. No entanto, a realização através do trabalho passa de desejo a uma nova obrigação que se soma às outras tantas outras já acumuladas pela mulher (BADINTER, 1985).

As relações entre o emprego, maternidade e duração da amamentação são significativas. Um estudo identificou que jovens mães, com menor nível de educação formal, mães solteiras, e mães pela primeira vez eram propensas a parar de amamentar mais cedo, o emprego e o retorno precoce ao trabalho foram fatores associados com uma menor duração da amamentação (SKAFIDA, 2011).

“Eu podia já começar dando isso, porque aí ela vai acostumar, porque eu trabalhava, eu parei, só que eu não era registrada, minha prima disse que se eu conseguir tirar ela do peito, ela vai lá me contrata de novo entendeu. Aí eu queria dar o peito para ela de manhã e o resto do dia comida, uma mamadeira, e dar de mamar para ela de noite, continuar com ela no peito, mas queria tirar ela um pouco entendeu? (Luiza, 15 anos)

Identificamos, nas falas, sentimento de culpa por não se ter levado adiante a amamentação, é recorrente as mães dizerem que se tivessem feito diferente, se tivessem tentado um pouco mais, tivessem tido mais paciência ou ouvido os conselhos talvez estariam amamentando seus filhos até hoje. Mas também trazem em seus depoimentos que a criança não aceitou ser amamentada, que fazia ânsia quando colocada no seio materno e que aceitou muito bem a mamadeira. Notamos que essas mães responsabilizam também a criança pelo não sucesso da amamentação. Além disso, trazem suas questões pessoais, suas histórias de vida, suas dificuldades vivenciadas, seus medos e seus anseios, como também dificultadores da amamentação.

“Eu me arrependo de não ter dado leite para ele, eu me arrependo muito...” (Emanuela, 16 anos)

“Eu me sentia triste, por não poder dar de mamar para ele, porque aí um não estava sustentando ele, aí eu ficava com dó dele porque não estava saindo muito leite desse peito, porque para dar em um tem que esvaziar o outro neh? Então! Aí eu me sentia muito triste porque ele não conseguia mamar, nesse daqui ele não conseguia mamar não.” (Clara, 16 anos)

“Eu me sinto assim: se eu tivesse colocado ele direto no meu peito, ele estaria no meu peito hoje.” (Joice, 18 anos)

De acordo com Azevedo e Arrais (2006), culpa e maternidade são quase sinônimos, e isso se dá devido a pressões culturais sob as quais as mulheres exercem sobre a maternidade. As mulheres contemporâneas acham-se incapazes e apresentam sentimentos de frustração ao lidarem com as dificuldades de ser mãe e não conseguirem se adequar a uma visão romanceada da maternidade construída em tempos passados, o que acaba proporcionando ansiedade e culpa.

6.5 A rede de apoio: “eu e a amamentação”

Algo importante a colocarmos é que na maioria dos relatos percebemos que há uma transferência dos cuidados do filho à avó e isso não causa sentimento de culpa, mas de alívio e satisfação. De acordo com Santos et al. (2015), apesar de ser considerado positivo o suporte oferecido pelas avós ao recém-nascido, é preciso desenvolver cuidado compartilhado para evitar troca de papéis. Os dados desse estudo convergem com os achados do nosso estudo, no qual notamos protagonismo dos cuidados da avó materna à criança e consequentemente perda da identidade materna da adolescente.

A percepção da adolescente sobre o apoio social recebido é nítida em relação ao núcleo familiar, onde se tem maior vínculo. A rede de cuidados extrafamiliares, incluindo os serviços de saúde, é frágil e gera a percepção das dificuldades psicossociais (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Em relação ao núcleo familiar, a mãe da adolescente é vista como principal fonte de apoio.

“Minha mãe sempre me amamentou e amamentou meus irmãos, porque eu não ia amamentar minha filha? E também a mamadeira para fazer o que? Aquele negócio ia estragar ela, então eu prefiro dar peito mesmo.” (Luciana, 19 anos)

Percebemos que a participante toma a mãe como exemplo de amamentação, reproduzindo ser ideal o exemplo dado pela mãe. Tem uma visão de que a mamadeira é ruim, que vai “estragar” a filha, diante disso, a participante relata oferecer o que ela considera sendo o melhor para sua filha, ou seja, o aleitamento materno.

No caso das mães adolescentes, é perceptível a reprodução de discursos de acordo com a cultura na qual está inserida, sendo que as escolhas alimentares do filho ocorrem de acordo com sua história de vida e também de acordo com o conhecimento herdado (LIMA et al., 2014).

“Eu queria tirar do peito com 3 meses, ela ia pegar a mamadeira, mas minha mãe não deixou, porque minha mãe me disse que se ela pegasse a mamadeira ela ia largar o peito.” (Luiza, 15 anos)

“Me orientaram bastante, minha mãe foi a que mais me ajudou, ela estava lá sempre, foi o que me ajudou, a minha salvação foi ela.” (Jéssica, 17 anos)

A mãe, a mulher, a figura feminina é a personagem que detém os conhecimentos, por já ter vivenciado todas essas etapas da maternidade, é a figura que mais é aceita nesse contexto pelas adolescentes, a qual mais se ouve e se dá voz.

Há reproduções distintas das mães na prática de aleitar, há práticas que fogem do que é entendido como bom para as mães, mas o modo como as participantes influenciam nos saberes e na prática é visualizado através das representações da amamentação.

Percebemos que com a inexperiência, a fragilidade dos sentimentos e com pouco apoio profissional no pós-parto, as puérperas acabam acatando todas as orientações familiares e tomando as decisões conforme o conselho dado pelas mulheres mais experientes da família. A amamentação propicia a interação entre os integrantes femininos da família, principalmente quando as novas gerações perpetuam ensinamentos advindos da sabedoria de um grupo mais experiente (MOREIRA; NASCIMENTO, 2012).

No entanto, apesar de a maioria das participantes terem sinalizado por meio de suas falas que seguem os conselhos das mães e das mulheres mais experientes da família, temos também relatos de não aceitação das regras familiares, ou seja, a mãe orientava amamentar, mas a adolescente acabava por não dar de mamar, transgredindo, assim normas e crenças familiares.

“Porque minha mãe passou três meses comigo, mas ela falava pode dar o peito para o menino, eu dava, mas tinha hora que eu não dava escondido, aí eu falava ah eu não vou dar porque está doendo isso e aquilo, faltou isso também. Porque se eu tivesse dado para ele era para ele estar até hoje no peito.” (Joice, 18 anos)

Apesar de as mulheres se apropriarem de valores, crenças e atitudes através da experiência com mulheres de gerações distintas da família, elas poderão manter a herança familiar ou incorporar novos padrões sociais, de acordo com o seu meio relacional e contexto sócio-histórico (MOREIRA; NASCIMENTO, 2012).

Nesse contexto a transgressão se dá escondida aos olhos da mãe, a participante quer esconder que não está amamentando, finge amamentar, mas não amamenta. Esse relato tem sentido quando nos deparamos com o ideal de “mãe perfeita” aquela que se doa para seu filho. Ela esconde o não amamentar devido aos preconceitos de que a mulher que não amamenta não é boa mãe e não está cumprindo com seu papel social.

Além da figura materna, ainda as participantes citam amigas como fonte de orientação, geralmente amigas que já passaram pela experiência da maternidade. É possível constatar a reprodução de um conhecimento totalmente inadequado para alimentação infantil e, ainda assim, acatado pela puérpera adolescente que toma nesse contexto a amiga como referência.

“Minha amiga falou para eu dar leite de saquinho porque leite NAN e Nestogeno prende e ainda é caro, aí ela falou para eu colocar uma colherzinha de NAN ou Nestogeno dentro do leite de saquinho.” (Luiza, 15 anos)

Diante disso, é preciso analisar quem é a rede de apoio da mulher e quem são os membros que compõem a família da mesma. Aproximar os entes mais próximos e que podem mais influenciar nas tomadas de decisões com o objetivo de levar orientações e o conhecimento científico para os que convivem com a mulher, fortalecendo, assim, a comunicação, o apoio e o vínculo entre serviço de saúde – mulher – família.

A família é a maior de fonte de apoio e orientação quando se trata de aleitamento materno. Devido a isto, se faz importante compreender que a família deva estar no centro das funções de cuidado. Esse tipo de cuidado de conotação social efetiva-se nas relações de parentesco, de vizinhança e de amizade e no atendimento das necessidades físicas e emocionais das pessoas envolvidas, incluindo, assim, uma possibilidade de equilibrar a relação entre cuidado formal e informal (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Temos caso em que há falta do membro da família mais importante para a mulher. Como podemos observar na fala abaixo, a ausência da mãe é sentida com pesar e decisiva na prática de amamentar, sendo a maior fonte de auxílio e incentivo à mãe adolescente para se levar adiante a amamentação. Nesse caso, a participante relaciona a não prática da amamentação justamente devido à falta de seu maior apoio, sua mãe.

“Minha mãe não estava junto comigo, minha mãe está internada até hoje lá nas clínicas (Hospital das Clínicas) ... Se minha mãe tivesse ela fazia eu dar de mamar para ele, mesmo com dor, ela fazia. ” (Emanuela, 16 anos)

Como a família é a maior fonte de apoio, é importante estimular a formação de vínculos sólidos entre os membros da família e o serviço de saúde desde o pré-natal da mãe adolescente, onde a família deve ser a todo o momento repensada e valorizada como núcleo de formação do sujeito (SANTOS et al., 2015).

Apesar de ter havido mais interesse e participação dos pais em cuidar dos filhos atualmente, identificamos que alguns permanecem com resquícios da visão tradicional do papel do pai, defendendo que o aleitamento materno é função exclusiva da mulher (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER; 2011).

Aqui nesse contexto, não é diferente, o pai tem a percepção cultural de que seu papel é o de prover e arcar com o sustento do lar, ficando distante da mulher no momento em que ela mas precisa de apoio. Uma participante relaciona o não apoio à falta de maturidade para ser pai, outra refere que o pai do bebê não se aproxima porque sente pena, uma situação em que ele não tem conhecimento para ajudar e não sabe como apoiar.

“Ele não me ajuda... ele nem fica perto... acho que tem dó de mim...” (Emanuela, 16 anos)

“Ah porque ele nunca teve filho também, ele era meio infantil também, acho que ele não estava preparado para ser pai ainda, também, e nem eu era para ser mãe, ainda mais nessa idade, é por isso que ele não me apoia. ” (Luciana, 19 anos)

Em uma revisão integrativa sobre o apoio paterno ao aleitamento, os autores identificaram que o pai foi destacado como suporte fundamental pela forte influência na decisão da mulher em amamentar e na sua continuidade. Contudo, a participação do pai exibe sentimentos ambivalentes, como, por exemplo, competitividade com a mãe e proteção; apoio e preconceitos. O homem tem acompanhado cada vez mais sua companheira aos serviços de saúde e buscado conhecimento a fim de apoiá-la da melhor forma. Em contrapartida, os profissionais de saúde não têm se capacitado para recebê-los na mesma proporção, apresentando-se despreparados para incluir os pais no cuidado (SILVA; SANTIAGO; LAMOUNIER, 2012).

“O pai dela não me ajuda... é ela quem me ajuda mais. ” (Gabriela, 18 anos)

Na falta de apoio prático e emocional por parte do parceiro e falta da presença de outra fonte de apoio, esta mulher considera a criança sua maior apoiadora. Experiência de

sofrimento na relação conjugal das mães pode levá-la a investir mais fortemente no relacionamento com a criança e, assim, compensar a falta de amor e intimidade de seu cônjuge (AHLQVIST-BJÖRKROTH et al., 2016).

Além do pouco preparo dos profissionais de saúde para acolher e incluir os pais e familiares no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, ainda as participantes revelaram que há pouco apoio em ambiente hospitalar, revelando que as orientações ocorriam no dia da alta e ainda por ocasião de queixa da participante.

“Ninguém me ensinou no hospital, no último dia, eu fui lá pedir uma pomada porque eu tinha me machucado toda. Aí ela foi lá, aí ela me ensinou. ” (Luiza, 15 anos)

Já a Unidade Básica de Saúde foi referida como serviço de saúde apoiador do aleitamento materno, sendo o local de escolha para procurar auxílio nos momentos de dificuldade, e as consultas de pré-natal também foram citadas como espaços para aprendizagem sobre amamentação.

“Eu ouvi falar de amamentação nas consultas de pré-natal... assim que descobri que estava grávida a enfermeira já me falou sobre amamentar. ” (Luiza, 15 anos)

“Aqui, aqui no postinho me falaram o jeito que era para eu colocar para amamentar, que a amamentação era muito importante. ” (Joice, 18 anos)

“Ah amamentação eu tive um pouquinho de dificuldade, mas eu ia sempre no postinho e elas me ajudaram. ” (Jéssica, 17 anos)

Sabemos que iniciar ações de educação em saúde já no período pré-natal melhora o comportamento de saúde da mãe adolescente, com tendência para maior adesão às consultas de pré-natal, aumento das taxas de amamentação, adesão às contracepções e ainda se tornam menos propensos a sofrer de depressão no pós-parto (TROTMAN et al., 2015).

O Brasil vem desenvolvendo políticas de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno no âmbito hospitalar com a normatização do sistema de alojamento conjunto, estabelecimento de normas para o funcionamento de bancos de leite humano, a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a interrupção da distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde. No eixo da atenção básica, em 2008, instituiu-se a Rede Amamenta Brasil, hoje Rede Amamenta e Alimenta Brasil, uma importante estratégia para apoio, proteção e promoção do aleitamento materno e alimentação saudável em crianças menores de dois anos; em 2010, o Ministério da Saúde criou a iniciativa de promover a implantação de salas de apoio à amamentação em empresas,

com o intuito de incentivar a continuidade da amamentação, mesmo após o retorno da mulher ao trabalho (BRASIL, 2014).

Apesar das importantes ações, ainda temos muito a avançar na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, principalmente nas questões que envolvem a cultura, o lado emocional e o social da mulher.

O profissional de saúde aparece de modo pontual como apoiador nos serviços de saúde, pois o maior apoiador ainda são as pessoas mais próximas da família.

“Ah tinha que estimular mais neh, ajudar mais, colocar na consciência dela que faz bem para ela e faz bem para a criança, falar com a mãe porque tem médicos que nem falam nada, você sai da consulta do jeito que entrou, com mais dúvidas ainda viue chega em casa não sabe o que fazer... aí eu choro, fico desesperada... faço o que acho certo e pronto. ” (Luciana, 19 anos)

“Recebi orientação no hospital das enfermeiras e em casa foi da minha mãe e da minha cunhada. ” (Beatriz, 17 anos)

A rede de apoio da nutriz adolescente se faz essencial, no entanto, em um estudo mães adolescentes representaram o apoio por meio de sentimentos positivos e negativos, disseram receber apoio por familiares e profissionais de saúde, o que pode gerar desencontros nas orientações, sendo importante oferecer um cuidado integral e orientações articuladas ao contexto sociocultural da mulher e da sua família (ALBUQUERQUE, 2014).

No contexto investigado, o profissional de saúde proporciona informações equivocadas que propiciam o desmame precoce, também podemos observar que há falta de articulação entre os níveis de atenção em saúde primário e secundário, ocasionando descontinuidade do cuidado. Podemos constatar que há uma dificuldade de acesso à puerpera adolescente ao serviço de saúde. A falta de acessibilidade somada à inexperiência ocasionam a tomada de decisões por conta própria, decisões estas que nem sempre são as melhores para a saúde da mãe e do bebê.

“Eu precisei tomar antibiótico por conta de uma infecção no rim, aí os médicos falaram para eu não amamentar mais, e só... aí eu fui até no postinho aí eles me falaram se você tiver condições de comprar o NAN, eu podia comprar, mas eles não podiam me falar como que dava porque eles não eram a pediatra dela. Aí eu fui e comprei a lata e atrás da lata estava neh os meses e quantidade que dava aí foi por assim. ” (Fernanda, 18 anos)

Um estudo identificou que o menor risco de depressão estava entre as mulheres que tinham planejado amamentar e estavam amamentando e o maior risco estava entre mulheres que tinham planejado amamentar e não conseguiram por algum motivo, destacando a importância de profissionais que oferecem apoio a mulheres que querem amamentar e

também às mulheres que tinham a intenção de amamentar, mas que abandonaram por se acharem incapazes (BORRA; IACOVU; SEVILHA, 2014). Nesse sentido, reforçamos a importância do diálogo com as puérperas sobre suas condições concretas para amamentar (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Além da ausência de um cuidado mais próximo com relação ao aleitamento materno, ainda há um descaso maior quando se trata de ações relacionadas com a saúde mental materna, especialmente na identificação de sinais de depressão pós-parto.

Reconhecemos que a saúde mental materna deva receber atenção prioritária, sendo as consultas de puericultura importante espaço para o diagnóstico da depressão pós-parto. É preciso aproveitar todos os espaços para conhecimento sobre assuntos relacionados à dinâmica familiar, com a finalidade de identificar, tratar e acompanhar a evolução da doença. Podemos considerar que a estratégia de saúde da família é um excelente espaço para o acompanhamento do binômio (LOBATO; MORAES; REICHENHEIN, 2011).

É imprescindível a identificação precoce de depressão materna nos serviços das unidades básicas de saúde, a fim de promover saúde e bem-estar materno-infantil, além de aumentar a durabilidade do aleitamento materno (FELDENS et al., 2012).

Nossa mensuração de saúde mental no pós-parto é limitada, é importante oferecer apoio pós-natal e um cuidado centrado na família, conscientes das barreiras e recursos locais nos quais as puérperas estão inseridas, além disso, nesse contexto, é importante fazer relação potencial entre saúde mental e expectativas de aleitamento materno não atendidas (GREGORY et al., 2014).

O apoio social está intimamente relacionado com o sucesso da amamentação, além disso, os profissionais de saúde devem compreender as questões sociais e culturais nas quais as adolescentes estão inseridas, pois, cada comunidade possui suas particularidades, cabendo a nós investigar no próprio contexto das mulheres quais aspectos dificultam a amamentação e elaborar estratégias para melhorias dos índices de aleitamento materno dentro do próprio contexto em que vive a mulher (PITONIAK et al., 2016).

As participantes deste estudo confirmam a importância do apoio em suas falas e referem falta de incentivo e de mais profissionais de saúde que promovam e apoiem o aleitamento materno.

“É melhor ter alguém para te ajudar, para falar é melhor, para te ensinar... o apoio é tudo.” (Luiza, 15 anos)

“Eu acho que precisa de mais incentivo, ficar sempre ali, as pessoas que incentivam: mãe é bom amamentar para você, é bom amamentar para a criança

porque eu falo isso por experiência própria no início eu sofri muito, feriu e eu não queria amamentar e eu fiquei febril, trêmula, eu passei mal, fui parar várias vezes na emergência, depois de tanto conselho que minha mãe me deu, filha é bom amamentar, vai ser bom para você e para o bebê. ” (Clara, 16 anos)

Na verdade, o grande desafio da ciência é transpor o conhecimento técnico do aleitamento materno para a prática do dia a dia (LIMA et al., 2014). O apoio e o incentivo são aspectos essenciais para o sucesso do aleitamento materno. As duas características que são próprias do profissional de saúde para promover o aleitamento materno são citadas como as que mais estão ausentes. Além do apoio e do incentivo, ainda constatamos que muito pouco é considerado sobre os aspectos culturais, sociais e emocionais da mulher na prática da amamentação, ou seja, se produz uma prática em saúde equivocada, frente às reais necessidades das puérperas adolescentes.

7 REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE AMAMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DE MÃES ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

De acordo com Helman (2009), a cultura é uma construção histórica e social que abrange o conhecimento, a moral e as normas que regem o comportamento de um grupo; caracteriza-se por experiências, crenças e valores dos indivíduos, os quais podem ser aprendidos e compartilhados, sendo transmitidos de geração para geração.

A partir da compreensão do fenômeno maternidade, no contexto das participantes, conseguimos claramente “enxergar” através das falas a cultura na qual as puérperas adolescentes estão inseridas, qual sua forma de pensar a respeito das funções maternas, o papel da mulher na alimentação infantil e como a amamentação se dá no contexto das mães adolescentes que apresentam sintomas de depressão no puerpério.

É possível afirmar que as participantes reproduzem em suas falas que o papel de mãe é aquele que encontramos nos discursos da “boa mãe”, aquela que se doa e abdica de si para cuidar do filho, sendo a mãe a cuidadora, a responsável pelos cuidados e pela alimentação do filho (AZEVEDO; ARRAIS, 2006). No entanto, no contexto investigado, apesar de haver entendimento sobre o que a sociedade espera da mulher na condição de mãe, compreendemos que as participantes, em sua maioria, não queriam vivenciar a maternidade nesse momento, e o mau enfrentamento dessa nova condição tem reflexos na vida como um todo, inclusive na amamentação.

A amamentação é uma prática que sofre influências do contexto social e cultural e se dá de formas distintas, a depender do contexto em que a mulher está inserida (MOREIRA; NASCIMENTO, 2012). E para as participantes, a idealização de que uma mulher que está amamentando “é uma mãe feliz” ficou distante de sua realidade.

No contexto das adolescentes que apresentam sintomas de depressão no pós-parto, é possível identificar que o meio em que as participantes estão inseridas influencia diretamente na ação das adolescentes, tanto que o uso no pronome “nós” apareceu: “nós achamos que o leite era fraco”, ao invés de “eu achei que o leite era fraco”, “nós resolvemos dar o NAN, porque o bebê chorava muito”, ao invés de “eu resolvi dar o NAN porque o bebê chorava muito” nos denotando que, nesse contexto, as participantes consideram e tornam práticos os conselhos dados por outras pessoas próximas ou da família. É possível compreender que as participantes reproduzem o que lhes é proposto, pois possuem atitudes inseguras e comuns da própria idade.

Quando nos voltamos para as questões da amamentação, fica claro que, diante da percepção das participantes, os aspectos importantes para amamentar se restringem aos aspectos físicos e biológicos. Sendo citados ter “peito”, ter “leite” e “se alimentar bem para ter leite” como principais condições para amamentar. Podemos afirmar que os aspectos físicos, imunológicos e nutricionais da amamentação são ressaltados em detrimento dos aspectos relacionais e emocionais que quase não são citados e quando citados permanecem ainda pormenorizados diante de uma visão bem arraigada de que a amamentação é uma mera prática de alimentação infantil.

A mulher nesse contexto é vista como uma nutriz que tem o papel de alimentar o bebê para que ele cresça, não adoença e não chore muito. Além disso, são ressaltados os benefícios para a saúde do bebê em detrimento dos benefícios para a saúde da mulher que, de acordo com o conhecimento das participantes, se restringem à volta ao corpo anterior da gestação, como se a amamentação fosse uma das funções maternas, na qual a mulher deve abdicar de si para favorecer o filho, sendo uma prática de doação na qual a mulher quase não é favorecida. Ainda há muitos mitos que permeiam a amamentação como, por exemplo, o de que os seios “caem” e de que amamentar engorda, porque à medida que se amamenta se tem mais fome e acaba engordando, mitos, estes, tomados como verdadeiros e citados como aspectos que atrapalham, visto que após o parto há urgência em se voltar ao corpo anterior à gestação.

Nesse contexto investigado, a importância da amamentação não é explanada para a formação afetiva do bebê e para a saúde mental materna, não sendo vista como uma prática de benefício mútuo na qual a mãe também se beneficia. Podemos inferir que as jovens participantes não compreendem a amamentação como uma forma de conhecer melhor o filho e suas necessidades, com o intuito de oferecer apoio e segurança que podem refletir no comportamento futuro do bebê e ainda como uma forma para se sentir mais segura frente aos cuidados consigo. Na verdade, aspectos emocionais são muito pouco citados e, quando trazidos, aparecem de maneira pontual, sendo considerados de pouca importância.

A gravidez indesejada e a presença dos sintomas de depressão no pós-parto contribuem para que a mulher tenha dificuldades em estabelecer vínculo com seu bebê, sendo o aleitamento materno uma oportunidade para aproximação entre mãe e filho e para diminuição de sintomas de depressão (FIGUEIREDO et al., 2013). No entanto, tendo em vista que a amamentação se restringe aos aspectos nutricionais, na visão das participantes, o papel de alimentar é muito bem desempenhado pela mamadeira.

A mamadeira é considerada como uma aliada, porque durante o dia pode ser oferecida por outras pessoas da família, evita os desconfortos de amamentar várias vezes ao longo do

dia, e a exposição ao ter de amamentar em locais públicos, além de proporcionar a independência do bebê à mãe, que é desejada nesse contexto.

Devido à falta de disponibilidade materna, o período noturno é considerado o mais difícil para amamentar, e a mamadeira acaba sendo escolha das participantes, visto que sacia a fome do bebê e faz com que ele não incomode por um longo período durante a noite, proporcionando descanso adequado à mãe.

Na visão das participantes, o único aspecto desfavorável de se oferecer a mamadeira é o alto custo das fórmulas lácteas, já que elas, em sua maioria, são dependentes da ajuda financeira dos familiares e do parceiro. Devido ao alto valor, as fórmulas são oferecidas por muito pouco tempo e substituídas pelo leite de “caixinha”.

Quando se diz que o lado negativo de oferecer a mamadeira é o alto custo dos outros tipos de leite, se diz que o lado financeiro tem peso maior que a dimensão de sensações de se ter um bebê no colo, no próprio seio materno, desconsiderando, assim, todos os sentimentos e emoções que podem ser encontrados no ato de amamentar, desconsiderando até mesmo a sua importância como mulher que pode aleitar.

A introdução da mamadeira tem incentivo das mães, sogras e outras pessoas próximas da família, e a eficácia do leite materno é colocada em xeque, sendo que as fórmulas lácteas são consideradas melhores fontes de alimentação para o bebê. As jovens adolescentes, diante de sua insegurança e falta de conhecimento, acabam por acatar a ideia de que seu leite não sustenta, que é insuficiente, de que o leite do peito é fraco, necessitando de outros tipos de leite.

Diante dos problemas enfrentados no início da amamentação, as puérperas adolescentes acreditam que o seu leite é insuficiente e fraco para sustentar o bebê, sendo o choro considerado um sinal de fome, como sinal de que o leite do peito não está sustentando.

As inseguranças da nova etapa de vida proporcionam uma percepção negativa de si mesma, perpassando essa insegurança para a amamentação, pois acabam por acreditar que não possuem condições suficientes para alimentar o bebê.

Importante ressaltar que nos casos em que a mulher introduziu outros tipos de leite e ainda assim continuou a amamentar, o seio materno era oferecido esporadicamente quando solicitado pela criança, sendo tratado como alimentação complementar e as fórmulas lácteas tratadas como alimentação principal. A mulher continuou a oferecer o seio materno porque tinha a ideia de que a criança que mama no peito não adoece e ainda pela obrigatoriedade em aleitar o filho, mas são as fórmulas lácteas e os outros tipos de leites considerados fortes e que sustentem.

A amamentação em livre demanda requer tempo, paciência e disposição da mulher. As adolescentes retratam que sentem falta da escola, dos amigos e da vida social que tinham antes de engravidar, relatam que não conseguem mais sair como antes, porque agora têm a responsabilidade de cuidar do filho. Muitas atividades da vida diária anterior à gestação tiveram de ser interrompidas e proteladas como, por exemplo, os sonhos de continuar os estudos e conseguir um bom emprego, já que na cultura investigada cabe à mãe abdicar de seus afazeres para criar seu filho.

De acordo com Azevedo e Arrais (2006), as mulheres de hoje vivem sob as representações de maternidade das mulheres do passado que viviam o modelo de mãe idealizada. Atualmente, as mulheres têm outros interesses e expectativas e outras formas para se realizarem como mulher e que não estão restritas à maternidade. Devido a essas representações idealizadas da maternidade, as mulheres contemporâneas entram em conflito com seu papel de mãe, o que acarreta sentimentos de dúvidas e angústias por não se atingir as expectativas de mãe perfeita.

As demandas da amamentação para as mães adolescentes que apresentam sintomas de depressão são vistas como um empecilho, pois tiram a liberdade de ir e vir e “prendem” a mulher à criança. A introdução precoce da mamadeira e das papas também se deve à necessidade de retorno aos estudos, ao trabalho e também à necessidade de diminuir a dependência do bebê à mãe. Nesse caso, a independência do filho ocasiona sensação de liberdade, para dar continuidade à vida.

Nesse contexto, de uma prática equivocada advinda de orientações desconstruídas por profissionais de saúde e familiares, vale destacar que a forma de amamentar interfere na satisfação de ambos, mãe e bebê.

Se a prática não está sendo desempenhada da forma correta, provavelmente ela não estará alimentando o bebê e nem satisfazendo as outras necessidades biopsicossociais de que ele necessita, sendo a ideia de leite fraco um equívoco frente à prática malsucedida. Pois, quando um bebê chora, não é só de fome que ele chora, mas também por outras necessidades que podem não estar sendo atendidas adequadamente.

Relaciona-se o choro com as necessidades físicas do bebê, e isso está ligado com o conceito de saúde que se tem, na qual se considera apenas os aspectos físicos e não outros aspectos.

Há presença de sentimento de culpa, é recorrente as mães dizerem que se tivessem feito diferente, se tivessem tentado um pouco mais, tivessem tido mais paciência ou ouvido os conselhos das mulheres mais experientes da família talvez não teriam abandonado

precocemente a amamentação. Mas também trazem em seus depoimentos que a criança não aceitou ser amamentada, que fazia ânsia quando colocada no seio materno, e que aceitou muito bem a mamadeira, sendo uma escolha de mãe e filho. Além disso, trazem suas questões pessoais, suas histórias de vida, suas dificuldades vivenciadas, seus medos e seus anseios e assumem que são dificultadores da amamentação e dos cuidados oferecidos à criança e a si própria, reforçando que a forma como a mulher se sente e o meio em que vive são decisivos para o sucesso ou não da amamentação.

Em meio a tantos olhares e experiências comuns e incomuns sobre a amamentação, encontramos um olhar particular de uma participante que trouxe a amamentação de uma maneira única, a qual foi representada como uma prática que viabilizou a aproximação de mãe e bebê, sendo o momento da amamentação considerado fundamental para tal aproximação. Amamentar para essa puérpera, é considerado um ato de ajuda mútua que além de promover a aproximação mãe-bebê também transforma a menina em mulher, evidenciando-nos que em meios parecidos existem diferentes modos de vivenciar uma mesma condição.

As participantes apresentam dificuldades em lidar com a prática da amamentação, pois houveram obstáculos em lidar com todas as mudanças de vida que ocorreram, durante a gravidez. Eram meninas transformando-se em mulheres, quando de imediato tiveram que se tornar mães.

Para manter a amamentação, é preciso abrir mão de muitas coisas, inclusive da vergonha em amamentar em público. Os seios, aqui nesse contexto, têm uma conotação sexual bem evidente, o corpo da menina ainda está se transformando em corpo de mulher, ainda está numa fase de transição em que a menina não assimila bem o desenvolvimento das mamas para amamentar, ela enxerga as mamas como parte de seu desenvolvimento como mulher, com conotação sexual. Devido a isto há receio em amamentar em público, porque a função das mamas ainda está sendo vista como parte da sexualidade feminina e não como órgão para aleitar e aconchegar. Diante disso, desses sentimentos e pensamentos que não caminham na mesma rapidez como as mudanças do corpo, há vergonha, timidez e incompreensão em amamentar, em meio público.

Além dessa questão, é possível constatar que, em nosso contexto cultural, a amamentação é vista como obrigação da mulher, sendo a mulher que amamenta bem vista e sinal de que é “boa mãe” e se doa em prol do filho. Esta obrigatoriedade é compreendida e na própria fala das participantes é possível identificar que reproduzem que a mulher tem de amamentar para alimentar o filho, para crescer “gordinho” e com saúde. No entanto, apesar dessa compreensão, há dificuldades que somadas ao estado emocional, à falta de apoio,

escuta, compreensão e presença de profissionais de saúde habilitados acarretam na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e na introdução de papas, antes dos seis meses de vida do bebê.

Com relação à rede de apoio, o pai não é incluído nos cuidados com bebê e aparece na função de ajudar com os custos financeiros, destacando que o papel masculino é de prover e ajudar no sustento da casa, enquanto o papel da mulher é de cuidar da casa e dos filhos. Demonstrando assim que ainda há a ideia de que assuntos que envolvem a amamentação são de responsabilidade exclusiva da mulher (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2011). A avó materna aparece como uma das principais fontes de apoio à amamentação e cuidados com o bebê, sendo escolhida como a principal fonte de confiança das participantes, onde elas seguem os conselhos e orientações.

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro foi o mais citado como apoiador do aleitamento materno principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, por estar presente durante todo o pré-natal. Apesar de serem oferecidas orientações sobre amamentação, não se buscou acolher e desenvolver vínculo com as mulheres. Quanto à orientação na atenção hospitalar, podemos dizer que quase não aparece nos relatos das puérperas, essas afirmam em sua maioria que aprenderam sozinhas, por conta própria a amamentar, nos remetendo à ideia da amamentação como algo instintivo. Apesar disso, reconhecemos nas falas a presença de conhecimentos advindos dos veículos de informação, como a televisão e internet.

Os veículos de comunicação, principalmente televisão e internet, possuem uma influência muito grande nas ações das adolescentes, na verdade elas buscam na internet conhecimentos sobre amamentação e maternidade. Uma forma de apreender conhecimentos e de suprir a ansiedade de ser mãe pela primeira vez. Isso tem a ver com a geração na qual as adolescentes vivem em que a internet é amplamente utilizada a todo o momento e também podemos dizer que se relaciona à lacunas de conhecimento que não foram preenchidas por profissionais de saúde, por falta de vínculo, abertura dos profissionais de saúde para perguntas e liberdade para expressar o que realmente se está sentindo.

Entendemos que, no meio investigado, o papel da mulher é nutrir e evitar que o bebê adoça, o modo como se sente e a forma como isso interfere na amamentação são vivenciados de forma solitária e calada. Percebemos que as próprias participantes desconsideram o que sentem e suas vontades e reproduzem através das falas e ações o que dentro de sua cultura é considerado adequado, ou seja, desempenham uma função da forma como ela se dá em seu próprio meio, uma prática de amamentar só, sem tempo para “se colocar”, discutir, compreender e assimilar, apenas prosseguir.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos possibilitou compreender as representações sociais da amamentação sob a ótica de mães adolescentes com sintomas de depressão, no pós-parto.

A prática da amamentação varia de acordo com o contexto social e cultural na qual a mulher está inserida e ainda de acordo com seu estado emocional que influencia diretamente no aleitamento materno, como identificado no contexto investigado.

Consideramos que a prática da amamentação, em mães adolescentes que apresentam sintomas de depressão no pós-parto, não se dá de forma efetiva, até mesmo nas mães que relataram amamentar exclusivamente, pois acreditamos que a presença de sintomas de depressão e a ausência de acompanhamento efetivo realizado por profissionais de saúde capacitados, no período pós-parto, acabam ocasionando uma prática de amamentação pouco significativa e prazerosa para a mulher e uma experiência não tão rica quanto seria em outras condições para o bebê.

As situações evidenciadas neste estudo revelaram que o pré-natal é a época em que mais se apreende sobre aleitamento materno, no entanto, as consultas se dão de modo pontual, sem que haja espaço para discutir sobre seu real estado emocional e condições para amamentar. Já no contexto hospitalar, identificamos que há pouca atenção, apoio e orientação às puérperas adolescentes, sendo o tempo curto e pouca disponibilidade dos profissionais em orientar sobre as questões que envolvem a amamentação.

Como profissionais de saúde nos remetemos à necessidade de estarmos atualizados frente a essas novas fontes de conhecimento utilizadas pelas adolescentes, como a internet e a televisão. Além disso, é importante ressaltar que as mídias digitais e os meios de comunicação não substituem o profissional de saúde, mas, se utilizados da maneira correta, podem caminhar ao encontro das ações que o profissional de saúde oferece, e ainda ser mais um instrumento de educação em saúde para a população de mães adolescentes.

Diante desse novo perfil de jovens mães que buscam informações na internet, seria válido o desenvolvimento de conteúdos digitais próprios para esse público, com imagens ilustrativas, dúvidas frequentes, informações com teor científico, mas com linguagem acessível e de fácil compreensão para todas as mulheres. Além disso, podemos explorar questões que sabemos que permeiam a esfera da maternidade na adolescência e no pós-parto, mas que muitas vezes são difíceis de dividir com o profissional de saúde, dentro de um

consultório tão formal. Os conteúdos digitais são uma forma de informar corretamente e estarmos mais próximos nos momentos de dúvidas, mesmo quando não estamos por perto.

Primeiramente se faz essencial acolher a mulher e incluí-la no cuidado, deixá-la livre e à vontade para falar sobre suas dúvidas, medos e angústias. Devemos compreender quem é a rede de apoio da mulher, quais são as pessoas de confiança e quais são os membros que compõem sua família (pais, irmãos, parceiros, amigos, vizinhos), no sentido de angariar aliados que possam ajudar no cuidado oferecido à puérpera adolescente.

Importante que o profissional faça uma mediação entre o seu conhecimento (conhecimento científico) e o conhecimento popular advindo do meio em que a mulher está inserida, com objetivo de aproximar a mulher e sua família da Unidade de Saúde, para que possamos oferecer uma assistência humanizada, horizontalizada e integral, na qual se consideram os aspectos sociais, culturais, relacionais e de idade, devendo, assim, tudo que envolve a vida da mulher ser considerado no planejamento de cuidado, principalmente as questões emocionais.

Nesse sentido, é relevante destacar que os sintomas de depressão no pós-parto não são rastreados nos serviços públicos de saúde, e o acompanhamento multiprofissional e integral no período do puerpério não se dá de forma efetiva.

A esse respeito seria importante em primeiro plano realizar a sensibilização da equipe de saúde para a problemática abordada, sendo imprescindível a identificação precoce de vulnerabilidades, sinais e sintomas da doença, para prevenir agravos na saúde da mulher, da criança e no âmbito familiar.

Faz-se imprescindível o acompanhamento domiciliar no período pós-parto às puérperas adolescentes e suas famílias, com atenção às que estão em situação de vulnerabilidade como gravidez na adolescência indesejada, situação de pobreza, casos de violência, ausência do parceiro e de pessoas de confiança, fatores estes que podem apresentar suscetibilidade para o desenvolvimento da doença.

Para finalizar, são importantes a promoção, o apoio e a proteção ao aleitamento materno, sempre oferecendo uma abordagem humanizada e integral, focada nas reais necessidades da mulher, para que ela possa desempenhar seu papel materno de forma mais saudável no meio em que vive.

REFERÊNCIAS

AHLQVIST-BJÖRKROTH, S.; VAARNO, J.; JUNTILA, N.; PAJULO, M.; RÄIHÄ, H.; NIINIKOSK, H.; LAGSTRÖM, H. Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers and fathers prenatal and postnatal depression and marital distress. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Escandinávia, v. 95, n. 4, p. 396-404, 2016.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza – cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 119-125, 2004. Suplemento 5.

ALBUQUERQUE, A. L. **Social representations of adolescent mothers on their social network support during breastfeeding**. 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ANDRADE, I. S. N. Aleitamento materno e seus benefícios: primeiro passo para a promoção saúde. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 149-150, 2014.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto e A. Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2006.

BASCOM, E.; NAPOLITANO, M. Breastfeeding duration and primary reasons for breastfeeding cessation among women with postpartum depressive symptoms. **Journal Human Lactation**, Washington - DC, v. 32, n. 2, p. 282-291, 2016.

BOGEN, D. L.; HANUSA, B. H.; MOSES-KOLKO, E.; WISNER, K. L. Are maternal depression or symptom severity associated with breastfeeding intention or outcomes? **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 8, p. 1069-1078, 2010.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BORRA, C.; IACOVU, M.; SEVILHA, A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. **Maternal Health Journal**, Londres, v. 19, n. 4, p. 897-907, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa saúde do adolescente**: bases programáticas. 2. ed. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF, 2009. (Caderno Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**. Situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de fatores de risco e de proteção**: proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF, 2015. (Cadernos de atenção básica, 23).

CABRAL, B. F.; OLIVEIRA, C. L. L. D. Vulnerabilidade de puérperas visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, 2010.

CAMAROTTI, M. C.; NAKANO, A. M. S.; PEREIRA, C. R.; MEDEIROS, C. P.; MONTEIRO, J. C. S. Perfil da prática de amamentação em grupo de mães adolescentes. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2011.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

AVERBUCK, C. Sobre ser mãe e sobre ser livre: o que diz o senso comum sobre a mulher que é mãe. **Jornal Carta Capital**, São Paulo, 22 out. 2013. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blogs/feminismo-pra-que/sobre-ser-mae-e-sobre-ser-livre-9325.html>>. Acesso em: 25 de abril de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (Coord.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DAFOUR-ODURO, S. A.; KIM, J. WIC mothers social environment an postpartum health on breastfeeding initiation and duration. **Breastfeeding Medicine**, Illinois, v. 9, n. 10, p. 524-529, 2014.

DENNIS, C. L.; MCQUEEN, K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 23, n. 4, p. 736-751, 2009.

DIAS, C. C.; FIGUEIREDO, B. Breastfeeding and depression: a systematic review of literature. **Journal of Affective Disorders**, Braga, v. 15, n. 171, p. 142-154, 2015.

DOZIER, A. M.; NELSON, A.; BROWNELL, E. The relationship between life stress and breastfeeding outcomes among low-income mothers. **Advances in Preventive Medicine**, Cairo, v. 2012, p. ID902487, 10p, 2012.

DURKHEIM, E. Religião e conhecimento. In: RODRIGUES, J. A. (Org.). **Émile Durkheim**. São Paulo: Ática, 1998. p. 147-203.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

EDHBORG, M.; FRIBERG, M.; LUNDH, W.; WIDSTROM, A. M. "Struggling with life": narratives from women with signs of post-partum depression. **Scandinavian Journal of Public Health**, London, v. 33, n. 4, p. 261-267, 2005.

FELICIANO, D. S.; SOUZA, A. S. L. Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 44, n. 81, 2011.

FELDENS, C. A.; VITOLO, M. R.; RAUBER, F.; CRUZ, L. N.; HILGERT, J. B. Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 16, n. 6, p. 1257-1265, 2012.

FIGUEIRA, P.; CORRÊA, H.; MALLOY-DINIS, L.; SILVA, A. R. Escala de depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 79-84, 2009.

FIGUEIREDO, B.; DIAS, C. C.; BRANDÃO, S.; CANÁRIO, C.; COSTA, R. N. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n.4, p. 332-338, 2013.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. **Archives of Women's Mental Health**, New York, v. 10, n. 3, p. 103-109, 2007.

THEMME, FILHA, M. M.; AYRES, S.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Factor associated with postpartum depressive symptomatology in Brasil: the birth in Brasil national research Study 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, Rio de Janeiro, v. 194, n. 159-167, p. 159-167, 2016.

FLEMING, N.; O'DRISCOLL, T.; BECKER, G.; SPITZER, R. F. Adolescent pregnancy Guidelines. **SOGC Clinical practice guideline**, Toronto, n. 327, p. 740-759, 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GAFFNEY, F. K.; KITSANTAS, P.; BRITO, A.; SWAMIDOSS, C. S. S. Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. **Journal of Pediatric Health Care**, St. Louis, v. 28, n. 1, p. 43-50, 2014.

GIUGLIANE, E.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. s117-s118, 2004. Suplemento.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality and experience**: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. Representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set./out. 2002.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados**: o desafio da triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOMES, L. A.; TORQUATO, V. S.; FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; SILVA, M. A. M.; PONTES, R. J. S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, p. 117-123, 2010. Número especial.

GREGORY, E. F.; BUTZ, A. M.; GHAZARIAN, S. R.; GROSS, S. M.; JOHNSON, S. B. Are unmet breastfeeding expectations associated with maternal depressive symptoms? **Academic Pediatric Association**, Baltimore, v. 15, n. 3, p. 319-325, 2015.

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Sintomas de depressão pós-parto e interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo nos dois primeiros meses de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s341-s352, 2008. Suplemento 2.

HAY, D. F.; PAWLBY, S.; WATERS, C. S.; SHARP, D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, London, v. 49, n. 10, p. 1079-1088, 2008.

HENDERSON, J. J.; EVANS, S. F.; STRATON, J. A. Y.; PRIEST, S. R.; HAGAN, R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth**, Malden, v. 30, n. 3, p. 175-180, 2003.

HUMPHRIES, M. J.; MCDONALD, C. Unveiling new dimensions: a hermeneutic exploration of perinatal mood disorder and infant feeding. **Mental Health Nursing**, London, v. 33, n. 6, p. 377-386, 2012.

KENDALL-TACKETT, K. Four research findings that will change what we think about perinatal depression. **The Journal of Perinatal Education**, Amarillo - Texas, v. 19, n. 4, p. 7-9, 2010.

KINGSTON, D.; HEAMAN, M.; FELL, D.; CHALMERS, B. Comparison of adolescent young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 129, n. 5, p. 1228-1237, 2012.

KONRADT, E. C.; SILVA, R. A.; JANSEN, K.; VIANNA, D. M.; QUEVEDO, L. A.; SOUZA, L. D. M.; OSES, J. P.; PINHEIRO, R. T. Depressão pós-parto e percepção do suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.

LAKSHMAN, R.; OGILVIE, D.; ONG, K. K. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. **Archives of Disease Childhood**, Cambridge, v. 94, n. 8, p. 596-601, 2009.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4. ed. Tradução V. L. Siqueira. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

- LIMA, A. P. E.; JAVORSKI, M.; AMORIM, R. J. M.; OLIVEIRA, S. C.; VASCONCELOS, M. G. L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 965-971, 2014.
- LOBATO, G.; MORAES, L. C.; REICHENHEIN, E. M. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.
- MAIA, M. G. M.; TAVARES-NETO, J.; RÊGO, R. C. F.; MUNIZ, P. T. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade de Rio Branco (Acre). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 129-140, 2006.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência e Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.
- MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-IV-TR. 4. ed. Tradução C. Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MEDEIROS, P. P. V.; FURTADO, E. F. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 227-234, 2004.
- MENESES, F. L.; PELLEZ, N. L. K.; LIMA, S. S.; SATURI, F. Depressão puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde**, Santa Maria, v. 38, n. 2, p. 21-30, 2012.
- MENTA, O. V.; SOUZA, M. G. G. Depressão pós-parto: sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 2, p. 67-72, 2010.
- MIGLIORINI, W. J. M.; PRIOLE, P.; VALLE, L. D. V. Saúde mental e fatores emocionais nas campanhas brasileiras da semana mundial da amamentação. **Revista Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 64, n. 140, 2014.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, J. C. D.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 2, 2011.

MONTEIRO, J. C. D.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 1, 2006.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. São Paulo: Zahar, 1978.

MORAES, M. H. C.; CREPALDI, M. A. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças Psicologia da Saúde**, Florianópolis, v. 19, n. 1-2, p. 61-67, 2011.

MOREIRA, M. A.; NASCIMENTO, E. R. A interseccionalidade família geração e amamentação. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 191-208, 2012.

MOREIRA, K. F. A. **Aleitamento materno à luz dos direitos reprodutivos da mulher: afinal do que se trata?** 2003. 187f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites do ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. s 355- s 363, 2003. Suplemento 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Dar assistência a 136 milhões de nascimentos por ano. **Relatório mundial da saúde**. Genebra, 2005. cap 4, p. 63-81.

PELLEGRINELLI, A. L. R.; CARDOSO, S. C. P.; RIBEIRO, I. P.; SANTOS, L. C. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um banco de leite humano. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 6, p. 631-639, 2015.

PIAZZALUNGA, C. R. C.; LAMOUNIER, J. A. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 133-141, 2011.

PITONYAK, J. S.; JESSOP, A. B.; PONTIGGIA, L.; CRIVELLI-KOVACH, A. Life course factors associated with initiation and continuation of exclusive breastfeeding. **Journal Matern Child Health**, New York, v. 20, n., p. 240-249, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução D. R. Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROGA, K. R. O. et al. O que é e como se explica a gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.142-149, 2015.

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEÓN, R. (Orgs.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 27-46.

REID, V.; OLIVER, M. M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. **Journal of Pediatric Health Care**, St. Louis, v. 21, n. 5, p. 289-298, 2007.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. UBDS “Dr Marco Antonio Sahão”- Vila Virgínia. 1996. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau/rede/sul/i16vilavirginia.php>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Floresce uma vida** - programa de saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2014.

STEFANELLO, J. A **vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construindo-se como mães. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. **Revistas Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 11, n. 2, 2003.

SANTORO, K. et al. Identifying and treating maternal depression : strategies e considerations for health plans. **National institute for health care management foundation issue brief**. Washington -DC. Junho, 2010. 27 p.

SANTOS, A. L.; TESTON, E. F.; CECÍLIO, H. P. M.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Participação das avós no cuidado aos filhos de mães adolescentes. **Revista Mineira de Enfermagem**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 55-59, 2015.

SANTOS, P. F. B. B.; SANTOS, A. D. M.; MOTTA, G. M.; GALHARDO, T. F.; MEDEIROS, E. R. Significados da maternidade / paternidade para adolescentes que vivenciam esse processo. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Rio Grande do Norte, v. 5, n. 2, p. 1629- 1642, 2015.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: CODEPPS, 2006.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, 2011.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMOUNIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012.

SOBREIRA, N. A. S.; PESSÔA, C. G. O. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga - MG, v. 5, n. 1, 2012.

SCHMIDT, R. M.; WIEMANN, C. M.; RICKERT, V. I.; SMITH, E. O. B. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. **Journal Adolescent Health**, New York, v. 38, n. 6, p. 712-718, 2006.

SHAKESPEARE, J.; BLAKE, F.; GARCIA, J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. **Midwifery**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 251-260, 2004.

SKAFIDA, V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on growing up in scotland data. **Journal Matern Child Health**, Escócia, v. 16, n. 2, p. 519-527, 2012.

TEIXEIRA, R. C.; MANDU, E. N. T.; CORRÊA, A. C. P.; MARCON, S. S. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. **Escola Anna Nery**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-628, 2015.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidate criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TROTMAN, G.; CHHATRE, G.; DAROLIA, R.; TEREFA, E.; DAMLE, L.; GOMES-LOBO, V. The effect of centering pregnancy versus traditional prenatal care models on improved adolescent health behaviors in the perinatal period. **Journal Pediatric Adolescent Gynecologic**, Washington-DC, v. 28, n.5, p. 395-401, 2015.

VENKATESH, K. K.; PHIPPS, M. G.; TRICHE, E. W.; ZLOTINICK, C. The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. **Matern. Child Health J.**, New York, v. 18, p. 1532-1539, 2014.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WATKINS, S.; MELTZER-BRODY, S.; ZOLNOUN, D.; STUEBE, A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 118, n. 2, p. 214-221, 2011.

WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Pato. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, D. A família e o desenvolvimento individual. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Child and Adolescent Health and Development. **Generating demand and community support for sexual and reproductive health services for young people**. Geneva, 2009.

ZANARDO, V.; VOLPE, F.; GISTARDI, A.; CANELLA, A.; STRAFACE, G.; SOLDERA, G. Body image in breastfeeding women with depressive symptoms: a prospective study. **The Journal of Maternal - Fetal and Neonatal Medicine**, Padova, v.29, n. 5, p. 836-840, 2016.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. **Sexual and Reproductive Healthcare**, Amsterdam, v. 4, n. 1, p. 9-15, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE SCLARECIDO (mães adolescentes maiores de 18 anos)

NOME DA PESQUISA: “Aleitamento Materno e Depressão pós-parto: As Representações Sociais de Mães Adolescentes” PESQUISADORES: Juliana Regina Cafer e Profa. Dra Juliana Stefanello (orientadora) Prezado (a) Senhor (a) Eu, Juliana, sou enfermeira, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto e estou convidando você para participar de uma pesquisa que estou realizando. Este documento, chamado termo de consentimento, é feito para lhe ajudar a compreender do que se trata a pesquisa. Antes de você aceitar a participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento, as suas dúvidas devem ser respondidas antes que você decida participar voluntariamente desta pesquisa, ou seja, sem ser forçada. Para nós, realizar esta pesquisa é importante porque mesmo hoje em dia, muitas mulheres têm problemas no período pós-parto com relação à depressão, o que pode prejudicar a amamentação. Assim, queremos saber se você tem apresentado sintomas depressivos no pós-parto e como está vivenciando ou vivenciou a amamentação. A intenção desta pesquisa é saber o que pensam e o que representa o aleitamento materno para adolescentes com sintomas depressivos. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem proporcionar benefício direto para você, mas indiretamente, com a sua participação, poderemos informar o serviço de saúde a importância de identificar a depressão pós-parto com chances de melhora no atendimento direcionado a adolescentes que passam por problemas parecidos com os seus. Você não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. A sua participação será responder inicialmente um instrumento sobre depressão e se forem identificados esses sintomas nas suas respostas, marcaremos outro dia, na sua casa para conversar comigo, e falar como é amamentar com sintomas de depressão, para isso farei algumas perguntas e essas perguntas servem para dar direção a nossa conversa. A conversa será gravada, e transcrita, ou seja, vou ouvi-la e digitá-la transformando-a em um texto; além disso, vou pedir para você responder um questionário sócio demográfico, que terá perguntas sobre data de nascimento, escolaridade, profissão, estado civil. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma (congressos, artigos científicos, etc.). Eu irei ver você apenas uma vez, na Unidade de Saúde ou no local que achar melhor. A duração do nosso encontro dependerá do decorrer da nossa conversa, pois poderá falar livremente, mas acreditamos que não ultrapassará uma hora. Essa conversa poderá causar algum desconforto dependendo de como você esteja no dia, mas você poderá pedir para parar a conversa ou se retirar da pesquisa sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Caso aceite, garantimos duas vias originais desse documento, sendo que uma via original assinada ficará com você e uma comigo (pesquisadora). Você pode entrar em contato comigo em qualquer momento que desejar. Eu quero reforçar que você poderá desistir de participar quando quiser, sem problema algum, é só avisar. Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento. Obrigada.

Eu, _____, RG _____, depois de receber as informações sobre esta pesquisa, e sabendo dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura _____ Contatos:
Juliana R Cafer: 16-3315-3419, e-mail: juliana.cafer@usp.br Endereço: Avenida dos Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. CEP: 14040-920 Ribeirão Preto SP. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone: 16 3315-3419 de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h.

Juliana R Cafer

Profa Dra Juliana Stefanello

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE SCLARECIDO

(Responsável pela adolescente com idade inferior a 18 anos de idade)

NOME DA PESQUISA: “Aleitamento Materno e Depressão pós-parto: As Representações Sociais de Mães Adolescentes” PESQUISADORES: Juliana Regina Cafer e Profa. Dra Juliana Stefanello (orientadora) Prezado (a) Senhor (a) Eu, Juliana, sou enfermeira, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estou convidando sua filha para participar de uma pesquisa que estou realizando. Este documento, chamado termo de consentimento, é feito para lhe ajudar a compreender do que se trata a pesquisa. Antes de autorizar a participação da sua filha nesta pesquisa é importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento, as suas dúvidas devem ser respondidas antes que o (a) senhor (a) decida autorizar sua filha a participar voluntariamente desta pesquisa, ou seja, sem ser forçada.

Para nós, realizar esta pesquisa é importante porque mesmo hoje em dia, muitas mulheres têm problemas no período pós-parto com relação à depressão, o que pode prejudicar a amamentação. Assim, queremos saber como sua filha está lidando com a amamentação, sentindo sintomas depressivos. A intenção desta pesquisa é saber o que pensam e o que representa o aleitamento materno para adolescentes com sintomas depressivos. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para sua filha, mas indiretamente, com a ajuda dela, poderemos informar o serviço de saúde a importância de identificar a depressão pós-parto com chances de melhora no atendimento direcionado a adolescentes que passam por problemas parecidos com os da sua filha. A sua filha ou o (a) senhor (a) não receberão nenhum dinheiro para participar da pesquisa. A participação da sua filha será responder inicialmente um instrumento sobre depressão e se forem identificados esses sintomas nas suas respostas, marcaremos outro dia, na sua casa para conversar comigo, e falar como é amamentar com sintomas de depressão, para isso farei algumas perguntas e essas perguntas servem para dar direção a nossa conversa. A conversa será gravada, e transcrita, ou seja, vou ouvi-la e digitá-la transformando-a em um texto; além disso, vou pedir para você responder um questionário sócio demográfico, que terá perguntas sobre data de nascimento, escolaridade, profissão, estado civil. As informações fornecidas pela sua filha serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Sua filha não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma (congressos, artigos científicos, etc.). Eu irei ver sua filha apenas uma vez, na Unidade de Saúde ou no local que o (a) senhor (a) achar melhor. A duração do nosso encontro dependerá do decorrer da nossa conversa, pois sua filha poderá falar livremente, mas acreditamos que não ultrapassará uma hora. Essa conversa poderá causar a sua filha algum desconforto dependendo de como ela esteja no dia, mas ela poderá pedir para parar a conversa ou se retirar da pesquisa sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Caso aceite, garantimos duas vias originais desse documento, sendo que uma via original assinada ficará com o (a) senhor (a) e uma comigo (pesquisadora). O (A) senhor (a) pode entrar em contato comigo em qualquer momento que desejar. Eu quero reforçar que sua filha poderá desistir de participar quando quiser, sem problema algum, é só avisar. Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento. Obrigada.

Eu, _____ RG _____,
responsável pela adolescente _____, depois de
receber as informações sobre esta pesquisa, e sabendo dos meus direitos, concordo com a participação
da mesma nesta pesquisa.

Assinatura _____ Contato
s: Juliana R Cafer: 16-32899432, e-mail: juliana.cafer@usp.br Endereço: Avenida dos Bandeirantes
3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. CEP: 14040-920 Ribeirão Preto SP. Comitê de
Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone: 16 36023386 de segunda
a sexta-feira, das 8 às 17h.

Juliana R Cafer

Profa Dra Juliana Stefanello

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E SCLARECIDO (mães adolescentes)

NOME DA PESQUISA: “Aleitamento Materno e depressão pós-parto: as representações sociais de mães adolescentes” PESQUISADORES: Juliana Regina Cafer e Profa. Dra Juliana Stefanello (orientadora). Prezado (a) Senhor (a) Eu, Juliana, estou convidando você para participar de uma pesquisa que estou realizando. Este documento, chamado termo de Assentimento, é feito para lhe ajudar a compreender do que se trata a pesquisa. Antes de você aceitar a participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento, as suas dúvidas devem ser respondidas antes que você decida participar voluntariamente desta pesquisa, ou seja, sem ser forçada. Para nós, realizar esta pesquisa é importante porque mesmo hoje em dia, muitas mulheres têm problemas no período pós-parto com relação à depressão, o que pode prejudicar a amamentação. Assim, queremos saber como você está lidando com a amamentação, sentindo sintomas depressivos. A intenção desta pesquisa é saber o que pensam e o que representa o aleitamento materno para adolescentes com sintomas depressivos. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem proporcionar benefício direto para você, mas indiretamente, com a sua participação, poderemos informar o serviço de saúde a importância de identificar a depressão pós-parto, com chances de melhora no atendimento direcionado a adolescentes que passam por problemas parecidos com os seus. Você não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. A sua participação será responder inicialmente um instrumento sobre depressão e se forem identificados esses sintomas nas suas respostas marcaremos outro dia, na sua casa para conversar comigo, e falar como é amamentar com sintomas de depressão, para isso farei algumas perguntas e essas perguntas servem para dar direção a nossa conversa. A conversa será gravada, e transcrita, ou seja, vou ouvi-la e digitá-la transformando-a em um texto; além disso, vou pedir para você responder um questionário que terá perguntas sobre data de nascimento, escolaridade, profissão, estado civil. As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas das pesquisadoras responsáveis. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma (congressos, artigos científicos, etc.). Eu irei ver você apenas uma vez, na Unidade de Saúde ou no local que você achar melhor. A duração do nosso encontro dependerá do decorrer da nossa conversa, pois poderá falar livremente, mas acreditamos que não ultrapassará uma hora. Essa conversa poderá causar algum desconforto dependendo de como você esteja no dia, mas você poderá pedir para parar a conversa ou se retirar da pesquisa sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Se o seu representante legal concordar com a sua participação na pesquisa, mas você não concordar, deixamos claro que a sua vontade prevalecerá. Caso aceite, garantimos duas vias originais desse documento, sendo que uma via original assinada ficará com você e uma comigo (pesquisadora). Você pode entrar em contato comigo em qualquer momento, se desistir de participar da pesquisa, sem problema algum, é só avisar. Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento. Obrigada. Eu, _____ RG _____, depois de receber as informações sobre esta pesquisa, e sabendo dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura _____

Contatos: Juliana R Cafer: 16-3315-3419, e-mail: juliana.cafer@usp.br Endereço: Avenida dos Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. CEP: 14040-920 Ribeirão Preto SP. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone: 16 3315-3886 de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h.

Juliana R Cafer

Profa Dra Juliana Stefanello

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIO- DEMOGRÁFICO	
Nome:	Registro:
Endereço:	
Telefone para contato:	
Data de Nascimento da mãe: ____/____/____	
Data de nascimento da criança: ____/____/____	
Escolaridade	1 () Ensino Fundamental Completo
	2 () Ensino fundamental Incompleto
	3 () Ensino Médio Completo
	4 () Ensino Médio Incompleto
	5 () Ensino superior completo
	6 () Ensino superior incompleto
	7 () Não alfabetizado
Ocupação/ profissão	
Quantas horas trabalha?	1 () período integral 40 h
	2 () Meio período
	3 () Outro
Teve licença maternidade	1 () Sim 2 () Não qual? Qto tempo?
Estado civil	1 () casada
	2 () solteira
	3 () viúva
	4 () separada
	5 () divorciada
	6 () União consensual
Estado marital	1 () Vive com companheiro 2 () vive sem companheiro
Mora com outras pessoas?	1 () Sim 2 () Não Quem?

APÊNDICE E - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Me conta como que foi/está sendo para você esta fase depois que você teve bebê (depois que o bebê nasceu)?
2. O que você já ouviu falar de amamentação? Qual a fonte?
3. Conte-me como está sendo/ foi para você a amamentação
4. O que você considera importante para amamentar?
5. Você considera que teve esta condição? O que lhe faltou?

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO

Nos últimos sete dias...

<p>4.1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça em outras coisas</p> <p>0 () Como eu sempre fiz. 1 () Não tanto quanto antes. 2 () Sem dúvida, menos que antes. 3 () De jeito nenhum.</p>	EPDSRIR	()
<p>4.2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia</p> <p>0 () Como sempre senti 1 () Talvez, menos que antes. 2 () Com certeza menos. 3 () De jeito nenhum.</p>	EPDSPRAZ	()
<p>4.3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas</p> <p>3 () Sim, a maioria das vezes. 2 () Sim, algumas vezes. 1 () Não muitas vezes. 0 () Não, nenhuma vez.</p>	EPDSCULP	()
<p>7.4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <p>0 () Não, de maneira alguma. 1 () Pouquíssimas vezes. 2 () Sim, algumas vezes. 3 () Sim, muitas vezes.</p>	EPDSANSI	()
<p>4.5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo</p> <p>3 () Sim, muitas vezes. 2 () Sim, por vezes. 1 () Não, raramente. 0 () Não, nenhuma vez.</p>	EPDSASSU	()
<p>4.6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia</p> <p>3 () Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles. 2 () Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes. 1 () Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles. 0 () Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.</p>	EPDESMA	()

<p>4.7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldades para dormir</p> <p>3 () Sim, na maioria das vezes. 2 () Sim, algumas vezes. 1 () Não muitas vezes. 0 () Não, nenhuma vez.</p>	EPDSINFE	()
<p>4.8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada</p> <p>3 () Sim, na maioria das vezes. 2 () Sim, muitas vezes. 1 () Não muitas vezes. 0 () Não, de jeito nenhum.</p>	EPDSTRIS	()
<p>4.9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado</p> <p>3 () Sim, quase o tempo todo. 2 () Sim, muitas vezes. 1 () De vez em quando. 0 () Não, nenhuma vez.</p>	EPDSCHOR	()
<p>4.10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça</p> <p>3 () Sim, muitas vezes, ultimamente. 2 () Algumas vezes nos últimos dias. 1 () Pouquíssimas vezes, ultimamente. 0 () Nenhuma vez.</p>	EPDSMAL	()

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3902 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 13060-802
Fone: 55 16 3315-3062 - 55 16 3315-3361 - Fax: 55 16 3315-0516
www.eerp.usp.br - eerp@etico.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

OL CEP-EERP/USP – 005/2015

Ribeirão Preto, 26 de janeiro de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de janeiro de 2015.

Protocolo CAAE: 13524213.3.0000.5393

Projeto: Representações sociais de mães adolescentes com sintomas depressivos, sobre a prática do aleitamento materno.

Pesquisadores: Juliana Stefanello
Juliana Regina Cafer

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. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Juliana Stefanello
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP