**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

MARIA LÚCIA NEJM DE CARVALHO

**Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial:
estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno**

**Bauru
2012**

MARIA LÚCIA NEJM DE CARVALHO

**Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial:
estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno**

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientadora: Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques

**Bauru
2012**

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.

Carvalho, Maria Lúcia Nejm de

C253a Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial: estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno / Maria Lúcia Nejm de Carvalho, Bauru, 2012.

163p.; il.; 29,7 cm.

Tese (Doutorado – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques

1. Aleitamento materno 2. Fenda Labial 3. Lactente
4. Adaptação psicológica 5. Estresse psicológico

CDD: 155.9042

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Lúcia Nejm de Carvalho

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Profa. Dra. : Ilza Lazarini Marques

HRAC - USP/Bauru – Orientadora

Profa. Dra.: Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão da Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Tese junto à SPG: ____/____/____

*Dedico esta tese à minha família, com
amor e gratidão.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Essa tese é a concretização de um longo caminho, de crescimento profissional e pessoal, que só foi possível pelo compartilhar amoroso de muitas pessoas.

*Assim, expresso publicamente o meu reconhecimento a começar pela vida. *Gracias a la vida que me ha dado tanto !**

À Consciência Suprema, que dirige esse lindo teatro cósmico !

Ao meu mestre espiritual, P. R. Sarkar, que me acolheu em todos os momentos em que o cansaço, a dúvida e o stress pareciam querer me derrubar. Gratidão por cuidar de tudo !

Aos meus filhos, Thiago e Talita, que nutrem a minha vida de afeto, amor, alegria e me proporcionaram a vivência da amamentação !

Ao pai dos meus filhos, Paulo Neves, por ser um companheiro fiel para toda a vida !

*Ao Eric, amigo carinhoso, que caiu de um balão em uma linda casa na árvore. Aos poucos foi fazendo parte da minha vida e hoje passou a ser meu companheiro do mesmo grupo de exploradores. Minha bússola nos momentos de (des)orientação. *Merci !**

À minha Família de Amor, repleta de irmãozinhos e irmãzinhas do coração, que sempre me alegria a alma.

Aos amigos que fiz no doutorado e compartilhamos festas, abraços e atividades da pós, claro !

Aos amigos do Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo - GAAME, que me ensinaram tanto sobre amamentação.

À Natália Carleto, amiga, profissional ética e competente, com quem desenvolvi projeto de pesquisa e artigo. Gratidão por me ajudar tanto, especialmente na fase final do doutorado.

Às mães que aceitaram, com paciência, fazer parte da pesquisa !

Aos bebês que com seus cheirinhos e balbúcius tornaram a coleta de dados prazerosa e gratificante.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques, que com toda a sua exigência científica, sempre me respeitou. Gratidão pela oportunidade e confiança!

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação, pela excelência no ensino.

À Andréia, Rogério e Zezé responsáveis pelos serviços da secretaria de Pós-Graduação do HRAC, por serem meus anjos da guarda!

Às "Lucias" que, como o próprio nome diz, são Seres luminosos e que sempre deixaram o meu caminho pelo HRAC repleto de luz e alegria. Gratidão meus anjos da guarda!

Aos funcionários do setor de caso novo do HRAC, com os quais convivi diariamente por mais de dois anos, pela paciência e disponibilidade em facilitarem a minha coleta de dados.

Às Profas. Dras. Sandra Thomé, Maria de Fátima Belancieri e Maria de Lurdes Merighi Tabaquim, pelas valiosas contribuições durante a fase de qualificação desse estudo.

À Profa. Dra. Lílíam Tavano que, sempre me incentivou e apoiou. Gratidão por nos momentos mais difíceis me lembrar de que depois da escuridão sempre aparece a luz.

Ao Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris que, me orientou na parte estatística, com paciência e respeito com os meus limites. As palavras são insuficientes para agradecer todo o apoio!

À Profa. Dra. Maria Inês Gândara Graciano e à Regina Célia Meira Garcia pela elaboração do questionário de situação socioeconômica utilizado no presente estudo.

À equipe do Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão do HRAC, pelo auxílio para a realização desse estudo e, em especial, para a Denise e Rose pelas valiosas informações!

À Ana A. Gomes Grigolli pelos preciosos conhecimentos transmitidos sobre metodologia do trabalho científico e por sempre com um lindo sorriso se dispor a me ajudar, ouvir e acolher.

À Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides e à Profa. Dra. Magali Caldana por contribuírem para a minha formação científica e profissional durante os Estágios PAE realizados na Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

À Dra. Luzia Regina Boni Alcântara Santos e ao Dr. Mario Sérgio Salgueiro, pelo apoio em toda a fase de coleta de dados nas UBS.

À Ana Luísa Eberle, amiga generosa e profissional competente que me auxiliou com o Inglês e as correções ortográficas e gramaticais.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, referência no tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa na área das fissuras orofaciais, que me acolheu e possibilitou realizar esse estudo.

A Secretária Municipal de Saúde de Bauru por aprovar a realização da coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Enfim, a todos que, de alguma forma contribuíram para a execução dessa pesquisa. Meus sinceros agradecimentos!

E aos que posso ter esquecido o meu pedido de perdão!

*Você nunca está só ou sem ajuda.
A força que guia as estrelas, guia
você também.*

P.R. Sarkar

RESUMO

CARVALHO, Maria Lúcia Nejm de. *Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial: estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Objetivos: Investigar o nível de estresse e as estratégias de enfrentamento adotadas na situação de aleitamento materno exclusivo e não aleitamento materno exclusivo para a comparação entre mães de lactentes com fissura labial e de lactentes sem fissura labial, com idades inferiores a seis meses; analisar e descrever interações entre nível de estresse materno, estratégias de enfrentamento, aspectos sociodemográficos, gênero, idade e extensão da fissura labial do lactente e tipo de aleitamento.

Métodos: Estudo transversal, alinhado à perspectiva quanti-qualitativa, com amostra de 200 mães de lactentes com e sem fissura labial subdivididas em quatro grupos: grupo 1: 50 mães de lactentes com fissuras de lábio completas e incompletas e que estavam em aleitamento materno exclusivo, agendadas para o caso novo no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), grupo 2: 50 mães de lactentes sem fissuras de lábio em aleitamento materno exclusivo, atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), grupo 3: 50 mães de lactentes com fissuras de lábio completas e incompletas e que não estavam em aleitamento materno exclusivo, agendadas para caso novo no HRAC, grupo 4: 50 mães de lactentes sem fissuras de lábio e que não estavam em aleitamento materno exclusivo, atendidas nas UBS. Realizado no Ambulatório, setor de caso novo, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP e em duas Unidades Básicas de Saúde, Bauru. Instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL), Inventário de Estratégias de *Coping*, Prontuários de pacientes do HRAC, Entrevista semi-estruturada e Questionário de situação socioeconômica familiar nas UBS.

Resultados: Constatou-se que o diagnóstico de *stress* ocorreu em 55 mães de lactentes com fissura e em 70 mães de lactentes sem fissura, sendo que o *stress* não foi associado com fissuras de lábio, de lactentes. Destacaram-se as estratégias de *coping*: autocontrole no aleitamento materno e no aleitamento materno exclusivo; afastamento, busca de suporte social e fuga/esquiva no aleitamento artificial.

Conclusões: Os resultados indicam a importância do apoio para a redução do estresse e na utilização de estratégias de enfrentamento que minimizem os estressores na situação de aleitamento materno, com ênfase nos trabalhos multidisciplinares.

Descritores: aleitamento materno - lactente – fenda labial - adaptação psicológica - estresse psicológico.

ABSTRACT

CARVALHO, Maria Lucia Nejm de. Breastfeeding in infants with and without cleft lip: coping strategies and level of maternal stress [thesis]. Bauru: Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo; 2012.

Objectives: To investigate the level of stress and coping strategies in situations of exclusive breastfeeding and not breastfeeding exclusively for the comparison between mothers of infants with cleft lip and infants without cleft lip, under the age of six months; to analyze and describe interactions between level of maternal stress, coping strategies, sociodemographic characteristics, gender, age and extent of cleft lip and type of infant feeding.

Methods: A cross-sectional study along with a quantitative and qualitative perspective, with a sample of 200 mothers of infants with and without cleft lip divided into four groups: group 1: 50 mothers of infants with complete and incomplete cleft lip, who, had been exclusively breastfeeding and scheduled for medical care at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies (HRAC), group 2: 50 mothers of infants without cleft lip on exclusive breastfeeding, seen at two Basic Health Units (BHU), group 3: 50 mothers of infants with complete and incomplete cleft lip that hadn't been exclusively breastfeeding and scheduled for medical care at the HRAC, group 4: 50 mothers of infants without cleft lip and who had not been exclusively breastfeeding and that had been seen at the BHU. Held at the Ambulatory, where new cases arrive, at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, USP and at two Basic Health Units, Bauru. Instruments: Inventory of Stress Symptoms of Lipp (ISSL), Coping Strategies Inventory, medical records from the HRAC, semi-structured interview, family and socioeconomic questionnaire at the BHUs.

Results: The diagnosis of stress occurred in 55 mothers of infants with cleft lip and 70 mothers of infants without cleft lip, and the stress was not associated with the occurrence of cleft lip in infants. The following coping strategies stood out: self-control in breastfeeding and in exclusive breastfeeding; detachment, seeking for social support, and escape / avoidance in artificial feeding.

Conclusions: The results indicate the importance of support for stress reduction and the use of coping strategies that minimize stress on breastfeeding status, with emphasis on multidisciplinary work.

Keywords: breastfeeding - infants - cleft lip - adaptation psychological – stress psychological.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 ALEITAMENTO MATERNO: CONCEITUAÇÃO, CATEGORIAS E BENEFÍCIOS	31
2.1.1 Conceituação e categorias de aleitamento materno	31
2.1.2 Benefícios do aleitamento materno	33
2.2 ALEITAMENTO MATERNO EM LACTENTES COM FISSURAS LABIOPALATINAS	38
2.2.1 Contextualização na literatura científica	38
2.2.2 Aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopalatinas: uma prática possível	39
2.2.3 Benefícios do aleitamento materno em lactentes com fissura labiopalatina	43
2.2.4 Dificuldades, Desafios e Desmame precoce na fissura labiopalatina	49
2.3 <i>STRESS</i> : CONCEITOS TEÓRICOS E ALEITAMENTO MATERNO	56
2.3.1 <i>Stress</i> conceitos: conceitos teóricos	56
2.3.2 <i>Stress</i> e Aleitamento Materno de lactentes com fissuras labiopalatinas	59
2.3.3 <i>Stress</i> e aleitamento materno de lactentes sem fissura labiopalatinas	61
2.4 <i>COPING</i> : DEFINIÇÕES, ESTRATÉGIAS E ALEITAMENTO MATERNO	65
2.4.1 <i>Coping</i> : definições e estratégias	65
2.4.2 <i>Coping</i> e aleitamento materno	69
2.4.3 <i>Coping</i> e fissura labiopalatina	72
2.4.4 <i>Coping</i> e aleitamento de lactentes com fissuras labiopalatinas	75
3 PROPOSIÇÃO	77
4 MATERIAL E MÉTODOS	79
4.1 CASUÍSTICA	80
4.2 INSTRUMENTOS	81
4.2.1 Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL)	81
4.2.2 Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	83
4.2.3 Entrevista semi-estruturada	84
4.2.4 Prontuários dos pacientes do HRAC	84
4.2.5 Questionário: Situação Socioeconômica Familiar (UBS)	85
4.3 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	85
4.4 PROCEDIMENTOS	86
4.4.1 Éticos da pesquisa	86
4.4.2 Coleta de dados	87
4.4.3 Análise dos dados	91
4.4.4 Análise estatística dos dados	93
4.5 MATERIAIS	94
5 RESULTADOS	95
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	117
7 CONCLUSÕES	141
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
9 REFERÊNCIAS	145
ANEXOS	155

1 INTRODUÇÃO

A decisão de estudar o aleitamento materno, com ênfase em comparar entre mães de lactentes menores de 06 meses com e sem fissura de lábio, o nível de *stress* e as estratégias de enfrentamento adotadas na situação de aleitamento materno exclusivo foi precedida de um processo, no qual estiveram presentes motivações pessoais e justificativas de relevância social e científica.

Assim sendo, em um primeiro momento, a revisão bibliográfica sobre o tema, o desejo de realizar um estudo focado na promoção da saúde e com vistas à reabilitação do paciente com fissura labiopalatina e, em especial, os resultados do estudo de Thomé (2003) apontando que a experiência da mãe que amamenta a criança com fissura de lábio e/ou palato, apesar de todas as dificuldades, pode levar aos sentimentos de recompensa, orgulho, bem estar e vitória sensibilizaram a pesquisadora.

Além das motivações pessoais, são encontradas as justificativas no campo do conhecimento técnico-científico, bem como a relevância social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) preconizam o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, destacando os seus benefícios para a mãe e o bebê (WHO, 2001).

Apesar dos estudos teóricos apontarem para a relevância da implementação do aleitamento materno, o que se encontra na prática, através de estudos brasileiros, são resultados que pontuam uma incidência e duração na população

geral, aquém da preconizada pela Organização Mundial da Saúde (Bueno 2005, Chaves, Lamounier e César 2007).

Com base nesse indicativo pode-se compreender que na população com fissura labiopalatina o cenário não seja diferente.

As publicações sobre a incidência e prevalência de aleitamento materno em fissuras labiopalatinas são esparsas e quando se expande para as que abordam a duração do aleitamento materno os resultados são ainda mais restritos (Garcez e Giugliani 2005, Piccin, Machado e Bleil 2009).

É importante ressaltar que a fissura labiopalatina não exclui o aleitamento materno, desde que a criança consiga sugar o seio materno e exista a vontade da mãe de amamentar (Pini e Peres, 2001).

Pode-se dizer que, na condição de fissura labiopalatina, o sucesso do aleitamento materno depende de diversos fatores, como: grau de complexidade da fissura, estímulo e confiança da mãe, apoio profissional com orientações sistematizadas e outros.

Estudos atuais, internacionais e nacionais, reafirmam o impacto que o tipo de fissura pode ter na prática do aleitamento materno, sendo essa mais eficiente na fissura de lábio (Garcez e Giugliani 2005, Silva, Fúria e Di Ninno 2005, Montagnoli *et al* 2005, Piccin, Machado e Bleil 2009, Britton, Mc Donald e Welbery 2011, Di Ninno *et al* 2011).

Para entender a prática do aleitamento materno da criança com fissura de lábio e/ou palato é pertinente falar primeiramente sobre o nascimento da criança

com fissura e suas repercussões na família, já que a prática da amamentação da criança com fissura ocorre concomitantemente com o fenômeno de ter um filho diferente do idealizado (Thomé, 2003).

As repercussões do nascimento de uma criança com fissura não se restringem à figura da mãe.

Autores como Bradbury e Bannister (2005) salientam que quando uma criança nasce com fissura labiopalatina os pais passam por um período de ajuste onde precisam lutar para aceitar o bebê ao mesmo tempo que precisam abandonar as expectativas fantasiosas de uma criança perfeita que eles esperavam.

Nesta perspectiva ter um bebê com fissura facial constitui-se como uma situação de *stress* para muitos pais, considerando que precisam se adaptar à situação que mudou suas vidas e lidar com os sentimentos de angústia.

É nesse contexto de sobrecarga emocional que acontece a vivência da mãe de amamentar a criança com fissura de lábio e/ou palato.

Como salientado por Thomé (2003), a prática da amamentação de crianças com fissuras, entendida como uma das condições especiais do amamentar, pode ser vista sob diversas perspectivas por parte das pessoas envolvidas nessa questão, no que diz respeito à sua indicação e contra-indicação. Dessa maneira as dúvidas quanto à sua viabilidade acometem não somente as mães e os familiares, mas também os profissionais.

Nesse sentido, Marques; Thomé; Peres (2007) destacam que os pais ficam temerosos diante das intercorrências como: engasgos, refluxo nasal do leite e a

demora no processo da administração alimentar, que podem interferir no ganho ponderal.

Além disso, não se pode desconsiderar a sobrecarga emocional que envolve a mãe que concomitantemente às dificuldades na amamentação precisa lidar com todos os sentimentos decorrentes do nascimento de uma criança com fissura e o luto do filho idealizado.

A partir do exposto faz-se pertinente ampliar a compreensão da temática da sobrecarga da amamentação em lactentes com fissuras labiopalatinas considerando-se como pano de fundo o aleitamento materno de lactentes sem fissuras.

Estudos apontam que o aleitamento materno pode ser considerado um evento estressante (Hung 2001, Razurel, Desmet e Sellenet 2011, Razurel *et al* 2011).

Evidências de *stress* no aleitamento materno são, também, destacadas nos estudos com mães de lactentes com fissura. Para Araruna e Vendrúsculo (2000) o processo de alimentar um recém-nascido com anomalia labiopalatina pode ser estressante e de difícil condução considerando não somente as dificuldades da mãe, que pode ter sentimentos como angústia, ansiedade e medo de manusear o bebê, como, também as peculiaridades do bebê ao mamar. Nessa mesma linha de raciocínio, Nascimento (2006) aponta em seu estudo que para algumas mães o aleitamento foi percebido como a pior fase da vida delas.

Em pesquisa recente, Miller (2011) avança a questão assinalando que as dificuldades alimentares em bebês com fissura podem ser entendidas como uma

considerável fonte de *stress* para os pais, o que inclusive pode influenciar na relação pais-bebê.

Pode-se dizer que o aleitamento materno da criança com fissura labiopalatina, com toda a sua complexidade, pode ser vivenciado pela mãe com muita intensidade envolvendo sentimentos de tristeza, angústia, incerteza e perda somados ao movimento direcionado à superação das dificuldades as quais podem ter significado de luta e vitória por proporcionar ao filho benefícios físicos, afetivos e sociais (Thomé, 2003).

Tendo em vista que a amamentação da criança com fissura labiopalatina constitui-se como um processo complexo no qual nem sempre as mães, os familiares e até mesmo os profissionais de saúde estão preparados, tornam-se relevantes os estudos que possam subsidiar com novos conhecimentos um melhor atendimento e acompanhamento às mães.

Vale aqui citar que estudos realizados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP - Bauru, com mães que conseguiram amamentar seus bebês com fissuras contribuíram para o incentivo da prática da amamentação e o desenvolvimento de estudos focados nas dificuldades e facilidades enfrentadas pelas mulheres para amamentar seus bebês (Thomé 1990, 2003, Dalben *et al* 2003, Barbosa 2007, Trettene 2011).

Note-se que o aleitamento materno de crianças com fissuras labiopalatinas pode ser estudado sob as perspectivas das multiáreas: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia e outras.

Os estudos sobre aleitamento materno na área da Psicologia, com base na revisão bibliográfica, abordam questões como: impacto da internação do recém-nascido em UTI e o manejo dos pais na amamentação, auxílio no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e os benefícios psicológicos para ambos, método mãe-canguru, o significado da amamentação para a mulher primípara, entre outras.

Como pode-se perceber existe uma lacuna a ser preenchida pela Psicologia no que diz respeito aos estudos focados no aleitamento materno de crianças com anomalias labiopalatinas, incluindo as articulações com as temáticas do *stress* e enfrentamento.

Apesar do *stress* ocupar um lugar de destaque na literatura científica em saúde, há uma escassez de estudos que o abordam na situação de aleitamento materno com lactentes sem e com fissura labial.

Vale destacar que os estudos sobre a prática do aleitamento materno com lactentes com fissuras labiopalatinas ressaltam a sobrecarga emocional que pode recair sobre a mãe na sua vivência de amamentar seu filho com fissura de lábio e/ou palato porém não abordam especificamente o *stress* materno, as suas fases e sintomatologia.

Com esse parâmetro do aleitamento materno de mães de lactantes com fissuras labiopalatinas ser uma fonte de *stress* e tendo em vista a escassez de estudos com a temática, considera-se importante a realização de estudos que possam avaliar o *stress* através de um instrumental validado para a população brasileira e conseqüentemente o enfrentamento diante dele.

A literatura tem mostrado que enfrentamento ou *coping* (termo original em Inglês e consagrado universalmente na comunidade científica) tem sido frequentemente estudado.

Essa temática vem ganhando a atenção dos profissionais da saúde e dos pesquisadores dedicados à questão da adaptação psicossocial do ser humano em situações problemáticas diversas e com níveis variados de dificuldades (Minervino-Pereira, 2005).

A despeito de toda a visibilidade dos estudos abordando o *coping*, há de se considerar a sua restrita aparição nas pesquisas focadas nos aleitamento materno.

Revisando a literatura científica foi possível encontrar um número reduzido de estudos atuais, focando o *coping* nas mudanças que se seguem no pós-parto para as mães e especificamente nas estratégias de *coping* utilizadas por elas na situação de aleitamento materno.

Segundo Razurel *et al* (2011) poucos estudos têm explorado as estratégias de *coping* utilizadas por mães para manejarem as transformações que acontecem após o nascimento do bebê. Os questionários utilizados nessas pesquisas investigam apenas as estratégias de *coping* gerais, não sendo suficientemente precisos para indicarem as respostas específicas dadas por elas frente ao *stress* pós-parto.

Pode-se perceber também, a partir da revisão bibliográfica, um vácuo no que se refere as pesquisas que demonstram as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de lactentes com fissura , em situação de aleitamento materno exclusivo.

Os estudos sobre *coping* na temática da fissura labiopalatina, abordam o impacto da fissura e o processo de enfrentamento e ajustamento vivido pela pessoa afetada e seus familiares (Minervino-Pereira 2005, Kramer *et al* 2007, Nusbaum *et al* 2008, Baker *et al* 2009).

É relevante saber como as mães de lactentes com fissura labiopalatina vivenciam a situação de aleitamento e as formas de enfrentamento das dificuldades que possam surgir para que assim todo o sistema de apoio: familiares e, especialmente os profissionais da saúde, as possam ajudar no processo de adaptação, acolhimento, apoio e aconselhamento contínuos.

Em consequência do que indicam os estudos sobre o aleitamento materno articulado com o *stress* e *coping*, insere-se o problema de pesquisa: como as mães de lactentes com e sem fissura de lábio percebem e lidam com as demandas estressoras do aleitamento materno?

Essa indagação reflete uma hipótese de que o nível de *stress* das mães de lactentes com fissura na situação de aleitamento materno seja mais acentuado em relação ao daquelas com lactentes sem fissura e de que as estratégias utilizadas por ambas para lidarem com os estressores sejam diferentes.

O presente estudo pretende: propiciar benefícios para a mãe/bebê e familiares no processo de reabilitação, especialmente no que se refere à alimentação; fornecer subsídios para o trabalho do psicólogo em equipes de aconselhamento e acompanhamento às mães e familiares de lactentes com fissura labiopalatinas, com vistas à prevenção de condutas alimentares inadequadas e apoio ao aleitamento materno exclusivo; contribuir para com a equipe multidisciplinar

em saúde, bem como para a prática do psicólogo nos programas de prevenção e administração do *stress* no que se refere ao aleitamento materno com e sem fissura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é apresentada em quatro capítulos.

2.1 ALEITAMENTO MATERNO: CONCEITUAÇÃO, CATEGORIAS E BENEFÍCIOS

O presente capítulo refere-se ao aleitamento materno, com ênfase na conceituação, categorias e benefícios. Utiliza-se a revisão de literatura com o objetivo de organizar alguns dos conhecimentos produzidos em torno da temática, possibilitando uma base de sustentação, para o capítulo seguinte, que expande para o aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopalatinas.

2.1.1 Conceituação e categorias de aleitamento materno

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento pode ser entendido como um ato natural e um comportamento aprendido. Praticamente todas as mães podem amamentar desde que tenham as informações corretas, o apoio da família, comunidade e sistema de atenção sanitária. Assim sendo, várias pesquisas têm demonstrado que mães e outros cuidadores necessitam de um suporte para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno (WHO, 2001).

Bosi e Machado (2005) ressaltaram que a amamentação a despeito de compreender uma expressão no âmbito biológico, transcende o aspecto nutricional e a díade mãe-filho. Sendo uma relação humana, se insere na cultura e se submete à esfera social. Como fenômeno sócio-histórico pode sofrer oscilações em diferentes contextos sociais e em distintos momentos históricos.

A OMS (2001) recomenda que a amamentação seja exclusiva por seis meses de vida e complementada gradativamente, com a introdução dos alimentos, a partir dos 6 meses, ressaltando a importância do aleitamento materno ser mantido até os dois anos ou mais.

As seguintes categorias para o aleitamento materno foram definidas:

Aleitamento materno exclusivo: o lactente recebe exclusivamente leite materno, direto da mama ou ordenhado, e nenhum outro alimento líquido ou sólido, nem mesmo água, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante: o lactente recebe, predominantemente, o leite materno, e também água ou bebidas a base de água, como: chás e sucos de frutas e medicamentos, porém nenhum outro tipo de leite.

Aleitamento materno complementado: o lactente recebe leite materno e outros alimentos semi-sólidos ou sólidos.

Aleitamento materno: o lactente recebe leite materno, diretamente da mama ou ordenhado, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite de outras espécies.

Aleitamento artificial: com exceção do leite materno, o lactente recebe outras espécies de leites.

2.1.2 Benefícios do aleitamento materno

Os benefícios do aleitamento materno, tanto para a mãe como para o bebê, têm sido amplamente reconhecidos (WHO, 2001).

De acordo com Toma e Rea (2008), os achados das pesquisas desenvolvidas, nas duas últimas décadas, favoreceram um melhor entendimento dos benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher.

O leite humano, à luz dos conhecimentos científicos atuais, e de maneira consensual, é considerado o único alimento eficaz para atender à todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes (Ramos e Almeida, 2003).

Para Neiva *et al* (2003), a amamentação no seio extrapola o aspecto nutritivo, pois propicia o desenvolvimento físico, neuropsicomotor e favorece a saúde fonoaudiológica.

Dessa maneira favorece o desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém nascido (Nascimento e Issler 2003 e Neiva 2000), podendo ser um fator decisivo para o adequado crescimento e maturação das estruturas do sistema estomatognático, estimulando o desenvolvimento das funções fisiológicas e possibilitando a sobrevivência e a qualidade de vida (Bueno, 2005).

Nessa mesma linha de raciocínio, Escott (1989) e Simões (2003) ressaltaram que o aleitamento posicionado corretamente contribui para o desenvolvimento, principalmente das vias respiratórias.

As repercussões do aleitamento na redução da mortalidade e da morbidade neonatal são fortemente evidenciadas (Booth, 2001).

Em estudo nacional, realizado na década de oitenta, por Victora *et al* (1987) nas cidades de Porto Alegre e Pelotas, verificou-se em crianças menores de um ano e não amamentadas, uma chance de 14,2 vezes maior de irem a óbito por diarreia e doenças respiratórias do que as que foram amamentadas exclusivamente.

Em anos mais recentes, Edmond *et al* (2006) em trabalho pioneiro, com o objetivo de discutir a relevância da amamentação precoce na prevenção da mortalidade infantil, analisaram dados de 11.316 crianças, advindas de quatro distritos rurais de Gana, que tinham nascido entre Julho de 2003 e Junho de 2004, sobrevivido ao segundo dia após o nascimento e que estavam sendo amamentadas. Os resultados apontaram que a amamentação precoce poderia levar à uma redução da mortalidade neonatal tendo em vista os seguintes mecanismos: (1) mães que amamentam logo após o parto apresentam uma chance maior de serem bem sucedidas na prática da amamentação; (2) alimentos pré-lácteos ofertados antes da amamentação podem induzir lesões nos intestinos que , ainda, se apresentam imaturos; (3) o colostro contribui para o desenvolvimento do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos e (4) o contato pele a pele evita que ocorra a hipotermia.

Raisler *et al* (1999) investigaram a relação entre aleitamento materno e ocorrência de doenças em bebês, nos seis primeiros meses de vida. Para tanto, estudaram uma amostra de 7.092 crianças, onde puderam constatar que os problemas respiratórios e gastrintestinais ocorriam em menor frequência naquelas amamentadas exclusivamente em comparação com aquelas em aleitamento, predominantemente artificial.

Estudos como os de Penders *et al* (2006) já haviam apontado os efeitos do aleitamento materno exclusivo para a constituição de uma flora intestinal benéfica , com maior quantidade de bifidobactérias e menor quantidade de *Clostridium difficile* e *Escherichia Coli*.

Outro aspecto positivo do aleitamento é o de, durante a infância, ter o efeito protetor contra as doenças infecciosas (WHO Collaborative Study Team , Lancet, 2000, American Academy of Pediatrics, 2005).

Jackson e Nazar (2006) documentam o mecanismo de proteção contra infecções de pulmão e ouvido.

Cesar *et al* (1999) em estudo de caso-controle realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, estudaram as internações decorrentes de pneumonia, de uma coorte de 5.304 crianças, ocorridas no período pós-parto e encontraram um risco 17 vezes maior naquelas não amamentadas em comparação àquelas que recebiam exclusivamente leite materno. Sendo que para as crianças menores de três meses o risco relativo para internação por pneumonia foi de 61%.

Estudos apontam ainda, os benefícios da amamentação na diminuição das internações por infecções respiratórias do trato superior e chiado no peito (Oddy *et al* 2003 e Chatzimichael *et al* 2007).

Uma avaliação sobre a importância da amamentação natural na prevenção de rinite alérgica foi realizada por Bloch *et al* (2002). Para tanto, analisaram a prática do aleitamento materno exclusivo durante os três primeiros meses de vida da criança.

Arenz *et al* (2004), em revisão sistemática de nove estudos envolvendo mais de 69.000 participantes, revelaram que a amamentação reduz de forma significativa, o risco de obesidade na infância.

Não se pode deixar de mencionar os efeitos positivos do contato precoce pele a pele na relação mãe-bebê durante a vivência da amamentação. Na mãe, o toque, o calor e o odor estimulam o nervo vago que induz a liberação da ocitocina, hormônio responsável pela saída e ejeção do leite materno, que favorece um aumento da temperatura das mamas, podendo, assim, ajudar a aquecer o bebê. Esse hormônio pode também, contribuir para diminuir a ansiedade materna, aumentar a tranquilidade e a responsividade social (Uvnäs-Moberg 1998 e Mercer *et al* 2007).

Um aspecto menos focalizado, porém relevante, nos estudos sobre os benefícios do aleitamento materno, refere-se ao vínculo de apego que pode ser construído entre o bebê e o seu cuidador, vínculo esse importante não somente para a sobrevivência do bebê como para o desenvolvimento do sentimento de segurança (Toma e Rea, 2008).

Toma e Rea (2008) com base em revisão sistemática de literatura apontaram que embora se façam necessários novos estudos focados nas implicações do aleitamento materno para a saúde da mulher, pesquisas no Brasil como a de Rea (2004) e em Israel realizada por Shema *et al* (2007) eliminaram as controvérsias acerca da diminuição do risco de câncer de mama entre mulheres que amamentam a longo prazo.

Rea (2004) ressaltou ainda, outros benefícios para a mulher que amamenta, como: retorno mais precocemente ao peso pré-gestacional, menor sangramento uterino no pós-parto que conseqüentemente leva a menores taxas de anemia.

Autores como Groer e Davis (2006) demonstraram os benefícios psiconeuroimunológicos, como grande imunidade celular, para as mães em aleitamento materno exclusivo.

Finalmente, Tu; Lupien; Walker (2006) destacaram que as mães que amamentam apresentam uma redução do *stress* e dos humores negativos em comparação com as que alimentam seus bebês com mamadeiras.

A partir da perspectiva econômica, o aleitamento materno pode trazer vantagens não somente para a família, como para os espaços de saúde e a sociedade, a medida que pode propiciar redução dos gastos com leites artificiais e mamadeiras, diminuição dos episódios de doenças nas crianças e conseqüentemente das inadimplências dos pais no trabalho (Giugliani, 2002).

Como pode-se perceber com base nos estudos acima referenciados, as evidências sobre os benefícios da amamentação têm sido destacadas no universo científico.

Vale lembrar que tais benefícios são relevantes também, no aleitamento materno de lactentes com fissura labiopalatina já que além das vantagens supracitadas, também promove a atividade muscular correta dos músculos como: bucinadores, orbicular da boca e outros (Carvalho, 1995) e facilita a recuperação pós cirúrgica da queiloplastia, devido a ação da Lisozima - enzima protéica- que

pode atuar positivamente como um antifectivo tópico sobre a linha de sutura (Biancuzzo, 2002).

2.2 ALEITAMENTO MATERNO EM LACTENTES COM FISSURAS LABIOPALATINAS

No presente capítulo, no primeiro momento, o aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopaltinas é contextualizado na literatura científica. Na sequência são abordados aspectos, como: prática, benefícios, dificuldades, desafios e interrupção.

2.2.1 Contextualização na literatura científica

De acordo com Garcez (2004), a despeito do amplo reconhecimento da relevância do aleitamento materno e das dificuldades de sua realização em crianças com fissuras labiopalatinas, foi localizada, no momento em que foi realizada sua pesquisa, uma quantidade expressiva de estudos referentes à alimentação, sendo que poucos deles tinham o foco na amamentação.

Com esse mesmo indicativo, Reid; Kilpatrick; Reilly (2006) concluíram, ao tomarem como base a revisão sistemática de pesquisas clínicas em fissura de lábio e/ou palato, realizada por Spriestersbach *et al* (1973), e considerando mais de trinta anos após a realização da mesma, que havia uma carência de conhecimentos sobre problemas de alimentação.

Isso pode ser ilustrado pelas pesquisas realizadas nas décadas de setenta e noventa, como a de Kelly (1971) e de Shaw *et al* (1999), acerca da alimentação de crianças com fissuras labiopalatinas onde eram evidenciados os métodos de

alimentação e especialmente a comparação dos tipos de bicos de mamadeiras. Sendo que o aleitamento materno nem sequer era citado.

Reid; Kilpatrick; Reilly (2006) destacaram também, que as informações preliminares sobre a natureza dos problemas na alimentação podiam ser extraídas de estudos que haviam utilizado uma variedade de delineamentos, métodos de coleta de dados e sistemas de mensuração.

É pertinente ressaltar que esse cenário começa a ser alterado com o advento de estudos recentes pontuando a prática do aleitamento materno em bebês com fissura de lábio e ou palato, conforme será possível constatar nos tópicos desenvolvidos adiante.

2.2.2 Aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopalatinas: uma prática possível

Para um melhor entendimento do aleitamento materno em lactentes com fissura labiopalatina, faz-se pertinente situar primeiramente o nascimento da criança com fissura e suas repercussões na família, já que a prática da amamentação ocorre concomitantemente com o fenômeno de ter um filho diferente do idealizado (Thomé, 2003).

Bradbury e Bannister (2005) ressaltaram que as crianças nascem em famílias cujas histórias podem se estender pelas gerações futuras. O novo bebê é comparado às semelhanças físicas, com os demais membros da família podendo assim ter demarcada a sua presença no universo familiar.

As mães no período de gestação, tendo em vista ideais estéticos e de saúde, aguardam por um filho belo, perfeito e inteligente (Graciano, Tavano e Bachega, 2007).

Para as autoras, quando as expectativas são correspondidas, as boas vindas são acompanhadas de transformações em todo o ambiente bem como na rotina familiar, exigindo assim novas adaptações. Por outro lado quando não são correspondidas, as boas vindas, podem ser transformadas em um pesadelo, um evento vital que vai alterar toda a homeostase familiar e desencadear uma crise.

Como nos mostraram Graciano; Tavano; Bachega (2007), a mãe, dentro de uma perspectiva onde a criança é uma extensão de si mesma, pode se perceber como incapaz de gerar um filho normal e, conseqüentemente, se autoavaliar como sendo defeituosa. Além disso, pode se sentir avaliada pelo cônjuge e familiares quando esses apontam seus erros e defeitos. Pode, finalmente, sentir medo, ansiedade e desamparo frente à possibilidade de ser banida ou estigmatizada pelo seu grupo social.

A revelação da malformação da criança pode ocorrer no período gestacional, sendo o diagnóstico feito através de exames ultrassonográficos ou no momento do parto, trazendo em ambas as situações uma complexidade de sentimentos e questionamentos.

Segundo Thomé (2003), quando o diagnóstico é feito antes do nascimento ou a mãe recebe a notícia da malformação, sem ter tido um contato com o bebê, logo após o parto surge o sentimento de expectativa sobre a condição da criança, a malformação e o grau de gravidade.

As repercussões do nascimento de uma criança com fissura não são restritas à figura da mãe.

Autores como Bradbury e Bannister (2005) salientaram que quando uma criança nasce com fissura labiopalatina os pais passam por um período de ajuste onde precisam lutar para aceitar o bebê ao mesmo tempo em que são compelidos a abandonarem as expectativas fantasiosas de uma criança perfeita que eles ansiavam.

Os mesmos autores concluíram que ter um bebê com fissura facial constitui-se como uma situação estressante para muitos pais, considerando que precisam se adaptar à nova situação que mudou suas vidas e administrarem os sentimentos de angústia.

De acordo com Drotar *et al* (1975), diante do impacto emocional os pais vivenciam etapas tais como: choque, negação, tristeza, raiva, ansiedade, adaptação e reorganização.

Evidentemente que tais reações trazem repercussões no vínculo pais-filho. Sendo assim, se faz necessário o restabelecimento do efetivo vínculo e a interação pais-filho afim de que sejam criadas condições propícias ao desenvolvimento emocional, social, cognitivo e da linguagem da criança (Carvalho e Tavano, 2000).

É nesse processo de uma família enlutada diante do nascimento de um bebê com malformação, de perda da criança idealizada e em um contexto de sobrecarga emocional, que acontece a vivência da mãe de amamentar a criança com fissura de lábio e/ou palato (Almeida 2002 e Thomé 2003).

A presença da fissura labiopalatina acarreta inúmeras dúvidas sobre os cuidados necessários para se obter a melhor reabilitação possível, associadas à insegurança ou ao medo quanto aos aspectos práticos do cuidado da criança, como a alimentação que em um primeiro momento parece superar a preocupação com outros aspectos, como a estética facial (Dalben, Costa e Gomide 2002 e Thomé 2003).

Como salientado por Thomé (2003), a prática da amamentação de crianças com fissuras, entendida como uma das condições especiais do amamentar, pode ser vista sob diversas perspectivas por parte das pessoas envolvidas nessa questão, no que diz respeito à sua indicação e contraindicação. Dessa maneira as dúvidas quanto a sua viabilidade acometem não somente as mães e os familiares, mas também os profissionais.

Para Bannister (2005), os objetivos imediatos de alimentar uma criança com fissura são os mesmos que para qualquer outro bebê.

A criança com fissura labiopalatina tem a integridade do sistema nervoso central e conseqüentemente apresenta funções e o potencial de crescimento dentro da normalidade, salvo situações em que a fissura está associada a algumas síndromes ou outras deformações. Dessa maneira os métodos de alimentação para elas são basicamente os mesmos adotados para as crianças sem fissura labiopalatina (Araruna e Vendrúsculo, 2000).

Araruna e Vendrúsculo (2000) salientaram que o processo de alimentar um recém-nascido com anomalia labiopalatina pode ser estressante e de difícil condução considerando não somente as dificuldades da mãe, que pode ter

sentimentos como angústia, ansiedade e medo de manusear o bebê, como, também as peculiaridades do bebê ao mamar.

Pode-se dizer que o aleitamento materno da criança com fissura labiopalatina, com toda a sua complexidade, pode ser vivenciado pela mãe com muita intensidade envolvendo sentimentos de tristeza, angústia, incerteza e perda somados ao movimento direcionado para a superação das dificuldades as quais podem ter significado de luta e vitória por proporcionar ao filho benefícios físicos, afetivos e sociais (Thomé 2003).

Cabe ressaltar o estudo de Silveira e Weise (2008), acerca das representações sociais de mães de crianças com fissuras labiopalatinas em relação ao aleitamento materno que nos mostrou a importância atribuída por elas, principalmente no que se refere aos aspectos biológicos da amamentação e os sentimentos como medo, frustração e constrangimento que vivenciaram diante do seu insucesso.

Tendo em vista que a amamentação da criança com fissura labiopalatina constitui-se como um processo complexo no qual nem sempre as mães, os familiares e até mesmo os profissionais de saúde estão preparados, tornam-se relevantes os estudos que possam subsidiar com novos conhecimentos um melhor atendimento e acompanhamento às mães.

2.2.3 Benefícios do aleitamento materno em lactentes com fissura labiopalatina

De acordo com Pathumwiwatana *et al* (2010), o aleitamento é especialmente importante para lactentes com fissura de lábio e/ou palato porque ajuda a prevenir a

irritação do septo nasal, diminuiu a quantidade de infecções de orelha e prove um certo suporte, para as mães, no pós-parto.

Capellozza Filho e Silva Filho (1994), ao fazerem referências aos benefícios do aleitamento materno para crianças com fissuras labiopalatinas, destacaram a prevenção da inflamação da mucosa nasal, decorrente do refluxo nasal, levando-se em conta que o leite humano se constitui como um fluido natural e não irritativo. Assim sendo, um leite de outra espécie preenchendo a cavidade nasal faz com que a mucosa responda com um processo inflamatório edematoso, já que não está preparada para recebê-lo.

Outro aspecto positivo do aleitamento materno se dá pela composição do leite humano que possui alguns componentes antimicrobiais, como imunoglobulinas com anticorpos, os quais podem influenciar na diminuição da incidência de otite média aguda e secretora (Paradise e Elster 1994 e Aniansson *et al* 2002).

As crianças com fissuras labiopalatinas são mais suscetíveis a terem otites médias e secretoras, devido ao aumento significativo de pressão na trompa de Eustáquio, durante a deglutição. Dessa maneira o aleitamento da criança, com seu corpo na posição vertical, contribui para a redução do problema (Calil e Vargas, 2008).

Outro componente importante do leite materno é a lisozima, uma enzima proteica, que pode ter sua ação positiva sobre a linha de sutura após a cirurgia, agindo como um anti-infectivo tópico (Biancuzzo, 2002).

Em relação à promoção da musculatura orofacial as vantagens do aleitamento materno envolvem equilíbrio estético e funcional, já que as estruturas

como boca, lábios e língua estão diretamente relacionadas com a dentição e a fala (Bzoch 1979, Marques e Martinelli 1992 e Altmann *et al* 1997).

As vantagens podem ser vistas, também, no âmbito emocional, sendo que os benefícios do contato do bebê com fissura labioapalatina com o seio materno para o equilíbrio emocional já haviam sido descritos em décadas passadas (Lawrence 1980, Thomé 1990 e Speri 1996) e reafirmados posteriormente (Dalben *et al* 2001 e Marques, Thomé e Peres 2007).

Nesta perspectiva, Bannister (2005) complementou dizendo que uma das primeiras experiências na vida de um bebê é ser alimentado. Na medida em que ele vai vivenciando tal experiência são estabelecidas conexões importantes entre os estímulos externos e o desenvolvimento de padrões cognitivos no cérebro, formando dessa maneira as bases para a saúde física e mental na vida adulta.

A despeito de todas as vantagens da amamentação para mãe e o bebê devem ser consideradas as dificuldades decorrentes das fissuras labiopalatinas (Bannister, 2005).

Nesse sentido, Marques; Thomé; Peres (2007) destacaram que os pais ficam temerosos diante de intercorrências como: engasgos, refluxo nasal do leite e a demora no processo da administração alimentar, que podem interferir no ganho ponderal.

De acordo com Silveira e Weise (2008), se faz relevante para o conhecimento dos profissionais da saúde envolvidos em práticas de cuidado, compreender a diversidade de fatores envolvidos na amamentação de uma criança com fissura labiopalatina, sob a perspectiva da mãe.

Deve-se considerar que a alimentação e nutrição da criança com fissura labiopalatina podem causar ansiedade e preocupação na mãe já que ela pressupõe que terão grandes dificuldades para atenderem a essa necessidade básica. Ao interpretar a fissura como um fator impeditivo da sucção/amamentação a mãe percebe-se temerosa de que a criança não possa mamar e de que ela não possa amamentar (Thomé, 2003).

Estudos apontam, através dos relatos das mães, as dificuldades delas próprias: pouco leite, ingurgitamento mamário, fissuras nos mamilos e a dos bebês: sucção fraca, pega incorreta, escape de leite pelas narinas, engasgos, ganho de peso insuficiente (Coutinho e Figueiredo 2001, Dalben *et al* 2003, Reid, Kilpatrick e Reilly 2006, Garcez e Giugliani 2005 e Silva, Fúria e Di Ninno 2005).

Sabe-se que a fissura labiopalatina pode desencadear a dificuldade ou a incapacidade de sucção da criança (Coutinho e Figueiredo, 2001).

Dalben, Costa e Gomide (2002) apontaram que a fissura de palato interfere muito mais no estabelecimento da pressão negativa necessária para o aleitamento materno do que a fissura de lábio. Dessa maneira, não existem motivos fisiológicos estritos para crianças com fissura isolada de lábio não serem amamentadas ao seio.

As mesmas autoras ressaltaram, ainda, que existe a possibilidade do aleitamento materno mesmo para as crianças com fissuras de palato ou completas de lábio e palato, considerando que uma parcela delas com esses tipos de fissuras consegue fazer a sucção.

É importante ressaltar que a lesão labiopalatal não exclui o aleitamento materno, desde que a criança consiga sugar o peito materno e exista a vontade da mãe de amamentar. Sendo ele mais satisfatório em crianças com fissuras menos complexas (Pini e Peres, 2001).

Estudos atuais, internacionais e nacionais, reafirmam o impacto que o tipo de fissura pode ter na prática do aleitamento materno, sendo essa mais eficiente na fissura de lábio (Garcez e Giugliani 2005, Silva, Fúria e Di Ninno 2005, Montagnoli *et al* 2005, Piccin, Machado e Bleil 2009, Britton, McDonald e Welbery 2011 e Di Ninno *et al* 2011).

Pode-se dizer que o sucesso do aleitamento materno depende de diversos fatores, como: grau de complexidade da fissura, estímulo e confiança da mãe, apoio profissional com orientações sistematizadas e outros (Rocha *et al* 2008).

Sob a luz das orientações sistematizadas constatou-se que podem ocorrer nas maternidades e/ou centros de referência em anomalias craniofaciais, sendo que os seguimentos, no pós-parto, nem sempre são efetivados.

Amstalden-Mendes; Magna; Gil-da-Silva-Lopes (2007), ao investigarem as orientações alimentares recebidas durante o período pós-natal, por pais ou cuidadores (n=25) de bebês com fissuras labiopalatinas e o local onde ocorreram, encontraram que elas não foram fornecidas, sistematicamente, em todos os casos, sendo que 72% (18/25) as obteve na maternidade e 24% (6/25) em um Centro de Reabilitação Específico. Entretanto, não houve seguimento do atendimento no período após a alta hospitalar.

Outro estudo encontrado foi o de Vasconcelos *et al* (2011), com 38 mães, entre o segundo e o nono mês pós-parto. Os achados apontaram que no hospital 24 (63,2%) referiram ter recebido as orientações sobre aleitamento materno, 32 (84,2%) tentaram amamentar e 16 (42,1%) amamentaram. No retorno para casa, o aleitamento materno reduziu para 6 (15,8%), sendo que 23,7% utilizaram a mamadeira.

Pathumwiwatana *et al* (2010) desenvolveram um estudo onde um dos objetivos era o de promover o aleitamento materno exclusivo em bebês (n=20) com fissuras labiopalatinas durante os seis meses, pós-parto. Para tanto realizaram o suporte e o *follow up* com uma semana e com um, dois, três, quatro e seis meses. Os resultados apontaram que após o período de seis meses: 2 bebês continuaram em aleitamento materno e permaneceram, respectivamente, até 15 e 18 meses; 2 tinham mamado exclusivamente por menos que 2 meses, e 16 por 3 a 4 meses. O estado de ocupação da mãe foi um importante fator para o sucesso, já que apenas duas das que foram capazes de estabelecer o aleitamento exclusivo por mais de seis meses não trabalhavam fora de casa. As que não puderam continuar, referiram se sentirem exauridas tendo que irem ao trabalho e amamentarem seus bebês quando do retorno para a casa.

Cabe ressaltar que a necessidade de orientações sobre o aleitamento materno pode ocorrer já na fase pré-natal.

Mondini *et al* (2009), ao estudarem uma amostra de 12 mulheres grávidas, com aproximadamente 27 semanas de gestação e que haviam sido informadas sobre a malformação dos bebês através de exames de ultrassonografia, identificaram a necessidade dessas de aprenderem sobre a temática da fissura

(alimentação, higiene, condições clínicas para a primeira cirurgia e outros aspectos) como uma forma de terem alguma experiência e preparo antes do nascimento de seus filhos.

No que diz respeito a amamentação eficaz, como realidade em lactentes com fissura labial, um estudo significativo é o de Trettene *et al* (2011). O mesmo apontou: em uma casuística de 21 mães de lactentes com fissura labial isolada e que os estavam acompanhando, no pós-operatório da cirurgia de queiloplastia – correção cirúrgica do lábio, que o diagnóstico de amamentação eficaz abrangeu 66% com predomínio do fator de confiança materna (100%) seguidos de conhecimento básico sobre amamentação (57,14%) e fonte de apoio (42,86%). O diagnóstico de amamentação ineficaz (34%) esteve relacionado com: ansiedade materna (85,71%), déficit de conhecimento (57,14%) e reflexo de sucção insuficiente (42,85%).

Os resultados desses estudos indicam que o cuidado neonatal para bebês com fissura, com ênfase no aleitamento materno deveria ser parte da política de saúde.

2.2.4 Dificuldades, Desafios e Desmame precoce na fissura labiopalatina

Apesar dos estudos teóricos apontarem para a importância da implementação do aleitamento materno, o que se encontra na prática, através de estudos brasileiros, são resultados que indicam uma incidência e duração, na população geral, aquém da preconizada pela Organização Mundial da Saúde (Bueno 2005, Chaves, Lamounier e César 2007).

Sabe-se também, que a prática da amamentação não se constitui como realidade universal e a melhoria dos índices depende de apoio e estímulo contínuos (Oliveira, Camacho e Tedstone 2001).

Em um cenário onde as taxas mundiais de amamentação ainda permanecem abaixo dos níveis desejados, pode-se lançar um foco específico na questão da incidência e duração do aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopalatinas.

Segundo Ribeiro e Moreira (2005) as publicações sobre a incidência e prevalência de fissuras labiopláticas são esparsas e quando se expandem para as que abordam a incidência e a duração do aleitamento materno os resultados são ainda mais restritos (Garcez e Giugliani 2005 e Piccin, Machado e Bleil 2009).

Estudo realizado por Thomé (1990) já havia indicado as baixas incidência e duração da amamentação. O mesmo avaliou 105 crianças na faixa etária de um dia a dezoito meses e apontou os seguintes aspectos: 1- (18,1%) das crianças nunca receberam leite materno, 2- apenas (36,2%) sugaram o peito, 3- desmame precoce, sendo a mediana na terceira semana de vida, 4- prevalência do aleitamento materno de (14,5%) no primeiro mês, (6,1%) no terceiro mês e (2,4%) no sexto mês e 5- desmame mais precoce quanto mais complexa a fissura.

Dalben *et al* (2003) investigaram o padrão de aleitamento e a utilização de açúcar na dieta de bebês entre seis e 18 meses onde obteve como resultados: 1- baixa prevalência de aleitamento materno (3%) em contraste com a alta prevalência de aleitamento artificial (90,5%); 2- o motivo mais apontado para o desmame precoce foi a incapacidade de sucção do bebê (78,8%) seguido por orientação

médica (6,7%), falta de leite (4,6%), presença de fissura (1,5%), hospitalização do bebê (1,5%), rejeição do bebê (1,5%), filho adotivo (1%), micrognatia (1%) e com (0,5%) falta de tempo da mãe, falta de bico no seio materno, formação de calo no palato, opção da família, orientação do hospital e receio da mãe; 3- porcentagem mais alta (84,6%) de aleitamento materno em bebês sem fissura de palato em comparação aos com fissura de palato (14,4%); 4- prevalência alta de utilização de mamadeira a partir da primeira semana de vida (80,5%) e sua continuidade de uso; 5- (55,5%) da população estudada tiveram o primeiro contato com o açúcar no primeiro mês de vida, sendo (72%) no leite, oferecido na maior parte das vezes pela mãe (89%); (50%) tomavam refrigerante e sucos de fruta adoçados com açúcar (83,5%) o que pode contribuir para um maior risco de cáries e 6- hábito comum do uso de mel para adoçar o leite na mamadeira.

Garces (2004), em estudo cujo objetivo era investigar a incidência, o padrão, a duração e as principais dificuldades da amamentação, entrevistou em suas residências mães de bebês com fissuras labiopalatinas, nascidos em 2001 e 2002, em Porto Alegre/Brasil, onde encontrou: 1- a incidência do aleitamento materno foi de (96,9%) com duração mediana de quarenta e três dias. 2- O aleitamento materno exclusivo ocorreu em (65,6%) da amostra sendo mantido por uma mediana de quinze dias. 3- A duração da amamentação, nos bebês com fissuras pré-forame foi maior que nos outros tipos de fissuras, 4- A sucção fraca, dificuldade de pega do bebê, escape de leite pelas narinas, engasgos, ganho de peso insuficiente, pouco leite, ingurgitamento mamário, fissuras no mamilo foram as principais dificuldades relatadas; reafirmando que a amamentação bem sucedida pode ser realizada, em especial, com bebês com fissura pré-forame.

A autora destacou que no momento em que foi realizado seu estudo não existiam na literatura estudos populacionais semelhantes, impossibilitando dessa maneira comparações.

Dessa forma realizou comparações com dados de estudos publicados pelo Ministério da Saúde em 2001, de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras, onde identificou que a duração mediana de aleitamento materno foi de 193 dias, portanto quase cinco vezes maior que a encontrada nos bebês com fissuras labiopalatinas (43 dias).

No entanto, ao focar a população geral de Porto Alegre, encontrou resultados semelhantes na mediana do aleitamento materno no grupo de crianças com fissura pré-forame (180 dias) com o grupo de crianças da população geral (193 dias). Esses achados podem estar relacionados ao fato de que em Porto Alegre, cinco maternidades faziam parte da rede Hospital Amigo da Criança onde os profissionais são treinados para a promoção do aleitamento materno.

Há que se considerar também, as limitações desse estudo, tendo em vista que a própria autora destacou não ter sido possível obter um número suficiente de sujeitos para a amostra, de tal maneira que análises mais aprofundadas de alguns determinantes da prática do aleitamento materno fossem realizadas.

Finalmente, ao tecer comparações tendo como referências os estudos de Thomé (1990) e Dalben *et al* (2003) no que se refere às prevalências de aleitamento materno, destacou a baixa incidência e a pouca duração da amamentação encontradas nos dois estudos, apontando que possivelmente tais resultados estavam relacionados com o fato das amostras terem sido selecionadas em um

centro de referência nacional onde provavelmente haveria uma concentração de pacientes com fissuras mais complexas e conseqüentemente com maiores dificuldades para o aleitamento materno efetivo.

Silva; Fúria; Di Ninno (2005) apontaram em pesquisa realizada com 50 mães de crianças menores de cinco anos, com fissuras labiopalatinas os seguintes resultados: 1- durante o período hospitalar (25%) das mães não receberam orientação sobre amamentação, 2- (88%) das crianças foram alimentadas com leite materno, com ou sem complementação; sendo que (20%) receberam aleitamento materno exclusivo, 3- No período domiciliar (8%) estiveram em aleitamento materno exclusivo, (84%) em aleitamento materno e artificial e (8%) em aleitamento artificial, 4- A sucção ineficiente foi a principal causa apontada para a substituição do aleitamento materno para outras formas de alimentação. 5- As dificuldades de amamentação foram relacionadas ao tipo de fissura e às orientações dos profissionais da saúde na maternidade, 6- O aleitamento materno foi mais efetivo nas fissuras de menor complexidade, como a pré-forame incisivo, corroborando os achados de outros estudos.

Silveira e Weise (2008), em um estudo realizado no segundo semestre de 2006 em Blumenau - SC onde entrevistaram 11 mães de crianças, entre um mês e cinco anos de idade, com fissura labiopalatina, tiveram como resultados, no que refere à amamentação, que as mães reconheciam e valorizavam a importância do aleitamento materno, com prevalência dos aspectos biológicos e que o insucesso gerava sentimentos como medo, frustração e constrangimento. Os dados revelaram que somente uma criança foi amamentada até o quarto mês, duas por dois meses, quatro menos de um mês e quatro nunca haviam mamado no peito. A frequência do

tempo de aleitamento materno exclusivo no peito foi muito aquém daquele recomendado por especialistas e preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Piccin; Machado; Bleil (2009) objetivaram estudar o estado nutricional e a prevalência do aleitamento materno em crianças, de um município da região oeste paranaense, com fissura de lábio e/ou palato. Para tanto, utilizaram os prontuários de 30 crianças, atendidas no serviço de nutrição de uma associação de portadores de fissuras labiopalatinas, na faixa etária de zero a quatro anos, no período de Junho a Julho de 2007 onde pontuaram que 53% recebeu aleitamento materno exclusivo, sendo que o período variou de seis a 120 dias. As que foram amamentadas por períodos mais longos tinham fissura pré-forame.

Cabe salientar que os autores destacaram a escassez de estudos com mesma metodologia e grupos semelhantes, para poderem tecer comparações.

Em estudo mais recente, Di Ninno *et al* (2011) investigaram o aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato e a sua associação com o tipo de fissura. Foram coletados dados de 137 prontuários de bebês de ambos os gêneros e com idade de zero a doze meses, que estavam realizando a primeira consulta no setor de Pediatria do Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissuras Labiopalatinas e Deformidades Craniofaciais, vinculado a PUC de Minas Gerais. O aleitamento materno exclusivo ocorreu em 7,3% (n=10) do total da amostra, sendo 6,57% (n=9) com fissura pré-forame e 0,73% com fissura pós-forame. Dos dez sujeitos em aleitamento materno exclusivo, sete utilizaram mamadeira e três fizeram uso de conta gotas, copinho e/ou colher. Em síntese, o aleitamento materno exclusivo ocorreu em uma pequena parte da amostra.

Se por um lado foram encontrados dados inferiores aos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, por outro há de se destacar estudos pontuais, como os que foram realizados respectivamente no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/Bauru e Centro de Atenção aos Defeitos da Face/ Pernambuco que demonstraram um aumento no índice de crianças amamentadas no peito.

Conforme apontado no estudo de Barbosa (2007) com mães de 325 crianças de até dois anos de idade, a porcentagem de aleitamento no peito foi de 41,8%, ou seja, foi maior quando comparada com o estudo de Thomé *et al* (1998). Isto pode ser justificado pelas atitudes das mães que se apresentaram responsivas às orientações da equipe no que diz respeito ao incentivo do aleitamento materno, como, também, pela conscientização delas de que poderiam amamentar no pós-operatório imediato da correção cirúrgica do lábio.

Vasconcelos *et al* (2011), ao realizarem estudo do tipo transversal com 38 mães de bebês com fissura de lábio e /ou palato, entre o segundo e o nono mês pós-parto encontraram que na fase hospitalar 32 (84,2%) tentaram amamentar e 16 (42,1%) amamentaram. Na fase domiciliar o aleitamento materno exclusivo foi reduzido para (15,8%).

Cabe ressaltar que os estudos nacionais apresentados anteriormente, não seguiram um protocolo único de pesquisa. Ao contrário, abarcaram uma diversidade de população, com casuísticas muitas vezes limitadas, métodos e períodos de coleta diferentes dificultando as comparações entre eles e, especialmente, com centros de referências em fissuras orofaciais, de diferentes países. Dessa maneira, apontaram a necessidade de serem criados protocolos que permitam avaliar os resultados das pesquisas e compará-los com os demais estudos desenvolvidos mundialmente.

2.3 STRESS: CONCEITOS TEÓRICOS E ALEITAMENTO MATERNO

No presente capítulo, são apresentados, no primeiro momento, alguns conceitos de *stress*. Na sequência, a temática é inserida no aleitamento materno de lactentes com e sem fissuras labiopalatinas.

2.3.1 *Stress* conceitos: conceitos teóricos

De acordo com Borges (2007), podem ser encontradas diferentes definições para *stress*.

Segundo Bauk (1985), o termo advém da área da Engenharia e da Física, a partir de testes aplicados para a verificação de quanto um material poderia suportar de força nele direcionada antes de ocorrer o seu rompimento.

Com semelhanças próximas as idéias de Bauk, um endocrinologista - Selye (1959) introduziu em 1936, a terminologia na área da saúde, fazendo referências às reações elaboradas pelo sistema biológico como forma de resposta frente às situações nocivas ao organismo.

A partir de então, estudos foram sendo desenvolvidos de maneira que o conceito foi se tornando mais abrangente.

Em vista disso, Lazarus e Folkman (1984) destacaram que o *stress* transpassava a esfera biológica, sendo relevante a área cognitiva no momento de resposta aos diferentes estímulos.

Gonzáles Rey (1997) considerou Lazarus um dos autores mais importantes no sentido de inserir a categoria *stress* na Psicologia, já que abriu uma porta diferente da psicanálise na compreensão da relação da resposta somática com o psíquico. Assim para ele, Lazarus transcendeu o entendimento do *stress* em termos de estímulo e resposta, enfatizando o seu caráter interativo. Por fim, afirmou que a

ênfase dada por Lazarus ao *stress* como um processo, representou um avanço para o desenvolvimento do tema saúde em uma visão pluridimensional (Lazarus e Folkman 1986).

Vasconcelos (1992), seguindo um prisma além do biológico e cognitivo, pontuou o *stress* como um fenômeno biopsicossocial que poderia ocorrer diante de estímulos biológicos, psicológicos e sociais.

Lipp (1984), ampliando um pouco mais, abordou o *stress* como uma reação psicológica, com componentes físicos, emocionais, químicos e mentais, frente à estímulos estranhos ou estressores que poderiam amedrontar, irritar, excitar ou confundir a pessoa.

A mesma autora em (2005) reafirmando ser o *stress* emocional uma reação global e complexa do organismo, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolve diante da necessidade de uma adaptação a uma situação ou evento importante, chama a atenção para o fato de que esse evento pode ter sentidos negativos ou positivos. Sendo assim, o *stress* positivo pode ser entendido como aquele que se manifesta em uma fase inicial – a do alerta. A pessoa tendo em vista a produção de adrenalina que propicia vigor e energia pode produzir mais e ser mais criativa. Vale lembrar que essa fase de alerta não pode durar demais, pois o *stress* pode se tornar excessivo, passando a ser negativo. Em seu sentido negativo pode levar a pessoa a ter a sua produtividade e capacidade de trabalho prejudicada, ou ao adoecimento, quando ultrapassa os seus limites e esgota a sua capacidade de adaptação. E finalmente em sua ótica ideal, pode ser bem administrado, apresentando um equilíbrio no gerenciamento da fase do alerta, alternando o estar em alerta com o sair de alerta; permitindo que o organismo tenha um período de recuperação antes de iniciar uma nova fase de alerta.

O percurso do *stress* pode ser estudado com base no modelo quadrifásico (Lipp, 2005).

Fase do Alerta: Entendida como a fase positiva do *stress*, onde o ser humano, através da produção e ação da adrenalina, fica mais forte, motivado e atento. Pode, frequentemente, alcançar a sensação de plenitude.

Fase da Resistência: É aquela onde o ser humano busca administrar os seus estressores de forma a manter a sua homeostase interna, ou seja, equilíbrio interior. Caracteriza-se pela produção de cortisol e maior vulnerabilidade a vírus e bactérias.

Fase de Quase Exaustão: Pode ser vista como aquela em que o ser humano experiencia uma gangorra emocional, onde com esforços consegue intercalar momentos de funcionamento normal com os de total desconforto. Em geral há muita ansiedade e maior produção de cortisol. As defesas imunológicas começam a ser destruídas e conseqüentemente vão surgindo as doenças.

Fase de Exaustão: Compreendida como a fase mais negativa do *stress* – a patológica. Predomina um desequilíbrio interno muito grande, sendo que a pessoa, entrando em depressão, não consegue se concentrar ou trabalhar. Doenças graves, como: pressão alta, úlcera, psoríase e vitiligo podem ocorrer (Lipp, 2005).

Cabe destacar que o modelo quadrifásico do *stress* serviu de base para a elaboração do Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL).

Não se contesta que, muitas definições poderiam ser explicitadas, no entanto considerou-se oportuna a escolha pelo modelo teórico proposto por Lipp (1984, 2005) tendo como parâmetro, principalmente, quatro justificativas: 1- a sua produção científica respeitada na área da Psicologia, 2- conceito de *stress* abrangente, 3- as pesquisas brasileiras, sobre *stress*, desenvolvidas em diferentes regiões do Brasil,

que fizeram uso sistemático do Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL), validado, padronizado para o Brasil e traduzido para o inglês e espanhol e 4- a utilização do ISSL na coleta de dados do presente estudo.

Faz-se pertinente salientar, que apesar de ter sido incorporada pela língua portuguesa, a palavra, no presente estudo, será mantida em sua forma original : *stress*, por ter seu reconhecimento na comunidade científica e por constar da própria nomenclatura do ISSL.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde – CID 10 (2008) o *stress* está incluso na categoria F-43: Reações ao *Stress* e Transtornos da Adaptação.

2.3.2 *Stress* e Aleitamento Materno de lactentes com fissuras labiopalatinas

Garcez (2004), ao revisar a literatura científica sobre fissuras labiopalatinas, pode localizar um número expressivo de estudos abordando as questões ligadas às dificuldades na alimentação e, em menor escala, pesquisas específicas sobre a prática do aleitamento materno.

Esse cenário, a despeito de todas as mudanças que possam ter surgido nos anos seguintes, manteve-se pouco alterado no que se refere às novas investigações que, como as anteriores, seguiram indicando as dificuldades na alimentação sem no entanto, colocarem o foco nos instrumentos de avaliação do nível de *stress* das mães diante dos desafios frente à amamentação.

Nascimento (2006), em seu estudo com mães de bebês com fissuras labiopalatinas, encontrou que para algumas delas a amamentação foi percebida como a pior fase por elas vivenciada. As dificuldades na amamentação estavam

relacionadas à credibilidade de sentirem-se capazes de cuidar do seu filho com fissura e ao resgate da responsabilidade pela sobrevivência dele.

De acordo com Miller (2011), as dificuldades alimentares em bebês, com fissuras labiopalatinas, associadas ou não com síndromes, têm sido documentadas como uma fonte de considerável *stress* para os pais; podendo ter um potencial efeito negativo no vínculo pais - bebê.

Nessa mesma linha de raciocínio das dificuldades na alimentação entendidas como fonte de *stress* é pertinente referenciar o estudo de Araruna e Vendrúsculo, que em (2000) já haviam salientado que o processo de alimentar um recém-nascido com anomalia labiopalatina poderia ser estressante e de difícil condução considerando não somente as dificuldades da mãe, que pode ter sentimentos como angústia, ansiedade e medo de manusear o bebê, como também as peculiaridades do bebê ao mamar.

Vale lembrar, como apontado em capítulo anterior, que os estudos sobre a prática do aleitamento materno com lactentes com fissuras labiopalatinas destacam a sobrecarga emocional que pode recair sobre a mãe na sua vivência de amamentar seu filho com fissura de lábio e/ou palato, porém não abordam especificamente o *stress* materno

Com esse indicativo do aleitamento materno de mães de lactantes com fissuras labiopalatinas ser uma fonte de *stress* e tendo em vista a escassez de estudos com a temática em questão optou-se, por fazer um desvio no caminho de busca adentrando nos estudos com mães de lactentes sem fissuras, entendendo que esses poderiam servir de base teórica para a análise e discussão dos resultados da presente pesquisa.

Assim sendo, apresenta-se a seguir o resultado do caminho percorrido por entre os estudos com a temática do *stress* no aleitamento materno.

2.3.3 *Stress* e aleitamento materno de lactentes sem fissura labiopalatinas

Para efeitos didáticos os estudos sobre o *stress* na prática do aleitamento materno de lactentes sem fissura serão apresentados da seguinte maneira. Primeiramente os que ressaltam a amamentação como um evento estressante. Seguidos pelos que enfocam a associação do *stress* com a adaptação, duração e desmame. Finalizando com os que abordam a relação entre *stress* e intercorrências mamária.

Razurel; Desmet; Sellenet (2011), em estudo para investigar as áreas de *stress*, em 30 mães primíparas, destacaram que os eventos percebidos por elas como estressantes não tinham o mesmo impacto na auto-eficiência, sendo o aleitamento materno e o choro do bebê os que lhes pareciam ter um impacto maior.

Razurel *et al* (2011), em estudo qualitativo realizado em Hospital Universitário de Genebra no período de Outubro de 2006 a Março de 2007 com 60 mulheres, tendo como objetivo o de identificar problemas e eventos percebidos como estressantes por mães primíparas, durante o período pós-parto, encontraram através dos resultados coletados por entrevistas semi-estruturadas, que as novas mães tinham uma percepção negativa do aleitamento materno. Para elas existiam uma real diferença entre as expectativas transmitidas pelas informações no pré-natal e as reais dificuldades encontradas. Durante o período precoce do pós-parto (um a quatro dias após o nascimento do bebê) uma importante fonte de *stress* percebido se deu na interação com os cuidadores, sendo a amamentação percebida

negativamente, em segundo lugar. No retorno para casa a amamentação percebida, ainda de forma negativa, assume o topo dos eventos percebidos como estressantes.

Na década passada, Hung (2001) desenvolveu uma escala de *stress* pós-parto, composta de 61 itens e adaptada para mulheres chinesas, onde pode constatar que os principais estressores foram: fadiga, falta de tempo e alimentação do bebê.

Como é possível notar com base nos três estudos, o aleitamento materno no pós-parto pode ser uma fonte de *stress* para as mães, independentemente da cultura na qual estejam inseridas.

Outro aspecto do *stress* evidenciado em alguns estudos, como os referenciados a seguir, diz respeito a sua influência na adaptação, duração e interrupção do aleitamento materno.

Kim (2010) estudou em uma amostra de 179 sujeitos, no período de 2 a 19 de Junho de 2009, os fatores que poderiam influenciar na adaptação da mãe ao aleitamento materno, tendo encontrado que o nível de adaptação ao aleitamento materno foi significativamente associado à: satisfação no casamento, proporção de aleitamento, tempo de duração de aleitamento materno prévio, intenção da duração do tempo de aleitamento, *stress* no sistema parental e incentivo das pessoas da área médica.

O' Brien *et al* (2009), em um estudo qualitativo, australiano, identificaram 45 fatores psicológicos que influenciavam a duração do aleitamento materno, sendo considerados os mais importantes: prioridades da mãe, auto-eficácia, fé ou crença no leite do peito, adaptabilidade e *stress*.

Em estudo com uma casuística de 2420 mulheres, Li *et al* (2008) focaram a influência do bem-estar psicossocial da mãe durante o período gestacional sobre a duração do tempo de amamentação. Os resultados apontaram que eventos estressantes durante a gravidez aumentaram a chance para o desmame precoce. Sendo preditores importantes para a interrupção do aleitamento: eventos estressantes associados à separação ou divórcio, problemas financeiros e residenciais.

Estudos nacionais como o de Rondó e Souza (2007), realizado em Jundiaí/SP com 852 mulheres grávidas atendidas no pré-natal, entre Setembro de 1997 e Agosto de 2000 em doze Unidades de Saúde e cinco Hospitais, cujo objetivo era avaliar as associações entre *status* psicológico materno e duração da intenção de amamentar, apontaram com os resultados haver associações negativas entre a intenção da duração do aleitamento materno e *status* psicológico da mãe e associação positiva com estado civil.

Ramos e Almeida (2003) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de estudarem as alegações maternas para o desmame, onde puderam identificar nas falas das mães que o *stress* e a sobrecarga de trabalho, somados à depressão e angústia estavam fortemente relacionados com a baixa produção do leite e consequentemente a interrupção do aleitamento materno.

Como destacou Lana (2001), o estado emocional leva às alterações na ação da prolactina e da ocitocina, como que fazendo na situação de *stress*, o leite se esconder e quando ele é afastado o leite volta a aparecer.

Rojjanasrirat (2004) analisou as experiências de amamentação de 50 mulheres que retornaram ao trabalho após o parto. Foram relatados sentimentos

como culpa, sacrifício e *stress* vivenciados na situação conflitante envolvendo as exigências do trabalho e o processo de amamentação.

Por outro lado foram encontrados estudos mostrando os efeitos da lactação na saúde e no *stress* materno.

Tu; Lupien; Walker (2006) enfatizaram que o aleitamento materno favorece a diminuição dos níveis do hormônio do *stress*, mais especificamente o cortisol, melhora a qualidade do sono e imunidade celular.

Mezzacappa (2004) desenvolveu um estudo com o intuito de examinar os efeitos da amamentação no sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático e as respostas frente ao *stress*. Os resultados apontaram que as mães que amamentaram exclusivamente apresentaram um aumento da modulação do sistema nervoso parassimpático, baixo nível de *stress* percebido, menor sintomatologia depressiva e melhoria da saúde física e mental comparado com mães em não aleitamento. Por outro lado, as que utilizaram a mamadeira demonstraram maiores níveis de atividade do sistema simpático e diminuição do parassimpático.

Montgomery; Ehlim; Sacker (2006) mostraram que o aleitamento materno pode ser associado com resiliência contra o *stress* psicossocial decorrente de separação ou divórcio parental. Tal associação se justificou tendo em vista que o aleitamento materno foi considerado um sinalizador das características maternas e interações pais-bebê.

O estudo de Carrascoza *et al* (2005) avaliou, através de entrevista e aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, o *stress* de mães no momento de interrupção do aleitamento materno. O estudo envolveu 40 mães cujos filhos recebiam atendimento no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico

para Pacientes Especiais da Universidade de Campinas e que haviam realizado o desmame antes do sexto mês de vida da criança. Das 40 participantes, 25 referiram sintomatologia para *stress* no período de desmame; sendo o diagnóstico positivo para *stress* mais alto quando a sugestão para o mesmo ocorria por aconselhamento médico.

Finalmente o *stress* na temática do aleitamento pode ser visto pela lente das intercorrências mamárias.

Abou-Dakn; Schäfer-Graf; Wöckel (2009) avaliaram, em um estudo prospectivo com 379 mulheres primíparas sem anomalias ou doenças, a relação entre a ocorrência de distúrbios de amamentação e *stress* psicológico. Dados psicométricos foram coletados entre a confirmação da gravidez e um ano após o parto. Os resultados apontaram uma relação significativa entre *stress* e doenças relacionadas à amamentação. Sendo assim, mulheres com dor, rachaduras nos mamilos, ingurgitamento mamário e mastite apresentaram um maior nível de *stress* do que mulheres sem intercorrências mamárias.

2.4 COPING: DEFINIÇÕES, ESTRATÉGIAS E ALEITAMENTO MATERNO

O presente capítulo versa, no primeiro momento, sobre o significado e algumas definições de *coping*. Na sequência, a temática é apresentada, com ênfase no aleitamento materno de lactentes sem e com fissuras labiopalatinas.

2.4.1 *Coping*: definições e estratégias

Inicialmente, faz-se pertinente salientar que situar o significado da palavra *coping* e algumas de suas definições constitui-se uma tarefa importante, na medida

em que permite evitar possíveis confusões conceituais, já que no presente estudo o foco recai sobre as estratégias de *coping* utilizadas pelas mães na situação de aleitamento materno, bem como delimitar a proposta teórica que mais se adéqua aos objetivos.

Em consequência de em sua forma original o termo *coping* apresentar-se na língua inglesa e assim ser consagrado universalmente, considerou-se oportuno conhecer o seu significado nessa língua. No dicionário Michaelis, foi encontrado que o verbo: “*to cope*” significa: lutar, competir, enfrentar , poder com, entre outros.

Silva; Müller; Bonamigo (2006) ressaltaram que não tendo uma tradução literal para o Português o seu significado aproximado poderia ser: lidar ou enfrentamento.

Nessa mesma direção Pais; Ribeiro; Rodrigues (2004) pontuaram que a palavra *coping* fazia parte do vocabulário da Psicologia em Portugal, sendo que no Brasil utilizava-se o termo enfrentamento.

Por outro lado Lisboa *et al* (2002) destacaram em anos anteriores, que não tinha sido traduzida para o Português pelas limitações de se encontrar vocábulos equivalentes que definiriam o conceito (ex: lidamento, lidação). A tentativa pela tradução enfrentamento poderia ocasionar confusões tendo em vista que essa palavra implicaria em uma ação direcionada para algum alvo ao mesmo tempo em que a inação poderia ser considerada uma estratégia de *coping* utilizada, principalmente, por crianças.

A despeito de todas as controvérsias e confusões plausíveis em torno de sua tradução como enfrentamento podem ser localizados estudos nacionais, onde os autores o empregam dessa forma (Minervino-Pereira 2005 e Silva 2005). Ao mesmo

tempo em que há autores que o utilizam sem tradução (Silva, Müller e Bonamigo 2006, Guido 2003, Pais, Ribeiro e Rodrigues 2004 e Borges 2007).

No presente estudo optou-se pela não tradução, tendo em vista a sua utilização no original em inglês dentro da comunidade científica brasileira (Savóia, Santana e Meijas 1996).

Coping tem merecido a atenção dos profissionais da saúde e pesquisadores preocupados com a questão da adaptação psicossocial do ser humano em situações problemáticas e com níveis variados de dificuldades (Minervino-Pereira, 2005).

Para Guido (2003) o termo *coping*, de acordo com o pensamento dos pesquisadores, foi conceituado e caracterizado de diversas maneiras.

Diante da diversidade de concepções, há controvérsias entre os estudiosos e até mesmo confusões teóricas na utilização de conceitos como: estilos, estratégias e tipologias de *coping* (Savóia, Santana e Meijas 1996).

Assim sendo, tomou-se a decisão de no presente estudo ter como base a proposta desenvolvida por Lazarus e Folkman (1984), complementada pela perspectiva de Savóia; Santana; Meijas (1996) e Savóia (1999), considerando a sua consonância com o Inventário de Estratégias de *Coping* utilizado na coleta de dados e a proposta de análise dos seus resultados.

Numa proposta clássica, Lazarus e Folkman (1984) definiram *coping* como o processo para lidar com as exigências externas e internas avaliadas pela pessoa como uma sobrecarga ou como excedendo os seus recursos pessoais. Nessa perspectiva, que envolve esforços cognitivos e comportamentais e em constantes mudanças, pode ser compreendido como um fator determinante da experiência de *stress* e da adaptação por ela gerada. Dessa maneira, o indivíduo em sua vivência

busca estratégias, que lhe pareçam adequadas aos agentes estressores, com o intuito de adaptar-se ou resolver a situação estressante. Cabe salientar que nesse processo de avaliação e de definição das estratégias a serem usadas são efetuadas contínuas avaliações e reavaliações da relação pessoa-ambiente. Na avaliação primária de uma situação estressante o indivíduo pode-se deparar com os seguintes questionamentos: Qual o significado do evento? Qual a ação que ele exerce? Na avaliação secundária as questões impostas podem ser: O que e como pode ser feito? Qual o custo e os resultados?

Fica claro o dinamismo do processo. Portanto, não pode ser visto como uma única ação ou resposta, mas sim como um conjunto de respostas recíprocas, onde o ambiente e a pessoa se influenciam mutuamente. Ao longo de sua vida o indivíduo pode ir adquirindo padrões comportamentais nem sempre consistentes e que podem lhe conduzir à diferentes maneiras de lidar com as situações de *stress*, daí poder aprender a utilizar, descartar e adaptar as estratégias.

Lazarus e Folkman (1984) destacaram também, que o emprego da palavra lidar (com as demandas internas e externas) parece ser mais coerente do que as palavras: dominar ou superar, considerando que existem situações problemáticas que podem ser redefinidas e aceitas pela pessoa e não necessariamente superadas.

Os autores definiram ainda, que considerado como estratégias, *coping* pode ser classificado em dois focos: *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. No primeiro, a pessoa procura resolver a situação fazendo uso de informações referentes ao evento estressante, analisando as alternativas de ações possíveis e optando por aquela que considera mais adequada. Essa forma é mais provável quando as condições de dano, ameaças ou desafios ambientais são avaliadas como sendo fáceis de mudar. No *coping* centrado na emoção, a pessoa

tende a recorrer a uma série de manobras cognitivas, como: fuga, aceitação, distanciamento e outras com o intuito de alterar o significado da situação, ou seja, de forma realista ou com distorções, busca reduzir a sensação desagradável ocasionada pelo *stress*. Em geral é empregada após uma avaliação de que nada pode ser feito para mudar as condições de ameaça, dano ou desafios ambientais.

Para Savóia (1999), a forma de enfrentamento empregada pela pessoa é determinada por seus recursos pessoais e ambientais. Os pessoais incluem os aspectos: físicos (saúde e energia), psicológicos (crenças e valores) e de competências (habilidades sociais e de solução de problemas). Quanto aos ambientais englobam: o suporte social e recursos materiais.

A mesma autora afirma que as pessoas, em situações estressantes, utilizam o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado na emoção; já que eles se influenciam mutuamente.

Pelo exposto, pode-se explicitar que as estratégias de *coping* refletem as ações, comportamentos e pensamentos do indivíduo para lidar com um estressor.

Como se pode perceber, a proposta da autora tem um enfoque interativo e de totalidade, constituindo-se na possibilidade de um olhar sob o *coping* que reúne aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

2.4.2 *Coping* e aleitamento materno

Revisando a literatura científica, foi possível encontrar um número reduzido de estudos atuais, focando o *coping* nas mudanças que se seguem no pós-parto para as mães e especificamente nas estratégias de *coping* utilizadas por elas na situação de aleitamento materno.

Segundo Razurel *et al* (2011), poucos estudos têm explorado as estratégias de *coping* utilizadas por mães para gerenciarem as transformações que acontecem após o nascimento do bebê. Os questionários utilizados nessas pesquisas investigam apenas as estratégias de *coping* gerais, não sendo suficientemente precisos para indicarem as respostas específicas dadas por elas frente ao *stress* pós-parto.

Os mesmos autores (2011) realizaram um estudo em Geneva, no período de Outubro de 2006 a Março de 2007, com os objetivos de identificarem os problemas e eventos percebidos como estressantes por mães primíparas durante o período pós-parto e explorarem o apoio social e as estratégias de *coping* que elas costumavam utilizar frente a essas situações. Para tanto, enfermeiras treinadas para realizarem partos entrevistaram 60 mulheres em suas residências, seis semanas após o nascimento de seus bebês. Os resultados apontaram que o aleitamento materno foi considerado um evento estressante, sendo que nos primeiros quatro dias do pós-parto ocupou o segundo lugar na lista e subindo de posição quando do retorno para a casa. Sete estratégias de *coping* foram identificadas: mobilização de recursos internos; busca ativa por suporte social; plano de ação; obediência e conformidade ao padrão ou norma; impotência, esquiva e evitação; expressão de sentimentos com companheiro, família e amigos e reavaliação do *self*. O estudo mostrou ainda, que no gerenciamento de um mesmo evento poderiam ser utilizadas pelas primíparas diversas estratégias, ou seja, não foi possível identificar estratégias específicas para eventos específicos. Finalmente, não concluiu quais estratégias poderiam ser mais efetivas ou não para eventos específicos, o que pontuou a necessidade de novas pesquisas.

Nesta mesma perspectiva da utilização das estratégias de *coping* gerais no pós-parto, Razurel; Desmet; Sellenet (2011) salientaram que o suporte social profissional pode ter uma forte influência na percepção das mães sobre a auto-eficácia em lidar com as demandas advindas com o nascimento de seus bebês.

O'Brien *et al* (2009) desenvolveram um estudo australiano onde apresentaram os resultados de duas de suas pesquisas qualitativas: *Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems* (2008) e *Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1: perceptions of mothers and clinicians* (2009) que identificaram as estratégias utilizadas por mulheres frente aos desafios encontrados na maternidade precoce e situação de aleitamento materno. As estratégias de *coping* incluíram: ampliação do conhecimento sobre amamentação, propósito de se manter relaxada e subsequentemente olhar para si mesma, utilização positiva de conversa consigo mesma, ou seja, diálogo interno, modificação de crenças inúteis, resolução de problemas, fixação de metas e práticas de plena consciência, como por exemplo, meditação. Os resultados em questão podem representar uma caixa de ferramentas composta de estratégias de enfrentamento que estão disponíveis às mulheres, para a utilização delas no período pós-natal.

Estudo retrospectivo do tipo caso-controle realizado por Hegney; Fallon; O'Brien (2008) na Austrália com uma amostra de quarenta mulheres, divididas em dois grupos, documentou as experiências e as características das que continuaram a amamentar (n=20) e as daquelas que desmamaram (n=20) frente às dificuldades encontradas. Foram coletados dados quantitativos através de um questionário com questões envolvendo: idade, nível de escolaridade, experiência com amamentação, método de alimentação do bebê e outras. Foram também coletados dados

qualitativos a partir de uma entrevista semi-estruturada. Os resultados apontaram que as que continuaram amamentando utilizaram estratégias como: estabelecimento de metas e objetivos firmes a curto e a longo prazos, positivo diálogo interno, senso de determinação, otimismo e perseverança, entendimento das dicas de comportamento enviadas pelo bebê e orgulho. Dentre as que não continuaram amamentando, os autores deram destaques para o sentimento de culpa e as justificativas relatadas por elas.

Como é possível constatar, os estudos acima apontados merecem algumas considerações.

Além de terem uma casuística limitada e envolverem mães de lactentes sem fissuras labiopalatinas, não tecem comparações dos seus resultados com os de outros países, incluindo o Brasil.

Cabe assim, um parêntese para ser apontada a temática do *coping* na fissura labiopalatina, para ajudar no entendimento da escassez de estudos focando o *coping* no aleitamento materno de lactentes com fissura labiopalatinas.

2.4.3 *Coping* e fissura labiopalatina

Os estudos sobre *coping*, na temática da fissura labiopalatina, abordam o impacto da fissura e o processo de enfrentamento e ajustamento vivido pela pessoa afetada e seus familiares.

Conforme apontado por Baker *et al* (2009), as pesquisas com ênfase no impacto familiar da condição de fissura labiopalatina têm recebido menor atenção que as focadas na pessoa acometida. Ao privilegiarem o impacto da fissura labiopalatina no sistema familiar, os distúrbios psicológicos, o ajustamento dos pais e o suporte social recebido por eles, delinearam um estudo transversal com 103

pais, de crianças (zero a seis anos; sete a 12 anos) e jovens adultos (13 a 18 anos) com fissuras de lábio e /ou palato, assistidos em um hospital odontológico do Reino Unido. Utilizaram medidas psicológicas padronizadas e validadas, como: estratégias de *coping*, apoio social, impacto familiar, ajuste positivo e distúrbios psicológicos. No que concerne às estratégias de *coping*, os resultados apontaram que os pais fizeram uso predominantemente da busca de suporte social, análise lógica, resolução de problemas e avaliação positiva, indicando dessa maneira a busca de um ajustamento positivo. Ter mais apoio dos amigos e familiares foi associado com menos impacto negativo familiar. Outro aspecto salientado foi que a estratégia de evasão foi associada com um maior impacto familiar e distúrbios psicológicos.

Em estudos recentes, Berger e Dalton (2011), ao explorarem os fatores psicológicos associados ao ajustamento psicossocial de 91 adolescentes com idades entre 11 e 16 anos e com fissuras labiopaltinas e seus pais, encontraram que a estratégia de esquivar foi mais utilizada pelos primeiros, sendo que para as mães, as estratégias marcantes foram culpa e aceitação.

Retrocedendo no tempo, são encontrados estudos que abordam o processo de enfrentamento vivido pelos pais diante do impacto da fissura sendo que não focam especificamente nas estratégias de *coping*.

Kramer *et al* (2007) realizaram um estudo com o intuito de identificarem os fatores que influenciam a qualidade de vida de famílias que têm uma criança ou jovem com fissura orofacial. Para tanto, 130 famílias responderam a um questionário contendo uma escala de impacto familiar. Os resultados encontrados apontaram que nas famílias tendo crianças com fissura de lábio isolada os impactos sociais e financeiros foram reduzidos, porém os problemas de *coping* foram aumentados nas famílias com crianças com fissura de lábio e palato e fissura de palato isolado. Os

autores justificaram que tal impacto acentuado se deu provavelmente devido à todo o protocolo cirúrgico despendido na reconstrução do palato. Apontaram que o aleitamento materno foi difícil ou mesmo impossível nos casos de fissura de palato e fissura de lábio e palato.

Minervino-Pereira (2005) estudou o processo de enfrentamento vivido por 150 pais de indivíduos com fissura transforame incisivo unilateral e bilateral, nas diferentes fases do desenvolvimento: nascimento (zero a dois anos), início da educação formal (seis a oito anos) e adolescência (12 a 15). Os resultados mostraram existirem poucas diferenças nas atitudes de enfrentamento nas diferentes fases do desenvolvimento estudadas, sendo que as atitudes positivas prevaleceram nos três grupos.

Vale aqui citar a pesquisa de Nusbaum *et al* (2008), que investigaram a experiência dos pais receberem o diagnóstico de fissura no bebê nos períodos pré e pós-natal. Entrevistaram 20 pais de crianças divididos em dois grupos: diagnóstico no pré-natal e diagnóstico no pós-natal. Embora o estudo não abordasse o *coping*, os resultados apontaram que para alguns pais seus sistemas de crenças religiosas contribuíram positivamente para o enfrentamento depois de terem recebido o diagnóstico da fissura no bebê.

Como é possível perceber, os estudos com a temática do *coping* nas fissuras labiopalatinas dão ênfase ao impacto delas nas pessoas por elas acometidas e seus familiares, bem como o impacto familiar do diagnóstico pré e pós-natal. Sendo esses os focos principais, não fazem uso de instrumentos de investigação específicos das estratégias de *coping*.

Este parêntese indicou um vácuo a ser preenchido com pesquisas futuras relacionadas às estratégias de *coping*, nas fissuras labiopalatinas.

2.4.4 *Coping* e aleitamento de lactentes com fissuras labiopalatinas

Note-se que a partir da revisão bibliográfica, foi identificado um vácuo no que diz respeito às pesquisas com a temática do *coping* e às suas estratégias na situação de aleitamento materno de crianças com fissuras labiopalatinas.

Neste contexto, entretanto, foi localizado o estudo de Thomé (2003) que ao estudar a experiência da mãe que amamenta a criança com fissura de lábio e/ou palato salientou todos os movimentos de superação das suas dificuldades com a criança, seja nos aspectos práticos e cotidianos bem como o de sua inserção no seio familiar e social.

É pertinente ressaltar que o estudo de Thomé serviu de base para outros estudos nacionais referentes à prática do aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopalatinas, como o de Garcez (2004).

3 PROPOSIÇÃO

Os objetivos do presente estudo foram:

OBJETIVO GERAL

Investigar o nível de *stress* e as estratégias de *coping* adotadas na situação de aleitamento materno exclusivo e não aleitamento materno exclusivo para a comparação entre mães de lactentes com fissura labial e de lactentes sem fissura labial, com idades inferiores a seis meses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar e descrever interações do nível de *stress* materno com: presença ou ausência de fissura labial, idade dos lactentes, idade e escolaridade materna, renda familiar e tipo de aleitamento.

Analisar e descrever interações das estratégias de *coping* com: presença ou ausência de fissura labial, idade dos lactentes, idade e escolaridade materna, renda familiar e tipo de aleitamento.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento

Tendo em vista que nos objetivos da presente pesquisa estavam implícitas questões específicas e possíveis associações a serem investigadas, optou-se por um desenho de estudo do tipo transversal, alinhado a perspectiva quanti-qualitativa.

Para Pattussi e Freire (2005), nos estudos transversais com o intuito de se obter respostas para questões específicas, uma amostra de sujeitos ou pacientes é estudada, entrevistada e examinada. Assim, nos resultados encontrados, são descritos os achados em um determinado ponto no tempo.

Os mesmos autores assinalaram que os estudos transversais são eficazes para o planejamento e o estabelecimento de políticas públicas, bem como para testar a associação entre dois eventos.

Dalben (2008) reiterou que os estudos transversais envolvem dados estáticos, sendo desenvolvidos em um único momento.

Referenciando as abordagens de pesquisa, Minayo e Sanches (1993) destacaram que em um mesmo estudo podem ser integradas a qualitativa e a quantitativa.

Na pesquisa quanti-qualitativa os resultados abarcam as dimensões: objetivas e subjetivas (Dalben, 2008).

4.1 CASUÍSTICA

A determinação do tamanho da amostra se deu a partir do cálculo amostral considerando o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento materno nos grupos com e sem fissura avaliando a característica: *stress* e adotando como valores, Alfa = 5% e Beta = 20%. Foram ainda considerados os seguintes fatores: previsão da quantidade, por mês, de mães, tanto no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP como nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, que atenderiam aos critérios de inclusão; cronograma de realização da pesquisa e rotina de atendimentos de ambos os locais. Finalmente, foi levada em conta a literatura científica que indicou a escassez de estudos envolvendo *stress* e *coping* na situação de aleitamento materno de crianças com fissura de lábio e/ou palato.

Sendo assim, a amostra do estudo foi composta de 200 mães de lactentes com idades inferiores a seis meses com e sem fissura de lábio, subdivididas em quatro grupos:

Grupo 01 com 50 mães, de lactentes com fissura de lábio: completas e incompletas, e em aleitamento materno exclusivo, agendadas para Caso Novo no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP – Bauru.

Grupo 02 com 50 mães, de lactentes sem fissura de lábio e em aleitamento materno exclusivo, atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde – UBS, da cidade de Bauru.

Grupo 03 com 50 mães, de lactentes com fissura de lábio: completas e incompletas e que não estavam em aleitamento materno exclusivo, agendadas para

Caso Novo no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP – Bauru.

Grupo 04 com 50 mães, de lactentes sem fissura de lábio e que não estavam em aleitamento materno exclusivo, atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde – UBS, da cidade de Bauru.

A amostra incluiu as mães que utilizaram, como apontado acima, os serviços do HRAC e de duas UBS no período de Agosto de 2009 a Fevereiro de 2012 e consentiram a sua participação no estudo; não havendo restrições de idade, nível de ocupação profissional e escolaridade, estado civil, condição socioeconômica, situação e condição da habitação, religião e número de filhos.

No que se refere aos critérios de exclusão, foi estabelecido previamente pela investigadora, que não participariam dos grupos 1 e 3 mães de lactentes com diagnósticos de: fissuras de palato isoladas, fissuras de lábio associadas às de palato, fissuras de lábio e/ou palato associadas com: síndromes, deficiência mental, distúrbios psiquiátricos e outras malformações.

4.2 INSTRUMENTOS

Considerando os objetivos do estudo, optou-se por fazer a coleta de dados através de um instrumental variado e que portanto incluiu:

4.2.1 Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL)

O Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) foi elaborado e validado para a população brasileira (Lipp e Guevara 1994).

Atendendo aos requisitos determinados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) quanto à publicação de atualizações periódicas de testes psicológicos, foi revisado e atualizado em 2005, contando inclusive com as traduções para o Inglês e Espanhol (Lipp, 2005).

Tem como objetivo identificar a sintomatologia do sujeito, avaliando a presença de sintomas de *stress*, o tipo de sintoma prevalente (psicológico ou somático) e as fases do *stress*: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

Composto de três quadros, referentes às quatro fases do *stress*, divididos de forma temporal respectivamente nos seguintes ritmos: 24 horas, uma semana e um mês. O primeiro quadro (Q1) avalia a fase 1 (Alerta) englobando um total de 15 sintomas: 12 físicos e 03 psicológicos. O segundo quadro (Q2) avalia as fases 2 (Resistência) e 3 (Quase-Exaustão) sendo composto de um total de 15 sintomas: 10 físicos e 05 psicológicos. O quadro três (Q3) avalia a fase 4 (Exaustão) com um total de 23 sintomas: 12 físicos e 11 psicológicos.

No total, o ISSL perfaz 37 itens de caráter somático (como por exemplo: mãos e pés frios, boca seca, aumento de sudorese, tensão muscular, cansaço constante e outros) e 19 de natureza psicológica (como por exemplo: sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si próprio, pensar constantemente em um só assunto, irritabilidade sem causa aparente e outros). Alguns dos sintomas podem ser repetidos nos diferentes quadros, diferindo nesses casos em grau de intensidade e gravidade. Os resultados são confrontados com as tabelas de avaliação que indicam a presença ou ausência, a fase e a sintomatologia, do *stress*.

4.2.2 Inventário de Estratégias de *Coping*

O *The Ways of Coping Inventory* (Folkman e Lazarus, 1985) foi adaptado por Savóia, Santana e Mejias em 1996, sendo então conhecido, no Brasil, como Inventário de Estratégias de *Coping*.

O mesmo é considerado preciso e válido, de acordo com os padrões aceitos em Psicologia, para a aplicação em estudos onde exista a necessidade de identificação de maneiras de se lidar com o *stress*.

É um questionário onde estão elencados 66 itens (estratégias de *coping*) envolvendo pensamentos e ações utilizadas pelas pessoas para lidarem com demandas internas ou externas advindas de um evento estressante específico. Em geral o evento estressante é relatado em situação de entrevista, com breve descrição de quem estava envolvido, o local onde ocorreu e o que aconteceu.

Cada um dos itens, de acordo com a intensidade do uso, pode ser classificado por meio de uma escala tipo *Likert*, com valores que variam de zero a três: 0: não usei esta estratégia, 1: usei um pouco, 2: usei bastante, 3: usei em grande quantidade.

É pertinente salientar que o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e o Inventário de Estratégias de *Coping* foram selecionados por apresentarem seus objetivos específicos em consonância com a proposição da pesquisa (Anexo 1).

4.2.3 Entrevista semi-estruturada

Para Gonzáles Rey (1997), a entrevista não deve ser reduzida a uma simples técnica; ao contrário, deve ser compreendida como um processo que adquire sentido na relação entre o investigador e cada um dos sujeitos estudados. Representa um cenário novo, onde são realizados fenômenos e comportamentos imprevistos e que podem ser relevantes para a investigação.

Lüdke e André (1986) nos mostram que a entrevista semi-estruturada desenvolve-se a partir de um esquema básico, o qual não é seguido de forma rígida, permitindo ao entrevistador fazer as adaptações necessárias.

No presente estudo, a entrevista semi-estruturada, gravada em áudio, constituiu-se de quatro questões abertas, focadas no aleitamento materno.

As questões foram elaboradas pela pesquisadora com o intuito de complementar o Inventário de Estratégias de *Coping* e ampliar a compreensão sobre o processo de aleitamento vivido pelas mães (Anexo 2).

4.2.4 Prontuários dos pacientes do HRAC

Foram realizadas, pela própria pesquisadora, consultas aos prontuários dos pacientes do HRAC onde eram identificados os seguintes aspectos: gênero, idade e classificação das fissuras dos lactentes; idade, estado civil, nível ocupacional e de escolaridade e religião das mães; situação econômica da família; número de membros que residiam na mesma casa, situação, tipo e localização da habitação.

É importante notar que tais aspectos estavam registrados nas Fichas: “Classificação da Malformação”, “Hipóteses Diagnósticas – Código da Tabela CID” e “Ficha do Serviço Social”.

4.2.5 Questionário: Situação Socioeconômica Familiar (UBS)

Considerando que os prontuários dos lactentes atendidos nas UBS não poderiam ser consultados pela pesquisadora, bem como os profissionais do Serviço Social, das Unidades, não estavam autorizados a fazerem a coleta de dados referentes à situação socioeconômica da família foi estabelecido pelo Comitê de Ética em Estudo e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde que esses dados deveriam ser coletados pela própria pesquisadora, em situação, de entrevista.

Diante de tal solicitação foi elaborado e padronizado pela coordenação do Serviço Social do HRAC/USP um questionário de situação socioeconômica familiar com intuito de possibilitar que a própria pesquisadora pudesse coletar os dados nas UBS de forma mais homogênea possível e coerente ao protocolo utilizado no HRAC/USP (Anexo 3).

4.3 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC

Duas Unidades Básicas de Saúde – UBS

4.4 PROCEDIMENTOS

4.4.1 Éticos da pesquisa

Atendendo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS a coleta foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC/USP, Bauru; ofício n: 033/2009-SVAPEPE-CEP.

Além disso, teve a anuência do Comitê de Ética em Estudo e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, de Bauru.

No HRAC e nas duas UBS as mães foram informadas e convidadas a participarem da pesquisa pela própria investigadora. No HRAC, a identificação das mães se deu por intermédio da consulta prévia, nos prontuários médicos dos lactentes, do diagnóstico realizado pela equipe diagnóstica do hospital. Após terem passado em consultas com a equipe diagnóstica e o pediatra as mães eram abordadas no berçário e convidadas a participarem da pesquisa. Nas UBS as mães foram abordadas na sala de espera. Sendo que nessas situações todas elas estavam acompanhando seus bebês que iriam realizar consultas em Pediatria.

Foram tomados os cuidados éticos: garantia de sigilo e privacidade dos participantes, informações sobre a pesquisa explicitando objetivos, justificativas, relevância, procedimentos de coleta, riscos e benefícios, reiteração da participação voluntária e garantia do tratamento do paciente independente da recusa ou aceitação na participação.

Na seqüência foram prestadas informações e esclarecimentos em torno do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguidos pelo ato das assinaturas (Anexo 4).

Obtido o consentimento, a coleta de dados foi iniciada.

4.4.2 Coleta de dados

Estudo Piloto

Na fase que antecedeu a coleta de dados propriamente dita, foi realizado um estudo piloto com a aplicação de todos os instrumentos, com o intuito de verificar se a sequência definida no projeto era eficiente na situação de coleta e direcionar alterações, que se fizessem necessárias.

Foi desenvolvido com duas mães do HRAC e duas mães de uma UBS, sendo seguidos todos os cuidados éticos.

Contribuiu para uma melhor realização da coleta de dados, indicando os seguintes aspectos: 1- Reafirmou a necessidade da utilização de termos simplificados na aplicação do ISSL. (Ex: ao invés do termo regular: aumento de sudorese, emprego do termo simplificado: muito suor); 2- Na aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* não fazer referências aos itens (7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias; 17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema; 25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos; 64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa) evitando a provável reação de estranhamento da mãe que estava sendo inquirida, considerando que esses soavam como descontextualizados da situação relatada; 3- Na situação de entrevista sempre ter um momento, inicial, de familiarização da mãe

com o equipamento de gravação; e 4- No Questionário de situação socioeconômica familiar questionar sobre os fatores renda e número de cômodos da casa no final, considerando que poderiam causar constrangimento ao serem respondidos.

Coleta de dados

Primeiramente foi estabelecido o *rapport* (bem estar) para que a mãe pudesse ser colocada em uma situação em que se sentisse mais a vontade com a pesquisadora e com os instrumentos utilizados.

Estabelecido o *rapport*, os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora, em situação face-a-face obedecendo a seqüência: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Inventário de Estratégias de *Coping* e Entrevista semi-estruturada.

Nas UBS, ao término da aplicação dos três instrumentos, acima apontados, foi realizado, ainda, o Questionário: Situação socioeconômica familiar.

O **ISSL** foi explicado, lido e preenchido pela pesquisadora com o intuito de que a metodologia de aplicação fosse a mais homogênea possível, considerando que haviam mães que apresentavam dificuldades para leitura e/ou escrita. Alguns termos regulares do ISSL foram substituídos por outros mais simplificados, conforme indicado no manual de aplicação.

Inicialmente a pesquisadora informava para a mãe que o ISSL tinha como objetivo avaliar se ela apresentava sintomas de *stress* e em caso positivo, o tipo de sintoma existente (se somático e/ou psicológico) e a fase do *stress* que se encontrava. Na seqüência eram fornecidas as seguintes orientações: 1- Serão lidos

alguns sintomas que você pode ou não ter experimentado. No caso de ter experimentado, você responderá: sim e no caso de não ter experimentado, responderá: não. 2- Será lido, vagarosamente, um sintoma por vez. 3- Caso não tenha compreendido o significado avise para que possam ser tiradas as dúvidas. 4- Alguns sintomas poderão ser lidos mais de uma vez. Nesses casos, então preste atenção, pois o que muda é o período de tempo que pode ser de 24 horas, uma semana e um mês. 5- Você será sempre avisada da mudança de tempo.

Tendo se certificado de que as orientações haviam sido entendidas, dava-se início a leitura do primeiro item do quadro 1, destacando o período de tempo (24 horas) a que se referia aquele sintoma. Aguardava-se a resposta para em seguida ser registrada. Os itens eram lidos um a um, na sequência, até completarem o primeiro quadro. Tendo sido concluído o quadro 1 era frisado que o período de tempo a ser considerado nos itens do quadro 2, havia mudado para (uma semana). Os mesmos procedimentos efetuados no quadro 1 eram seguidos para os sintomas do quadro 2. Antes de iniciar a leitura dos itens do Quadro 3 era reiterado que o tempo havia mudado novamente para (um mês). Ao término da aplicação do instrumento eram oferecidas algumas informações de forma verbal, sobre *stress*, sintomas e maneiras de gerenciá-lo, de acordo com a apostila do manual de aplicação.

Na aplicação do **Inventário de Estratégias de Coping**, a pesquisadora primeiramente perguntava à mãe se ela tinha tido dificuldades na prática do aleitamento materno e/ou se as continuava tendo. No caso da resposta ser positiva, era solicitado que então ela pensasse em uma situação em que ocorreram as dificuldades, contasse em breves palavras a situação e era dada a orientação para

responder as perguntas tendo em mente a situação contada, o que sentiu, pensou e fez para enfrentá-la. No caso em que a mãe relatava não ter tido dificuldades, era solicitado a ela para que pensasse então na situação atual de amamentar seu filho e fosse respondendo tendo sempre em mente o que faz, pensa, sente enquanto se encontra na situação.

Após o breve relato da mãe, a pesquisadora passava para a orientação seguinte que se referia à forma de classificação das estratégias.

Tendo se assegurado de que as orientações foram compreendidas dava-se início a leitura de cada item e as possíveis respostas para que as mães verbalizassem a alternativa escolhida, sendo então essa assinalada pela pesquisadora.

Tendo em vista que alguns itens (7, 17, 25, 64) não atendiam aos objetivos da presente pesquisa, conforme apontou o estudo piloto, eles não eram perguntados e foram assinalados com o escore zero. Este cuidado foi tomado para que o Inventário se ajustasse melhor ao estudo proposto.

Para a realização da **Entrevista semi-estruturada**, a pesquisadora, antes de seu início, retomava com a mãe o acordo de gravação estabelecido previamente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na seqüência, o gravador era apresentado ao mesmo tempo em que era explicado o seu funcionamento objetivando uma melhor familiarização com o equipamento, considerando que muitas mães se sentiam inibidas no primeiro contato com ele.

A entrevista propriamente dita era iniciada assim que as mães se sentiam mais a vontade.

Na aplicação do **Questionário sobre a Situação Socioeconômica**, a pesquisadora reiterava a importância das informações para o estudo, o sigilo sobre as mesmas com intuito de minimizar o constrangimento de algumas mães ao fornecerem algumas das informações, como: renda familiar, situação/ condição habitacional e número de cômodos da casa.

Cabe notar que a aplicação de todos os instrumentos ocorreu em um só momento e com duração média de uma hora.

4.4.3 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram transferidos e armazenados em uma planilha do programa Excel.

Para a análise dos aspectos sociodemográficos, os dados foram organizados em uma tabela de caracterização dos grupos de mães de lactentes com fissuras e sem fissuras.

Considerando os dados referentes ao ISSL, após a sua aplicação, foram feitas a correção e a avaliação seguindo as normas do manual.

O diagnóstico do *stress* foi realizado a partir da soma dos sintomas assinalados em cada quadro do inventário, sendo que ao ultrapassar os limites estabelecidos em sua fase específica ($Q1 > 6$, $Q2 > 3$ ou > 9 , $Q3 > 8$) era considerado o diagnóstico positivo para *stress*. A fase do *stress* foi identificada localizando-se na Tabela de correção 1 intitulada Fases do *Stress* e situada no verso da folha de

aplicação as porcentagens correspondentes aos valores brutos anotados nos três quadros. A maior porcentagem obtida indicava a fase do *stress*. No caso de empate em mais de uma fase, era considerada a fase mais avançada. Por fim, para a sintomatologia foi considerada a fase do *stress* em que a mãe se encontrava para a localização nas tabelas de correção 2 e 3 as porcentagens correspondentes respectivamente aos escores brutos dos sintomas físicos e psicológicos. A porcentagem maior revelava onde o *stress* estava manifesto. No caso de empate os sintomas eram então considerados como presentes nas duas áreas.

Tendo sido realizadas todas as avaliações essas, foram organizadas em tabelas.

Para os dados do Inventário das Estratégias de *Coping*, seguiu-se a classificação dos itens em oito fatores, com base na proposta de Savóia, Santana e Mejias, 1996.

Os 66 itens do inventário foram agrupados em oito fatores: Fator 1- Confronto (itens: 07, 17, 28, 34, 40, 47), Fator 2- Afastamento (itens: 06, 10, 13, 16, 21, 41, 44), Fator 3- Autocontrole (itens: 14, 15, 35, 43, 54), Fator 4- Busca de suporte social (itens: 08, 18, 22, 31, 42, 45), Fator 5- Aceitação de responsabilidade (itens: 09, 25, 29, 48, 51, 52, 62), Fator 6- Fuga e esquiva (itens: 58, 59), Fator 7- Planejamento e resolução de problemas (itens: 01, 26, 46, 49) e Fator 8- Reavaliação positiva (itens: 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60, 63).

Para identificar as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas mães, foi realizada a soma dos escores dos itens, fornecendo um valor para cada fator da

escala. Esse valor foi transformado em um índice de 0 a 100 pela seguinte fórmula:
(soma obtida / máximo valor escores) * 100.

Os resultados encontrados foram colocados em tabelas.

Os dados das entrevistas foram examinados através dos Núcleos de Significação, procedimento de análise de material qualitativo, com base na Psicologia sóciohistórica, cuja meta do pesquisador é a apreensão dos sentidos e da subjetividade que constituem o conteúdo do discurso dos sujeitos informantes (Aguar e Ozella, 2006).

Dessa maneira, a partir da transcrição do material gravado, foram realizadas várias leituras flutuantes com o intuito de destacar, organizar os pré-indicadores (temas emergentes) e filtrar os relevantes para atender aos objetivos do estudo. Na releitura foi realizado um processo de aglutinação dos pré-indicadores. Na sequência, foram selecionados trechos que ilustravam e esclareciam os indicadores. Novas articulações foram feitas de onde foram formados os núcleos de significação. Esses, por fim, foram analisados considerando as possíveis articulações com os contextos: social, político, econômico e referencial bibliográfico.

Para uma melhor visualização dos núcleos de significação, foram construídas tabelas com as falas ilustrativas das respostas das mães e suas respectivas percentagens.

4.4.4 Análise estatística dos dados

Em todos os procedimentos estatísticos foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para verificar a relação das variáveis: fissura, idade do lactente, tipo de aleitamento, idade da mãe, escolaridade e renda com as estratégias de *coping* foi utilizada a Regressão Linear Múltipla, sendo as estratégias de *coping* definidas como variável dependente e as demais como variáveis independentes.

Para verificar a relação das variáveis: fissura, idade do lactente, tipo de aleitamento, idade da mãe, escolaridade e renda com a ocorrência de stress foi utilizada a Regressão Logística Múltipla, sendo o *stress* a variável dependente e as demais as variáveis independentes.

Foi utilizado também, o teste: Qui-Quadrado.

4.5 MATERIAIS

200 cópias: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver Anexo 4).

1 *Kit* completo do ISSL.

200 cadernos de aplicação e protocolos de avaliação e diagnóstico: Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de Lipp. (Esse inventário não constará nos anexos, visto que é privativo do psicólogo e todos os direitos de reprodução são reservados à Casa do Psicólogo, que o publicou).

200 protocolos: Inventário de Estratégias de *Coping* (Ver Anexo 1).

Roteiro da Entrevista semi-estruturada (Ver Anexo 2).

200 questionários de situação socioeconômica familiar (Ver Anexo 3).

02 cartas de apresentação para as UBS (Ver Anexo 5).

Caneta.

Gravador digital.

5 RESULTADOS

A tabela 1 demonstra que na amostra coletada nos grupos de mães de lactentes com e sem fissura do lábio, houve homogeneidade no que se refere às variáveis: faixa etária, escolaridade, estado civil, condição de trabalho, gestação, situação de habitação e número de pessoas que moram na mesma casa. Sendo assim, em ambos os grupos, as mães estavam em sua maioria nas faixas de idade de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, respectivamente 54 % e 35% no grupo com fissura e 54% e 27% no sem fissura.

Das mães de lactentes com fissura, 56% apresentavam o ensino médio incompleto e completo em comparação ao grupo de mães sem fissura onde 66% apresentavam nível médio incompleto e completo. Em ambos os grupos mais de 50% das mães atingiram o nível médio, completo ou incompleto.

Considerando o estado civil, se constatou que em ambos os grupos 77% eram casadas ou viviam maritalmente. Tendo em vista que viver maritalmente, pode ser entendido como uma relação de casamento não formalizado legalmente é plausível inferir que tinham seus companheiros morando com elas na mesma casa o que provavelmente poderia favorecer o envolvimento paternal e juntos serem parceiros ativos nos cuidados com a criança.

Outro aspecto a ser evidenciado refere-se à condição de trabalho já que no grupo com fissura 56% não trabalhavam fora e 44% trabalhavam enquanto que no grupo sem fissura 57% trabalhavam e 43% não trabalhavam.

Tendo como referência a gestação, encontrou-se 59% de mães não primíparas no grupo com fissura e 55% no grupo sem fissura.

Sob a luz da variável habitação, foi encontrado no grupo de mães de lactentes com fissuras que 31% moravam em casas cedidas e 28% em casas próprias. No grupo de lactentes sem fissura 15% moravam em casas cedidas, 25% em próprias e 15% com os pais ou outros membros da família. Dessa maneira, em ambos os grupos, mais de 50% não precisavam ter gastos com aluguéis e financiamentos habitacionais. O número de pessoas que residiam na mesma casa, nos dois grupos, era de três a cinco, sendo no grupo com fissura 82% e no sem fissura 79%.

Faz-se pertinente destacar que as variáveis religião e renda familiar merecem atenção devido às diferenças encontradas. No grupo com fissura 42% se declarou católica e 33% evangélica, diferentemente no grupo sem fissura onde as evangélicas ocuparam 47% e as católicas 35%.

No grupo de mães de lactentes com fissura, 25% tinham renda familiar entre dois e menos de quatro salários mínimos e 32% tinham renda entre quatro e menos de nove salários mínimos. No outro grupo, 38% tinham renda entre dois e menos de quatro salários mínimos e 45% entre quatro e menos de nove salários mínimos.

Tabela 1 - Distribuição das mães de lactentes com e sem fissura quanto à idade, escolaridade, estado civil, ocupação profissional, gestação, religião, habitação, número de pessoas que moram na casa e renda familiar.

Variáveis	Com Fissura (%)	Sem fissura (%)
Idade materna (anos)		
< 20	9	14
20 - 29	54	54
30 - 39	35	27
40 - 49	2	5
Escolaridade		
sem escolaridade/ fundamental I incompleto e completo	4	3
fundamental II incompleto e completo	21	23
médio incompleto e completo	56	66
superior incompleto e completo	19	8

Estado civil		
casada /vivendo maritalmente	77	77
Solteira/separada	23	23
Ocupação profissional		
não trabalha fora	56	57
trabalha fora	44	43
Primípara		
não	59	55
sim	41	45
Religião		
sem religião	20	16
evangélica	33	47
católica	42	35
outras	5	2
Habitação		
cedida	31	15
alugada	37	28
financiada	4	7
própria	28	25
com os pais ou outros membros da família	-	15
Número de pessoas que moram na casa		
duas	3	0
três a cinco	82	79
Seis a oito	12	21
≥ 10	3	0
renda familiar (s/m)		
< 1	8	3
1 — 2	25	38
2 —4	32	45
4 —9	24	10
9 — 15	8	1
≥ 15	3	0
Não indicada	-	3

No Inventário de Sintomas de *Stress*, constatou-se que o diagnóstico de *stress* ocorreu em 55% das mães de lactentes **com** fissura e em 70% das mães de lactentes **sem** fissura (Tabela 2).

Tabela 2 - Percentual do diagnóstico de *stress* do Inventário de Sintomas de *Stress* das mães de lactentes com fissura e sem fissura.

Diagnóstico de <i>stress</i>	com <i>stress</i> %	sem <i>stress</i> %
Mães de lactentes com fissura	55	45
Mães de lactentes sem fissura	70	30

A fase do *stress*, de acordo com o Inventário de Sintomas de *Stress*, em que a maioria das mães de ambos os grupos se encontravam era a de Resistência; sendo a porcentagem maior no grupo **com** fissura. Na fase de Quase Exaustão, onde se encontravam muitas mães de ambos os grupos, a maior porcentagem ocorreu no grupo **sem** fissura (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência absoluta e percentual das fases do *stress* das mães de lactentes com fissura e sem fissura.

Fases do <i>stress</i>	Mães de lactentes com fissura n (%)	Mães de lactentes sem fissura n (%)
Alerta	-	1 (1)
Resistência	42 (76)	38 (54)
Quase Exaustão	13 (24)	29 (41)
Exaustão	-	2 (3)

Quanto a variável sintomatologia, para ambos os grupos, prevaleceram os sintomas psicológicos (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência absoluta e percentual dos sintomas físicos e/ou psicológicos das mães de lactentes com fissura e sem fissura.

Sintomas	Mães de lactentes com fissura n (%)	Mães de lactentes sem fissura n (%)
Físicos	6 (11)	7 (10)
Psicológicos	48 (87)	57 (81)
Físicos e Psicológicos	1 (2)	6 (9)

A distribuição por categorias de aleitamento, no grupo de mães de lactentes **com** fissura, de acordo com a presença ou ausência de *stress* como se pode observar na tabela 5, não foi estatisticamente significante.

Tabela 5 - Frequência absoluta e percentual das categorias de aleitamento de acordo com o nível de *stress* das mães de lactentes com fissura.

Categorias de Aleitamento	Com <i>stress</i> n(%)	Sem <i>stress</i> n(%)
Aleitamento materno exclusivo (n=50)	27 (54)	23 (46)
Aleitamento materno (n=24)	15 (63)	9 (37)
Aleitamento artificial (n= 26)	13 (50)	13 (50)

Qui-quadrado= 0,83; p=0,661 não significante

No grupo de mães de lactentes sem fissura o diagnóstico de *stress* foi estatisticamente significativo no aleitamento artificial (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência absoluta e percentual das categorias de aleitamento de acordo com o nível de *stress* das mães de lactentes sem fissura.

Categorias de Aleitamento	Com <i>stress</i> n(%)	Sem <i>stress</i> n(%)
Aleitamento materno exclusivo (n=50)	31 (62)	19 (38)
Aleitamento materno (n=31)	21 (68)	10 (32)
Aleitamento artificial (n=19)	18 (95)	1 (5)

Qui-quadrado 7,14; p=0,028

Utilizou-se a regressão logística múltipla para verificar o efeito da fissura, idade do lactente, tipo de aleitamento, idade e escolaridade da mãe, renda familiar na ocorrência de *stress*. Não foi encontrada nenhuma relação dessas variáveis com o *stress*. O diagnóstico de *stress* não foi associado com fissura de lactentes, conforme apontado, na tabela 7.

Tabela 7 – Regressão logística múltipla para verificar o efeito da fissura, idade do lactente, tipo de aleitamento, idade da mãe, escolaridade materna e renda familiar na ocorrência do *stress*.

Variáveis na Equação	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-0,50	0,33	2,26	1,00	0,133
Idade Lactente (Meses)	-0,07	0,10	0,56	1,00	0,455
Tipo de Aleitamento	-0,49	0,39	1,64	1,00	0,201
Idade Mãe	-0,02	0,03	0,48	1,00	0,488
Escolaridade	-0,14	0,11	1,45	1,00	0,228
Renda (Salário Mínimo)	-0,03	0,06	0,29	1,00	0,590

R² ajustado : 0,072

Mesmo não havendo relação estatisticamente significativa entre idade do lactente e *stress* foi utilizado o teste do Qui-Quadrado com o intuito de aprofundar os resultados, já que as faixas de idades dos lactentes com e sem fissuras não eram homogêneas (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8 - Idades dos lactentes, com fissura, e presença/ausência de stress materno.

Idades dos lactentes com fissura	Com stress n(%)	Sem stress n(%)
0 I---2 (n=17)	11 (64,70)	6 (35,30)
2 I—4 (n=35)	18 (51,42)	17 (48,58)
4 I—6 (n= 48)	26 (54,16)	22 (45,84)

Qui-quadrado = 0,84; p = 0,657 não significativa

Tabela 9 - Idades dos lactentes, sem fissura, e presença/ausência de stress materno.

Idades dos lactentes sem fissura	Com stress n (%)	Sem stress n(%)
0 I---2 (n=41)	26 (63,41)	15 (36,59)
2 I—4 (n=32)	25 (78,12)	7 (21,88)
4 I—6 (n= 27)	19 (70,37)	8 (29,63)

Qui-quadrado = 1,85; p = 0,396 não significativa

No Inventário de Estratégias de *Coping*, tendo como referências as médias de uso das estratégias de *coping* por todas as mães de lactentes com e sem fissura, verificou-se que a mais utilizada em ambos os grupos foi a Reavaliação Positiva. A segunda mais usada em ambos os grupos, foi o Planejamento e Resolução de Problemas. A estratégia Fuga e Esquiva foi muito mais usada pelas mães de lactentes sem fissura do que pelas mães de lactentes com fissura. A estratégia menos utilizada em ambos os grupos foi o Confronto. Outra estratégia pouco utilizada em ambos os grupos foi o Afastamento (Tabela 10).

Tabela 10 - Percentual das médias de uso, das estratégias de *coping*, das mães de lactentes com e sem fissura.

Estratégias	Mães de lactentes com fissura (%)	Mães de lactentes sem fissura (%)
Confronto	11,9	15,6
Afastamento	13,4	17,2
Autocontrole	41,1	48,4
Busca de suporte social	38,7	41,8
Aceitação de responsabilidade	14,8	18
Fuga e esquiva	33,6	49,3
Planejamento e resolução de problema	44,7	52,8
Reavaliação Positiva	58	56

O percentual das médias de uso das estratégias de *coping* das mães de lactentes com e sem fissura de acordo com a presença e a ausência de *stress* pode ser constatada na tabela 11. Note-se que a Fuga e Esquiva foi muito mais utilizada pelas mães de lactentes sem fissura e com presença de *stress* do que pelas mães de lactentes com fissura e com presença de *stress*. Outra estratégia bastante utilizada pelas mães de lactentes sem fissura e com *stress* foi o Planejamento e a Resolução de Problema, em comparação com o grupo de mães de lactentes com fissura e com *stress*.

Tabela 11 - Percentual das médias de uso das estratégias de *coping* das mães de lactentes com e sem fissura de acordo com a ausência e a presença de *stress*.

Estratégias	Mães de lactentes c/fissura e c/stress	Mães de lactentes c/ fissura e s/stress	Mães de lactentes s/ fissura e c/ stress	Mães de lactentes s/ fissura e s/ stress
Confronto	13,3	9,8	17,1	11,7
Afastamento	15,1	11,1	19,3	11,9
Autocontrole	42,2	38,8	45,2	54
Busca de suporte social	40,5	35,8	43,3	37
Aceitação de responsabilidade	16,5	12,5	19	15,1
Fuga e esquiva	37,6	28,1	58,8	26,1
Planejamento e resolução de Problema	43,2	45,6	53,1	50,3
Reavaliação Positiva	60,3	56,2	56,5	53,2

A tabela 12 indica que as variáveis: fissura, idade do lactente, tipo de aleitamento, idade e escolaridade materna e renda familiar não apresentaram associação significativa com as estratégias de Confronto.

Tabela 12 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Confronto.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-2,86	1,91	-0,12	-1,50	0,135
Idade Lactente (Meses)	-0,26	0,57	-0,04	-0,46	0,649
Tipo de Aleitamento	1,18	2,14	0,04	0,55	0,582
Idade Mãe	-0,25	0,14	-0,13	-1,78	0,077
Escolaridade	0,50	0,64	0,06	0,78	0,434
Renda (Salario Minimo)	-0,33	0,35	-0,08	-0,96	0,339

R2 ajustado : 0,051

Pode-se constatar pela tabela 13 que as estratégias de Afastamento foram significativamente mais utilizadas, em ambos os grupos, na situação de aleitamento artificial denotando uma busca de minimização das dificuldades encontradas no aleitamento materno.

Tabela 13 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Afastamento.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-3,92	2,63	-0,12	-1,49	0,138
Idade Lactente (Meses)	-0,62	0,78	-0,06	-0,79	0,432
Tipo de Aleitamento	-7,82	2,96	-0,19	-2,64	0,009 *
Idade Mãe	-0,31	0,20	-0,11	-1,56	0,120
Escolaridade	0,38	0,88	0,03	0,43	0,670
Renda (Salario Minimo)	0,20	0,48	0,04	0,41	0,680

*Maior com Aleitamento Artificial

R2 ajustado :
0,060

Em relação às estratégias de Autocontrole pode-se perceber que foram significativamente mais utilizadas, em ambos os grupos, nas situações de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, indicando que as mães estavam tentando regular seus sentimentos e atitudes impulsivas perante as dificuldades encontradas. Foram também, significativamente mais utilizadas quanto maior o nível de escolaridade, conforme ilustrado na tabela 14.

Tabela 14 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Autocontrole.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-5,98	3,43	-0,13	-1,75	0,083
Idade Lactente (Meses)	0,29	1,02	0,02	0,28	0,779
Tipo de Aleitamento	10,00	3,85	0,19	2,60	0,010 *
Idade Mãe	-0,15	0,26	-0,04	-0,58	0,561
Escolaridade	2,53	1,15	0,17	2,21	0,029 **
Renda (Salario Minimo)	-0,96	0,62	-0,13	-1,55	0,123

*Maior com Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno

**Maior com Maior Escolaridade

R2 Ajustado :
0,082

Na situação de aleitamento artificial, independente do lactente ter ou não fissura, evidenciou-se significativamente as atitudes comportamentais das mães na Busca de Suporte Social, especialmente quanto mais novas eram suas idades (Tabela 15).

Tabela 15 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Busca de Suporte Social.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-7,22	4,44	-0,12	-1,63	0,106
Idade Lactente (Meses)	0,84	1,32	0,05	0,63	0,527
Tipo de Aleitamento	-17,58	4,99	-0,25	-3,52	0,001 *
Idade Mãe	-0,66	0,33	-0,14	-1,99	0,048 **
Escolaridade	2,06	1,48	0,11	1,39	0,167
Renda (Salario Minimo)	0,92	0,80	0,09	1,14	0,257

*Maior com Aleitamento Artificial

**Maior com Idade menor

R2 Ajustado :
0,100

A Aceitação de Responsabilidade apresentou uma associação significativa com maior idade materna, demonstrando que na faixa de mulheres adultas as experiências acerca do aleitamento materno tendem a ser mais amplas do que na faixa das adolescentes e jovens-adultas (Tabela 16).

Tabela 16 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Aceitação de Responsabilidade.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-3,48	2,01	-0,13	-1,73	0,085
Idade Lactente (Meses)	0,33	0,60	0,04	0,55	0,586
Tipo de Aleitamento	-3,54	2,26	-0,11	-1,56	0,119
Idade Mãe	0,45	0,15	0,21	2,98	0,003 *
Escolaridade	-0,03	0,67	0,00	-0,04	0,965
Renda (Salario Minimo)	-0,26	0,36	-0,06	-0,71	0,479

R2 Ajustado : 0,080

*Maior com Idade Maior

As mães de lactentes sem fissura utilizaram significativamente mais as estratégias de Fuga e Esquiva do que as mães de lactentes com fissura. Essas mesmas estratégias foram, ainda, mais utilizadas significativamente na situação de aleitamento artificial (Tabela 17).

Tabela 17 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Fuga e Esquiva.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-15,42	5,34	-0,22	-2,89	0,004 *
Idade Lactente (Meses)	1,13	1,59	0,05	0,71	0,479
Tipo de Aleitamento	-18,36	6,01	-0,21	-3,06	0,003 **
Idade Mãe	-0,52	0,40	-0,09	-1,29	0,198
Escolaridade	-0,85	1,79	-0,04	-0,48	0,634
Renda (Salario Minimo)	-1,47	0,97	-0,12	-1,52	0,131

R2 ajustado : 0,140

*Maior sem Fissura **Maior com Aleitamento Artificial

Considerando as estratégias de Planejamento e Resolução de Problemas encontrou-se que foram significativamente mais utilizadas pelas mães de lactentes sem fissura e pelas mães com nível de escolaridade maior, indicando que possivelmente estavam tendo boa aceitação em relação as demandas e desafios do aleitamento (Tabela 18).

Tabela 18 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Planejamento e Resolução de problemas.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	-10,76	3,48	-0,24	-3,09	0,002 *
Idade Lactente (Meses)	1,51	1,04	0,11	1,46	0,146
Tipo de Aleitamento	7,03	3,92	0,13	1,80	0,074
Idade Mãe	0,05	0,26	0,01	0,18	0,858
Escolaridade	2,36	1,16	0,16	2,03	0,044 **
Renda (Salário Mínimo)	0,43	0,63	0,06	0,68	0,495
					R2 ajustado : 0,090

*Maior sem Fissura

**Maior com Escolaridade Maior

Finalmente pode-se constatar que a Reavaliação Positiva foi significativamente mais utilizada pelas mães com maior nível de escolaridade e pelas mães de idade menor (Tabela 19).

Tabela 19 - Regressão linear múltipla para verificar o efeito das variáveis independentes nas estratégias de Reavaliação Positiva.

Variáveis Independentes	B	Erro Padrão B	Beta	t	p
Presença de Fissura	4,32	3,51	0,09	1,23	0,220
Idade Lactente (Meses)	0,14	1,05	0,01	0,13	0,895
Tipo de Aleitamento	4,38	3,95	0,08	1,11	0,269
Idade Mãe	-0,80	0,26	-0,21	-3,03	0,003 *
Escolaridade	3,35	1,17	0,22	2,86	0,005 **
Renda (Salário Mínimo)	-1,20	0,64	-0,16	-1,89	0,060
					R2 ajustado : 0,097

*Maior com Idade Menor

**Maior com Escolaridade Maior

Complementando os resultados obtidos nos instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress*, Inventário das Estratégias de *Coping*, e Questionário de situação socioeconômica são apresentados os resultados das **Entrevistas**.

Para uma melhor organização, esses resultados são apresentados através dos núcleos de significação, que aparecem sublinhados no corpo do texto e ilustrados com enxertos das falas das mães.

Foram estabelecidos quatro núcleos de significação: 1- Representações das mães sobre a amamentação/ *“Amamentar é o que eu queria”*, 2- Experiência de amamentar/ *“Aí eu vi que era diferente do que eu pensei”*, 3- Lidando com as dificuldades da lactação/ *“Não é só por mim, mas por ele também: força de vontade, amor, fé, persistência, paciência”* e 4- Sentimentos da experiência de amamentar/ *“Felicidade, gratificação, orgulho e vitória”*.

1- Representações das mães sobre a amamentação / *“Amamentar é o que eu queria”*.

No grupo de mães de lactentes com e sem fissura, foi possível identificar que a maioria delas pensava em amamentar. Os pensamentos podiam, em alguns casos, ser construídos dentro de uma perspectiva positiva (Tabela 20).

Tabela 20 - Falas ilustrativas do núcleo de significação: Representações das mães sobre a amamentação / *“Amamentar é o que eu queria”* e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (86%)	Mãe de lactente com fissura (95%)
<i>Ah, quando eu estava grávida eu pensava assim que eu queria amamentar ela toda hora. Que eu não via a hora dela nascer logo, para eu dar de mamar para ela, para não deixar ela passar fome não! Não deixar ela chorar. Ah, eu pensava! (Antonia)</i>	<i>Ah! Era o que eu queria. Porque eu sabia que era o melhor para ela. Aí é assim: porque a gente vê as reportagens mostrando que a amamentação é tudo de bom. Então uma mãe quer tudo de bom para o filho. Então é o que eu queria. Então é o que eu quero. (Anajara)</i>

No caso de haver o diagnóstico da fissura no período pré-natal, o desejo podia vir acompanhado de preocupações.

'Quando eu estava grávida e fiquei sabendo foi pelo ultrassom. Era assim: era a minha maior preocupação, nem me preocupava tanto com a estética. Minha preocupação era essa: como ele vai amamentar? Sim eu pensava em amamentar. Pensava será que ele vai poder mamar no peito. É isso que eu queria, sabe? Ele vai mamar no peito, ter do meu leite para poder se desenvolver bem! Então, essa era uma preocupação que eu tinha. Eu pensava e tinha as preocupações.' (Maria)

Em um dos casos onde o pai tinha fissura labiopalatina e o diagnóstico da fissura do bebê foi confirmado no exame de ultrassom. A mãe relatou, na entrevista, a certeza de poder amamentar que carregava consigo, durante a gestação.

"Eu pensava, pensava muito. Eu queria muito. Eu queria muito. Sem dúvida, eu tinha a certeza que eu ia conseguir. Sem dúvida!" (Germana).

É pertinente destacar que a falta de conhecimento sobre fissuras labiopalatinas e de orientações adequadas sobre como amamentar um lactente podiam contribuir para as preocupações das mães no período da gestação.

É assim, para eu te falar a verdade as orientações que eu tive assim, não eram... Lá é uma cidade pequena, assim, sabe! Não tem muito isso. Para te falar a verdade: isso é muito novo. Todo mundo falava vai ter que esperar nascer, para ver como vai ser. Às vezes tem criança que põe sondinha. Tem criança que... Isso que me preocupava, ficar no soro. Isso que me preocupava. (Ana).

Eu queria né! É eu fiquei sabendo que ela ia nascer com a fissura. Então os médicos já falavam que não ia ter como amamentar, né! Que não tinha hipótese, que não tinha chance. Só que eu pedia muito para Deus ajudar. Para nascer de um jeito assim que pudesse amamentar. (Eva).

2- A experiência de amamentar/"Aí eu vi que era diferente do que eu pensei".

A experiência de amamentar percorria, em ambos os grupos de mães, um processo de adaptação, onde podiam surgir, nas interações da mãe com o bebê, dúvidas e dificuldades. Assim sendo, 37 mães de lactentes sem fissura e 20 mães de lactentes com fissura mudaram as suas representações sobre amamentação construídas na gestação (Tabela 21).

Tabela 21 - Falas ilustrativas do núcleo de significação: A experiência de amamentar/ "Aí eu vi que era diferente do que eu pensei" e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (37%)	Mãe de lactente com fissura (20%)
<p>...assim toda hora ela chorava. Daí ela queria mamar toda hora. Tinham horas que eu ficava pensando assim: Ah, eu não aguento mais dar mamã para ela. Só que depois eu falava: Não, tenho que dar de mamar. Então eu pensava: quando eu estava grávida eu pensava uma coisa e agora que ela está aqui comigo eu penso outra. Vou pensar a mesma coisa. (Sarah).</p> <p>Aí eu vi que era diferente do que eu pensei: Ah! Que não ia acontecer nada disso! Que eu ia amamentar normal. Que não ia acontecer de rachar, de eu não conseguir dar de mamar. Eu vi que eu não estava conseguindo amamentar do jeito que eu imaginei que eu ia. (Rosemeire).</p>	<p>.... aí quando ele nasceu foi assim... Aí eu não pensei que assim... que fosse possível ele pegar o peito. Porque eu pensei que por esse abertinho não poderia entrar nada. Porque eu era leiga para te falar a verdade. (Maria)</p> <p>É porque bastante gente sempre reclama né que, tipo, dói; que o peito machuca. Então você fica meio assim pensando: Ah, será que vai acontecer comigo, esse tipo de coisa? Não é que ficou tão distante do que falaram. Mas não é tanto quanto o que tinham me falado. (Ariana).</p>

Em algumas situações, as mães dos lactentes com ou sem fissura, podiam ter receio de não atingirem o seu intento de amamentar atribuindo ou não que as dificuldades eram delas próprias. Sendo que muitas vezes as condutas médicas e/ou hospitalares podiam retroalimentá-las (Tabela 22).

Tabela 22 - Falas ilustrativas das dúvidas das mães em relação à capacidade de conseguirem amamentar e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (15%)	Mãe de lactente com fissura (32%)
<p>Eu continuei querendo. Eu até fiquei preocupada com esse probleminha de refluxo que ele tem, se isso ia atrapalhar, prejudicar, né! Os primeiros dias, quando eu estava no hospital, eles deram complemento. Eu fiquei com receio se ele ia acostumar com o complemento e deixar o peito, principalmente por eu saber da importância da amamentação. (Claudete)</p> <p>Não é fácil. Tem que se esforçar. Que nem às vezes o meu peito rachava, ficava assim com sangue, pura carne viva. Só que eu chorava, chorava assim, mas dava. (Solange)</p>	<p>Eu fiquei muito nervosa. Os profissionais não me traziam ela para mamar. Davam leite no copinho. Não sabiam o que fazer. Não me deixavam amamentar. Falavam que a criança podia engasgar, sufocar. (Susana)</p> <p>Às vezes eu ficava imaginando assim: será que você dá conta. Todo mundo dizia que o bico do peito ia rachar. Aí eu tinha medo disso. Tinha medo de ele engasgar, deu não saber socorrer. (Marlucia)</p>

As dúvidas surgidas pelas mães de lactentes sem ou com fissura podiam estar relacionadas com a capacidade da criança conseguir fazer a pega correta. Nesse sentido iam buscando perceber se a criança estava desenvolvendo a habilidade de mamar no peito ou se apresentava dificuldades (Tabela 23).

Tabela 23 - Falas ilustrativas das dúvidas das mães em relação a capacidade do lactente poder ser amamentado e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (13%)	Mãe de lactente com fissura (16%)
<i>No começo era muito difícil, porque ela não pegava, né! Onde eu fiquei meio assim pensando será que ela não vai mamar? Mas aí eu fui tentando, tentando até que ela conseguiu pegar. (Elizangela)</i>	<i>Eu colocava ela sentada; virada de um lado e de outro, e aí a gente ia conseguindo arrumar uma posição melhor para ela pegar. Mais confortável para ela e para mim e ela conseguia mamar. (Germana)</i>

Os resultados supracitados apontam que as mães podiam ir desenvolvendo a disponibilidade interna para amamentar e consequentemente de enfrentar os entraves encontrados.

3- Lidando com as dificuldades da lactação/ “Não é só por mim, mas por ele também: saúde, força de vontade, amor, fé, persistência, paciência, incentivo”

As dificuldades na amamentação podiam ocorrer nas vivências das mães de lactentes com ou sem fissura. Assim sendo, podiam lidar com tais dificuldades tendo como base a saúde do lactente, a força de vontade, o amor, a fé, a persistência, a paciência, a relação mãe-bebê e o incentivo de outras pessoas (Tabela 24).

Tabela 24 - Falas ilustrativas do núcleo de significação: Lidando com as dificuldades da lactação/ Não é só por mim, mas por ele também: força de vontade, amor, fê, persistência, paciência, relação mãe-bebê, incentivo, e as porcentagens em que ocorreram.

Mães de lactentes com fissura	Mães de lactentes sem fissura
Saúde do Lactante	
(43%)	(50%)
<i>Foi decisivo para mim que eu queria que ela se desenvolvesse, crescesse, não tivesse nenhum problema de saúde. Então o leite materno vai sustentar muito. Então a minha vontade era só de amamentar (Maria Fernanda)</i>	<i>Acho que eu pensando bem. Ah, não é só por mim, mas por ele também. Eu sei que o leite materno é bom para a saúde dele. Vai estar prevenindo ele de muitas coisas, né? (Denise)</i>
Força de Vontade	
(13%)	(13%)
<i>Conta bastante a força de vontade. Se você coloca isso na sua cabeça! Se colocar você vai conseguir. Isso é o principal. (Antonia)</i>	<i>Força de vontade, né. Foi o que mais contribuiu. Pois se você não quiser, não tem como. Você tem que querer para conseguir alguma coisa. (Andrea)</i>
Amor	
(12%)	(12%)
<i>O amor por ele! Ver que ele gostava de mamar no peito, né. A mamadeira ele não quis e não aceitava. Então eu escolhi dar o peito. Foi o amor que fez eu não desistir de amamentar. (Miriam)</i>	<i>Ah, é o amor, né! Se você tem amor você enfrenta tudo. Se não, vai querer desistir. É o amor mesmo! (Fernanda)</i>
Paciência / Persistência	
(15%)	(15%)
<i>Ah, eu insisti bastante. Eu perguntei, eu me informei, né, prá ele conseguir mamar. Entendeu? Então eu não desisti, fui até conseguir. (Sandra)</i>	<i>Comecei a insistir bastante, porque como eu não tenho bico, ela teve bastante dificuldade para pegar. Mas mesmo assim eu insisti, insisti, insisti e ela pegou, começou a mamar e aí depois não tive mais problema. (Ana Carolina)</i>
<i>Eu não pensei que fosse haver alguma dificuldade, para amamentar o meu bebê, hora nenhuma. Persistência... Paciência, ter muita paciência, né? Ter muito tempo, você precisa ter muito tempo, se dedicar bastante. É difícil, não é a mesma coisa de você dar...Tipo o meu primeiro filho, foi bem diferente, né! Então, né, eu tive que dobrar a minha paciência, dobrar o meu tempo, dobrar...Tudo foi dobrado para amamentar ela. Mas foi fácil, não foi difícil. (Paola)</i>	<i>Como eu te falei, o meu primeiro filho pegou tranquilo e esse era mais nervosinho de pegar. Então pode acontecer de muitas mães desistirem, de não terem paciência com a criança. Mas eu insisti com ele, falava com ele e ele foi assim pegando o jeitinho, né! Foi se adaptando e hoje é tranquilo (Bruna)</i>

Relação mãe-bebê

(5%)

Quando ela começou a ter dificuldade para abocanhar o peito eu vi que não dependia só de mim, Era uma coisa das duas. Bruna)

(6%)

Aí eu fui vendo que dependia de mim e dele. Ele precisava me ajudar. (Andreia)

Incentivo

(1%)

...porque como eu te falei, os meus patrões, eles consentiram que a criança fosse junto. Então eles mesmos têm ciência que é importante a amamentação. A gente evita doença. (Joece)

(4%)

Eu pensava, porque eu até frequentava, como é que fala? Assim, lá no meu bairro tem uns negócios lá para gestante, né explicando, ensinando, como é que é. Aí eu vi como é importante dar o peito para a criança. Até porque é difícil ficar doente. criança que mama no peito. Por isso mais que eu dei importância de dar o peito para ela. (Ivana)

É pertinente destacar que oito mães de lactentes com fissuras e seis mães de lactentes sem fissura, relataram que a fé em Deus poderia vir junto com os aspectos acima referenciados (Tabela 25).

Tabela 25 - Falas ilustrativas do núcleo de significação: Lidando com as dificuldades da lactação, com ênfase na fé em Deus e as porcentagens em que ocorreram.

Mães de lactentes com fissura (8%)	Mães de lactentes sem fissura (6%)
<i>A fé mesmo que eu tenho em Deus, assim! Então, eu sei que Deus não ia me... Eu penso assim que se eu não amamentasse ela, eu sentia assim que como se eu fosse morrer. De tão profundo que era pra mim. Então eu tinha certeza de que assim... que Deus não ia deixar que eu não amamentasse a minha filha. Que eu ia ficar triste, né. Então eu tinha aquela confiança em Deus, que Ele ia me dar a força, me dar a graça de poder amamentar ela! (Andreia)</i>	<i>Eu precisei ter fé em Deus. Muita fé, em Deus! (Silvia)</i>

Na vivência de lidar com as dificuldades da amamentação, houve mães que relataram a importância de apoio profissional (Tabela 26).

Tabela 26 - Falas ilustrativas da importância do apoio profissional e as porcentagens em que ocorreram.

Mães de lactente sem fissura (21%)	Mães de lactente com fissura (43%)
<i>Eu acho que devia ter cursos para ensinar a gente como amamentar. (Lulsa).</i>	<i>... assim, lá no meu bairro tem uns negócios lá para gestante, né explicando, ensinando, como é que faz para dar de mamar. Aí eu vi como é importante dar o peito para a criança. Até porque é difícil ficar doente. criança que mama no peito. Por isso mais que eu dei importância de dar o peito para ela. (Ivana)</i>
<i>Aí quando ele nasceu eu vi que é bem complicado, difícil. Eu acho que deveria ter mais orientações para quem tá grávida; para ser mais fácil. Eu imaginava que ia ser mais fácil....mas tem os segredos, o jeito certo, a pegada certa! (Juliana).</i>	<i>Não, eu fiquei com medo. Fiquei com medo por causa da fenda na boquinha dela. Mas a partir da primeira mamada que eu dei para ela, que as enfermeiras vieram me ajudar, aí eu acabei ficando mais calma. Fui ficando mais tranquila. (Shirley)</i>
<i>No hospital as enfermeiras vieram me ajudar a por o bebê no peito. Foi só elas darem uma mãozinha que deu certo. (Roberta).</i>	<i>Assim que ele nasceu a pediatra já veio me ajudar e eu fiquei mais tranquila. (Maria).</i>
<i>Lá na UTI a fono me falou das dificuldades de amamentar um bebê prematuro. Mas, me tranquilizou dizendo que iria me ajudar com a minha menina. (Alice)</i>	<i>Aí a fono veio conversar comigo e disse que iríamos colocar ele no peito. Aquilo foi a coisa mais linda do mundo. (Joana)</i>

Para as mães dos lactentes com fissura, os aspectos de saúde poderiam vir associados com os procedimentos cirúrgicos (2%).

“Ah, porque o aleitamento materno é essencial para o bebê; para o desenvolvimento. E também por causa da cirurgia dele eu sabia que ele tinha que ter uma boa resistência, tinha que ter é... O seu organismo estar todo funcionando, até para o intestino, para anemia, para tudo, né? Porque sempre ouvi dizer que o aleitamento é a melhor coisa para a criança. Então eu queria ter muito leite, amamentar bem ele até os seis meses para ele ter bastante resistência, para poder estar tudo certo com ele. Para, não só para a cirurgia, mas para as outras coisas futuras, que possam vir. Para que ele tenha uma boa qualidade de vida”. (Fabiana)

As crenças acerca dos benefícios do aleitamento para a saúde da criança podiam ser construídas com base em experiências anteriores (Tabela 27).

Tabela 27 - Falas ilustrativas da importância das experiências anteriores e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (13%)	Mãe de lactente com fissura (11%)
<p><i>Olha o meu primeiro filho eu amamentei até, faltava uma semana para ele completar um ano. E ele deixou sozinho: parou de mamar. E eu pude ver, porque a médica orientou e mesmo as propagandas mostram a importância da amamentação. Ele não teve nada, com relação à saúde. Não tinha gripe, não tinha tosse, não tinha nada. A saúde foi perfeita. E eu sabia que era em função da amamentação. E se você vê que deu certo para um, você quer com certeza passar para o outro. (Claudete)</i></p>	<p><i>Eu pensava em amamentar. Eu tinha vontade, porque eu amamentei o outro até três anos e esse, também, vai mamar até os três anos. (Deyse)</i></p>

4-Sentimentos da experiência de amamentar/ “Felicidade, gratificação, orgulho e vitória”.

Para as mães, de ambos os grupos, que experimentaram amamentar, mesmo que por pouco tempo, os sentimentos vivenciados foram de felicidade, gratificação, orgulho e vitória (Tabela 28).

Tabela 28 - Falas ilustrativas do núcleo de significação: Sentimentos da experiência de amamentar/ “Felicidade, gratificação, vitória e orgulho” e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura	Mãe de lactente com fissura
<p>Felicidade</p> <p>(28%)</p> <p><i>Ah, eu fico feliz! Muito feliz. É uma felicidade que quem não amamenta nunca vai saber. É muito gratificante você ver ele mamando bem, engordando, crescendo. Nossa é uma alegria que não tem tamanho. (Elizângela)</i></p>	<p>(32%)</p> <p><i>Eu me sinto bem. Ah, sei lá... Ah é uma alegria assim. Uma felicidade. Uma sensação boa. Ah, sei lá, eu me sinto a melhor mãe do mundo a hora que eu vejo ele mamando, daí eu faço um carinho nele. (Angela)</i></p>
<p>Gratificação</p> <p>(23%)</p> <p><i>Como é a palavra que eu posso colocar? É gratificante; porque você vê o desenvolvimento dele, né? a saúde dele, né. Então é muito gratificante. Ah, eu me sinto vitoriosa, né! (Suelen)</i></p>	<p>(28%)</p> <p><i>É uma gratificação. É uma vitória dos três: o terceiro é o pai do bebê. (Claudinéia)</i></p>

Vitoria

(8%)

Eu me sinto vitoriosa, porque eu não sabia nada, fui aprendendo e hoje dou de mamar para ele, (Ludmila)

(8%)

Me sinto vitoriosa . Porque assim eu sei que na verdade a fissura não é um problema. Mas, também, a gente não pode ignorar que há algo diferente, né? Então o fato dele conseguir mamar assim é uma vitória. (Maria)

Orgulho

(14%)

Eu me sinto forte e feliz! Orgulhosa de mim mesma. (Jocimara)

(14%)

Eu me sinto orgulhosa! Já me senti hoje! Porque ainda o meu marido falou: pelo jeito só você que dá o peito. Que nem tava sentada aí um monte e a moça veio perguntar quem mamava e quem não mamava. Aí eu falei para a nutricionista: Ah, o meu é peito. A nutricionista falou: Esse aí não fabrica não. Aí eu me senti orgulhosa. Ainda mais na idade que ele tá, conseguindo até hoje. Pretendo ficar até o dia que ele deixar (Joseane)

Para algumas mães a experiência de amamentar foi um processo que contribuiu para o desenvolvimento dos papéis de mãe e de mulher (Tabela 29).

Tabela 29 - Falas ilustrativas do desenvolvimento do papel de mãe e de mulher e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (4%)	Mãe de lactente com fissura (5%)
<i>Amamentar é ser muito mais mãe. É ser muito mais mulher, né. A criança cresce saudável, tem uma ligação maior com a mãe, né. Eu me sinto mais mãe de estar amamentando. (Carolina)</i>	<i>...eu fui aceitando aos poucos. É que a gente pensa que nada vai dar certo. Aí eu comecei a ver que ele tinha que mamar. Daí eu fui aos poucos amadurecendo mais, me sentindo mais responsável como mulher e agora estou me sentindo mais firme como mãe. (Thais)</i>

Finalmente, para algumas mães a experiência de amamentar foi vivenciada como uma benção divina (Tabela 30).

Tabela 30 - Falas ilustrativas da amamentação como benção divina e as porcentagens em que ocorreram.

Mãe de lactente sem fissura (6%)	Mãe de lactente com fissura (8%)
<i>Ah, eu me sinto bem! Graças a Deus que eu posso dar de mamar para o meu filho! Eu tenho bastante leite graças a Deus! Eu me sinto bem e muito feliz! (Miriam)</i>	<i>Ah é um privilégio, né? Uma benção de Deus. Nossa Senhora eu sou uma privilegiada de Deus (Michaelle)</i>

Os resultados indicaram que a vivência do aleitamento materno seja de uma criança com fissura ou sem fissura é tecido por uma rede de fatores: físicos, emocionais, ambientais, culturais, sociais, familiares, entre outros. Assim sendo, merece ser compreendido dentro de uma visão sistêmica.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista a amostra de mães de lactentes com ou sem fissura labial se faz pertinente reiterar que foram tomados cuidados para uma homogeneidade entre os dois grupos (Tabela 1). Considerando-se que o HRAC é um hospital conveniado ao SUS, optou-se por realizar a coleta de dados das mães de lactentes sem fissura em um local onde o atendimento médico, também, fosse feito pelo SUS. Dessa maneira, a coleta de dados dessas mães foi realizada em duas unidades básicas de saúde localizadas em bairros onde, possivelmente, a classificação socioeconômica das famílias fosse igual daquelas que utilizam os serviços do HRAC. Apesar de a homogeneidade ter sido contemplada não somente na variável socioeconômica, mas também em outras como: faixa etária, escolaridade, estado civil, condição de trabalho, gestação, situação da habitação e número de pessoas que moram na mesma casa deve-se reiterar que os objetivos do atendimento ao usuário do SUS em unidades básicas de saúde não são os mesmos de um hospital. Sendo assim, nas UBS onde o presente estudo foi realizado, não haviam equipes multidisciplinares para atender as mães com seus filhos diferentemente do HRAC, onde o atendimento abarcava as diferentes áreas do conhecimento.

Baseando-se nesses dados ao comparar as instituições, HRAC e UBS, observou-se que no HRAC as mães podem obter as orientações de como alimentarem os seus bebês, ainda, no período da gestação. Recebem tais orientações, através do programa de atendimento às gestantes, via contato telefônico e/ou pessoalmente em contato com a equipe de enfermagem e se desejarem com os demais profissionais. As orientações, acolhimento e apoio continuam na primeira consulta no caso novo e sucessivamente no pré e pós-

cirúrgico. Dessa maneira podem ser diminuídos os sentimentos de isolamento e solidão.

Nas UBS as mães com seus lactentes, são, em geral, assistidas pelo pediatra para o qual a consulta foi agendada. Dessa maneira, dependendo do período em que comparecem à UBS, o profissional pode não ser o mesmo.

Além disso, podem ocorrer situações onde as mães em decorrência de alterações de endereço mudam de unidade básica de saúde e conseqüentemente se deparam com outro profissional e que pode ter diferente conduta de atendimento. O que pode trazer prejuízos ao atendimento principalmente no que se refere a confiança da mãe no profissional de saúde.

É pertinente ainda sugerir, que possivelmente as mães de lactentes com fissura que estavam utilizando o serviço do HRAC recebiam um acolhimento mais contínuo e uniforme do que as que utilizavam os serviços das UBS. Tal hipótese espelha os depoimentos espontâneos de muitas mães que verbalizaram, no momento da coleta de dados, se sentirem acolhidas pelos profissionais durante toda a rotina de atendimentos.

Ao passo que muitas mães nas Unidades Básicas de Saúde não se sentiam acolhidas.

Cabe destacar que em se tratando de depoimentos espontâneos, realizados pelas mães no momento de estabelecimento do *rapport* com a pesquisadora, não foram registrados por meio de material impresso ou digital.

Pode-se sugerir ainda, sobre as redes de apoio advindas dos familiares, amigos e outras pessoas com as quais elas interagiam.

No HRAC existe todo um cuidado de que as mães sejam apoiadas por outras mães e/ou famílias que já passaram e/ou estão passando pelo processo de reabilitação de seus filhos com fissuras labiopalatinas. Na maioria das cidades, existem pessoas que voluntariamente prestam acolhimento e apoio às mães que necessitam se adaptar a situação de ter uma criança com fissura labiopalatina.

Davies (2005) destaca que uma das dimensões no atendimento de uma criança com fissura, que vai além do tratamento clínico especializado, é a de favorecer que os pais e demais familiares se sintam capazes de: enfrentarem a situação, terem confiança e encontrarem a tranquilidade. Nesse sentido, uma família que já passou por tudo isso antes e conseguiu chegar ao outro extremo tem muito a contribuir para a tranquilização dos pais que estão iniciando a trajetória.

Cabe salientar que durante o período de coleta de dados as UBS não ofereciam grupos de apoio às mães em fase de aleitamento materno.

Reafirmou-se, com os resultados do presente estudo, que o aleitamento materno envolve uma rede tecida por fatores sociais, históricos, culturais, afetivos, psicológicos, ambientais, entre outros.

As mães de lactentes com e sem fissura labial, focalizadas nesse estudo, apontaram que as suas experiências com o aleitamento materno, nem sempre corresponderam às expectativas idealizadas no período da gestação. Assim, ao se depararem com as diferenças entre as reais necessidades encontradas e as expectativas idealizadas, podiam experimentar dúvidas, dificuldades, desafios e uma

gama de sentimentos quanto as suas capacidades de poderem amamentar e as dos lactentes conseguirem mamar (Tabelas 21, 22 e 23). Diante das demandas advindas, uma quantidade significativa delas percebeu o aleitamento como um evento estressante.

Mesmo não denotando significância estatística, é possível tomar-se como parâmetro para a discussão da temática do *stress* os resultados obtidos através do Inventário de Sintomas de *Stress*, considerando as suas implicações na qualidade de vida das mães de lactentes com ou sem fissura labial em fase de aleitamento.

Da amostra de 200 mães de lactentes, 62,5%, apresentaram diagnóstico de *stress* (Tabela 2).

Esse achado é consistente com a perspectiva de que o aleitamento materno, independente de ser com lactentes com fissura ou sem fissura, pode ser uma importante fonte de *stress* para as mães, tanto no período do pós-parto imediato, quanto do retorno para a casa (Hegney, Fallon e O'Brien 2008, O'Brien *et al* 2009, Razurel *et al* 2011 e Razurel, Desmet e Sellenet 2011).

Estudos com mães de bebês com fissuras labiopalatinas reafirmam que as dificuldades alimentares e o aleitamento materno podem ser estressantes (Araruna e Vendrúsculo 2000, Nascimento 2006 e Miller 2011).

A maioria das mães com *stress* encontrou-se na fase de resistência, respectivamente 76 no grupo com fissura e 54 no sem fissura (Tabela 3).

Tais resultados, do presente estudo, indicaram a presença do *stress* instalado, ou seja, as mães estavam tentando lidar com as exigências advindas dos estressores com vistas a manterem a homeostase interna, estando de acordo com

as citações de (Lipp, 2000). Seus recursos físicos e psicológicos poderiam estar diminuídos ou esgotados, apresentando conseqüentemente dificuldades com a memória, sensação de desgaste físico, diminuição da libido, irritabilidade, maior sensibilidade emotiva, entre outros; dados em conformidade com a colocação de Lipp, 2005.

Vale acrescentar que 24 das mães de lactentes com fissura e 41 das mães de lactentes sem fissura estavam situadas na fase de quase exaustão, onde os órgãos mais vulneráveis começavam a mostrar deteriorização e o adoecimento poderia estar se iniciando, além da ocorrência de ansiedade. Esses achados indicaram que os fatores estressantes sinalizados na fase de resistência continuaram a persistir em frequência e/ou intensidade, sendo assim consonantes com a descrição das fases do *stress* propostas por Lipp, 2000.

Mantendo como referencial as fases do *stress*, pode-se inferir que as mães de lactentes com fissura apresentaram uma tendência para buscarem um meio para removerem os estressores ou possivelmente fizeram uso de estratégias de enfrentamento para se manterem mais resistentes ao *stress*, considerando que nenhuma delas atingiu a fase de exaustão, diferentemente das com lactentes sem fissura que atingiram a exaustão em 3% (Tabela 3).

Pode-se inferir também, através dos resultados, até que ponto as mães de lactentes com fissura se encontraram, na sua maioria, na fase de resistência já que de certa forma algumas delas se tornaram mais resilientes ao terem de lidar com o enfrentamento da fissura e/ou buscarem mais suporte social.

Esses indicativos podem ser apoiados pelo estudo de Baker *et al* (2009) que demonstram que o apoio dos amigos e a avaliação positiva diante da condição da fissura podem contribuir para um ajustamento positivo.

Vale acrescentar o estudo de Drotar *et al* (1975) que descreve uma sequência hipotética de reações que os pais podem vivenciar quando dão a luz a um filho com malformação. Sendo elas: choque, negação, tristeza, adaptação e reorganização. Pode-se pensar que todo esse processo de aceitação dos pais possa ter facilitado o encorajamento das mães para a prática do aleitamento materno.

Considerando a sintomatologia apresentada pelas mães com *stress*, prevaleceram os sintomas psicológicos, tanto nas mães de lactentes com fissura quanto nas mães de lactentes sem fissura (Tabela 4), indicando que elas poderiam estar: mais sensíveis emocionalmente, irritadas, tendo dúvidas quanto a si próprias e se desvalorizando como pessoas, conforme descrito no estudo de (Lipp, 2005).

A análise dos dois grupos propiciou indicadores sobre o *stress* das mães na fase de aleitamento.

Percebeu-se que a habilidade delas, independente do filho ter ou não fissura, para avaliar e reavaliar os estressores e a forma mais efetiva de lidar com eles englobou uma gama de fatores. Cada uma buscou responder ao *stress* de forma particular sendo a resposta mais ou menos adaptativa.

Isto indica que é viável adentrar nos resultados referentes à relação das variáveis: fissura labial, idade do lactente, tipo de aleitamento, idade e nível de escolaridade materna e renda familiar com a ocorrência de *stress*.

No que se refere aos lactentes com ou sem fissura labial, foi possível identificar que ao se fazer a distribuição deles por faixas de idades, não se estabelecia uma uniformidade. Essa dificuldade pode ser compreendida tendo como base que o número de sujeitos não foi o mesmo para cada uma das faixas de idades estabelecidas em cada grupo: faixa de zero a menos de dois meses: 41 lactentes sem fissura e 17 com fissura; faixa de dois a menos de quatro meses: 32 lactentes sem fissura e 35 com fissura; faixa de quatro a menos de seis meses: 27 lactentes sem fissura e 48 com fissura.

A não homogeneidade nas diferentes faixas etárias pode ser justificada tendo em vista que no grupo com fissura os lactentes atendidos no ambulatório, foram agendados para as consultas no caso novo e/ou rotina de internação para procedimento cirúrgico. Vale lembrar que para a queiloplastia – cirurgia primária de lábio - se faz necessário que o bebê esteja com idade a partir dos três meses e peso não inferior a cinco quilos. No grupo sem fissura, muitos dos bebês estavam agendados para as consultas de acompanhamento com o pediatra.

Note-se que para cada uma dessas fases os desafios para o aleitamento podem ser diferentes. Assim, uma mãe que amamenta um recém-nascido pode estar lidando com: as intercorrências da mama puerperal, a ejeção eficiente do leite, a habilidade de sucção do lactente e outras dificuldades advindas da adaptação da relação mãe-bebê. Na fase dos dois à menos de quatro meses muitas mulheres podem começar a se preocuparem com a volta ao trabalho, nos casos em que a licença maternidade compreende quatro meses. Nessa mesma fase, considerando os lactentes com fissura, são somadas a essa questão as preocupações com o tratamento, as intervenções cirúrgicas e todo processo de reabilitação. Na fase dos

quatro a menos de seis meses os desafios podem ser relacionados à: sobrecarga da mãe que trabalha fora, a manutenção do aleitamento materno exclusivo já que em algumas situações, tendo em vista os fatores culturais e/ou as informações inadequadas, podem ocorrer o incentivo à introdução precoce de água, chás, sucos e outros alimentos complementares, como fórmulas lácteas, frutas e papas salgadas.

Carrascoza *et al* (2005) ressaltam que na fase de zero a seis meses os motivos apontados para o desmame são: dificuldades durante a amamentação, sendo as mais comuns o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares, diminuição do volume de leite, término da licença maternidade e retorno as atividades profissionais.

A despeito de todos os desafios impostos nas diferentes fases do aleitamento materno, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre idades dos lactentes, com e sem fissura labial, e nível de *stress materno* (Tabelas 8 e 9).

No que se refere as categorias de aleitamento os resultados apontaram que elas não apresentaram relação estatisticamente significativa com o nível de *stress* materno de mães de lactentes com fissura (Tabela 5).

Por outro lado as variáveis aleitamento artificial e *stress* foram relevantes sob o ponto de vista estatístico no grupo de mães de lactentes sem fissura (Tabela 6).

Esses achados foram consonantes com o estudo de Carrascoza *et al* (2005) que utilizou o Instrumento de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp para avaliar o *stress* de mães de lactentes sem fissura no momento de interrupção do aleitamento materno e encontrou o diagnóstico positivo para *stress* no período de desmame.

Pode-se destacar, também, os estudos de Mezzacappa (2004), Groer e Davis (2006) e Tu; Lupien; Walker (2006), que demonstram que o aleitamento materno favorece o aumento da modulação do sistema nervoso parassimpático, enquanto que a utilização da mamadeira leva à maiores índices de atividade do sistema simpático.

Não se contestam os méritos dos resultados estatísticos, mas não se pode deixar de serem considerados os indicadores clínicos para um melhor entendimento da temática do *stress* no aleitamento materno.

Nesse sentido, Lipp (2005) recomenda, sempre que possível, que os sintomas de *stress* sejam analisados qualitativamente em conjunto aos resultados quantitativos.

Em relação aos achados do Inventário de Estratégias de *Coping*, verificou-se que o confronto foi a estratégia menos utilizada pelas mães de lactentes com e sem fissura labial. (Tabela 12). De acordo com Savóia, Santana e Mejias (1996) essas estratégias descrevem os esforços agressivos que a pessoa utiliza com o intuito de alterar situações, sugerindo certo grau de hostilidade e risco (por exemplo, “Descontei minha raiva em outra pessoa”, “Mostrei a raiva que sentia para as pessoas”).

Cabe ressaltar que quando essas estratégias envolvendo a raiva eram perguntadas, a maioria das mães de lactentes com ou sem fissura respondia prontamente que não as utilizavam. Na sequência faziam a ressalva de que os esforços eram para não utilizá-las, porém nem sempre atingiam esse objetivo, pois acabavam as utilizando.

Pode-se sugerir até que ponto as mães se permitiram assumir que experimentaram raiva em algum momento na vivência de amamentar; considerando que muitas vezes quando não conseguiam o seu intento podiam se sentir culpadas e frustradas.

Razurel *et al* (2011) nos chamam a atenção em seu estudo para os sentimentos e pensamentos negativos que as mulheres relataram seis semanas pós-parto. Destacam a tendência que tiveram de embelezarem o que estavam vivenciando, para corresponderem às normas sociais desejadas ou para provarem que eram boas e competentes mães frente as suas responsabilidades.

As estratégias de afastamento foram mais utilizadas por todas as mães na situação de aleitamento artificial (Tabela 13). Segundo Savóia, Santana e Meijas (1996) o afastamento envolve esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação problemática (como por exemplo: “Fiz como se nada tivesse acontecido”).

Os dois grupos poderiam estar fazendo uso do afastamento na situação de aleitamento artificial para evitarem entrarem em contato com as cobranças das outras pessoas para continuarem amamentando e conseqüentemente com a culpa que sentiram ao desistirem, já que o estavam percebendo e interpretando como desgastante.

Autores como Hegney; Fallon; O'Brien (2008) retratam, em estudo com mães de lactentes sem fissura, o sentimento de culpa que as mesmas sentem ao deixarem de amamentar frente as dificuldades encontradas.

As estratégias de autocontrole foram mais utilizada em ambos os grupos, nas situações de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (Tabela 14). O autocontrole descreve os esforços empreendidos para regular ou refrear os sentimentos (como por exemplo: “Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos”) bem como as ações em relação a eles (“Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso”). (Savóia, Santana e Meijas, 1996).

Apesar da não significância estatística, foi observado que o autocontrole em função da presença e ausência de *stress* foi mais utilizado pelas mães de lactentes sem fissura e sem *stress* do que pelas mães de lactentes com fissura e sem *stress* (Tabela 11).

O autocontrole possivelmente estava auxiliando na medida em que as mães, ao tentarem regular seus sentimentos frente aos desafios impostos pela vivência do aleitamento materno, poderiam estar evitando uma atitude precipitada de oferecerem para os seus bebês o leite artificial.

Carrascoza *et al* (2005) destacam os “inimigos do aleitamento materno”, tais como as sugestões de complementação alimentar com mamadeiras de água, chá e sucos de frutas.

O autocontrole foi também, mais utilizado quanto maior o nível de escolaridade materna (Tabela 14).

Constatou-se que a busca de suporte social foi maior no aleitamento artificial e utilizado com menor frequência quanto maior a idade materna (Tabela 15). Este tipo de estratégia, para Savóia, Santana e Meijas 1996, inclui tentativas

comportamentais de busca de apoio de: uma pessoa (“Falei com alguém que podia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”) seja ela parente, amigo, vizinho (“Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos”) ou um profissional (“Procurei ajuda profissional”) bem como o suporte informativo. Esse achado, no presente estudo, concorda com as pesquisas anteriores, no que se refere à busca ativa de suporte social por primíparas no pós-parto, para lidarem com as demandas da maternidade precoce e aleitamento materno (Razurel *et al* 2011 e Razurel, Desmet e Sellenet 2011).

Como salientam O'Brien *et al* (2009), aumentar o conhecimento sobre a amamentação pode ajudar no desenvolvimento de expectativas realistas e na resolução de problemas que possam surgir na prática, favorecendo uma confiança maior da mulher em manter o aleitamento materno.

No que se refere ao apoio profissional, no pré-natal e pós-parto, foi identificada pelas mães do presente estudo, a importância dos ginecologistas, pediatras, enfermeiras e fonoaudiólogas. Foram destacados também, os cursos e palestras durante a gestação nas unidades básicas de saúde e o auxílio dos bancos de leites nas visitas hospitalares e domiciliares (Tabela 26).

O'Brien *et al* (2009) ressaltam a importância da equipe profissional atuar em direção ao auxílio às mães para que elas possam enfrentar as mudanças inerentes a maternidade e ao aleitamento.

Razurel; Desmet; Sellenet (2011) complementam que o suporte social profissional pode ter uma forte influência na percepção das mães sobre a auto-eficácia em lidar com as demandas advindas com o nascimento de seus bebês.

Com este indicativo Hegney; Fallon; O'Brien (2008) assinalam a importância de que os profissionais forneçam informações que reflitam exatamente a experiência de amamentação, destacando as vantagens e as possíveis dificuldades que possam se fazer presentes.

Thomé (2003), em estudo anterior com mães de lactentes com fissuras labiopalatinas, pontua que as palavras e ações das pessoas com as quais interage a nutriz, se constituem como elementos significativos e facilitadores para sua experiência de amamentar.

Em suma, há consenso na literatura, de que o apoio ao aleitamento materno exclusivo deve ter seguimento no período pós-parto, especialmente na fase domiciliar (Amstalden-Mendes, Magna e Gil-da-Silva-Lopes 2007, Pathumwiwatana *et al* 2010 e Vasconcelos *et al* 2011).

Como é possível notar os resultados, da presente pesquisa, referentes ao apoio profissional foram consonantes com os pontuados na literatura.

Para Ramos e Almeida (2003), o apoio não deve ser exclusivo do setor de saúde, mas sim uma ação a ser desenvolvida no núcleo familiar e nos aparelhos sociais.

As mães com mais idade utilizaram menos a busca de suporte social que as mães mais novas, o que demonstra que as mães adolescentes possam necessitar e estarem mais dispostas a pedirem ajuda e compartilharem seus sentimentos (Tabela 15). Tal fato nos alerta para uma maior assistência e atenção para com as adolescentes-mães no sentido de garantir à elas orientação, incentivo e apoio ao

aleitamento materno e informações sobre educação sexual com vistas a redução da gravidez, conforme corroboram Chaves; Lamounier; César (2007).

Observou-se pelos resultados, que as estratégias de aceitação de responsabilidade foram mais utilizada quanto maior a idade materna (Tabela 16). Essa estratégia refere-se à atitude de se culpar frente à situação problemática (como por exemplo: “Busquei nas experiências passadas uma situação similar”) (Savóia, Santana e Meijas, 1996).

Isso pode ser explicado pelo maior conhecimento e experiência acerca do aleitamento na faixa de mulheres adultas (Chaves, Lamounier e César 2007).

A fuga e esquiva foi mais utilizada pelas mães de lactentes sem fissura do que pelas mães de lactentes com fissura (Tabela 17). A estratégia fuga e esquiva descreve desejos (por exemplo, “Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”), assim como esforços para evitar a situação estressante (por exemplo, “Procurei-me sentir melhor comendo, fumando, bebendo, ou utilizando drogas ou medicações”) (Savóia, Santana e Meijas, 1996).

Uma hipótese a ser levantada é a de que as mães dos lactentes com fissura, ao enfrentarem os desafios e conflitos na vivência do aleitamento, estão ao mesmo tempo tendo que lidar com os desafios da aceitação da fissura por elas próprias e com a preocupação de como a sociedade pode estar os enxergando. E com isso provavelmente vão entendendo que a esquiva e a fuga podem ser estratégias a serem utilizadas provisoriamente, pois continuamente estarão em contato com o desafio de amamentarem um filho com fissura labial.

As estratégias de fuga e esquiva foram também, mais utilizadas por todas as mães em aleitamento artificial (Tabela 15). Pode-se pensar que nessa situação as mães estavam fugindo do aleitamento materno para evitar terem que se confrontar com todos os desafios que estavam sendo impostos por ele e, especialmente com o contato interno com as suas emoções e sentimentos advindos da sobrecarga emocional vivenciada.

Faz-se oportuno lembrar que essa estratégia é centrada na emoção.

Para Lazarus e Folkman (1984), no *coping* centrado na emoção, a pessoa tende a recorrer a uma série de manobras cognitivas, como: fuga, aceitação, distanciamento e outras com o intuito de alterar o significado da situação, ou seja, de forma realista ou com distorções, busca reduzir a sensação desagradável ocasionada pelo *stress*. Em geral é empregada após uma avaliação de que nada pode ser feito para mudar as condições de: ameaça, dano ou desafios ambientais.

Focalizando as estratégias de planejamento e resolução de problemas, foi encontrado que elas foram mais utilizadas pelas mães de lactentes sem fissura do que pelas mães de lactentes com fissura e mais utilizada pelas mães com maior nível de escolaridade independentemente do filho ter ou não fissura (Tabela 18).

Pode-se destacar que a resolução de problemas é uma das principais estratégias utilizadas pelos pais para lidarem com o impacto da fissura labiopalatina (Baker *et al*, 2009).

A estratégia planejamento e resolução de problemas, como o próprio nome indica, é uma estratégia centrada no problema. Descreve uma abordagem analítica de solução dos problemas e os esforços deliberados focados neles, com o intuito de

mudar a situação a direcionando para a realização do objetivo ou daquilo que se quer (por exemplo, “Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”, “Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria”).

A análise qualitativa reafirmou esses dados onde percebeu-se em muitas das mães a busca incessante por resolverem as dificuldades na lactação. Assim sendo, passavam a refletir sobre elas e, especialmente tomavam atitudes concretas, conforme é ilustrado pelo depoimento de uma mãe de lactente sem fissura:

Eu chorava, mordida a fralda, entrava embaixo do chuveiro para fazer massagem nas mamas. No começo eles lá no hospital não deixavam dar o peito, mas eu dava por conta própriatem que fazer o possível e o impossível, vai mudando de lado, passando pomada...

Para Lazarus e Folkman (1984), no *coping* centrado no problema, a pessoa procura resolver a situação fazendo uso de informações referentes ao evento estressante, analisando as alternativas de ações possíveis e optando por aquela que considera mais adequada. Essa forma é mais provável quando as condições de dano, ameaças ou desafios ambientais são avaliadas como sendo fáceis de mudar.

Por fim, a reavaliação positiva foi mais utilizada quanto maior a escolaridade e menos utilizada quanto menor a idade materna (Tabela 19).

A estratégia reavaliação positiva pode ser entendida como uma estratégia ativa direcionada à solução do problema. Compreende os esforços para reestruturar internamente as adversidades advindas de uma situação desgastante de forma que, pela percepção dos aspectos positivos, ganhos e benefícios, haja uma busca de solução, o crescimento pessoal e a diminuição da sobrecarga emocional (por exemplo: “Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva”, “Redescobri o

que é importante na vida”). Tem também uma dimensão religiosa (Savóia, Santana e Mejias , 1996).

Esse resultado, da presente pesquisa, pode ser compreendido tendo como base estudos anteriores que mostram que a utilização de diálogos interiores positivo podem ajudar as mulheres a lidarem com as pressões inerentes à maternidade, incluindo o aleitamento (O'Brien *et al*, 2009).

Cabe assinalar também, que tendo como referências às médias de uso, das estratégias de *coping*, por todas as mães de lactentes com e sem fissura verificou-se que a mais utilizada em ambos os grupos foi a reavaliação positiva (Tabela 10).

Como foi possível constar pelos resultados da presente pesquisa independente da fissura ou não as mães avaliavam, reavaliavam e enfrentavam os estressores de forma particular. Dessa maneira utilizavam estratégias de *coping* centradas no problema e/ou na emoção que consideravam mais efetivas para administrá-los.

No momento da aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* muitas mães relataram, independentemente da presença ou ausência nos lactentes de fissura labial, que as intercorrências mamárias podiam conduzi-las a terem dúvidas de suas capacidades para realizarem o seu intento de amamentarem, em decorrência das dores e desconfortos (Tabela 21).

Estudo como o de Abou-Dakan; Schäfer-Graf; Wöckel (2009) aponta a relação significativa entre *stress* psicológico e doenças relacionadas à amamentação. Dessa maneira, mulheres com dor, rachaduras nos mamilos,

ingurgitamento mamário e mastite apresentam um maior nível de *stress* daquelas sem intercorrências mamárias.

Sabe-se que muitas das intercorrências de mama puerperal, assim como as dores e o sofrimento físico, são plausíveis de serem evitadas desde que sejam estabelecidas medidas profiláticas no decorrer do ciclo gravídico-puerperal (Araujo 1997, Vinha 1999).

Considerando que muitas mães poderiam não ter passado pelo sofrimento físico é que se deve considerar o que Araujo (1997) já destacava, ou seja, que as respostas assistenciais devem contemplar a dimensão subjetiva da mulher de maneira que possam corresponder às necessidades diferenciadas de cada uma delas.

Nesse sentido, a pesquisa de Razurel *et al* (2011) demonstra que na prática a interação mãe-profissional pode ser estressante na medida em que a primeira muitas vezes não se sente ouvida, compreendida e confortada em seus sentimentos e dificuldades.

Os achados qualitativos referentes a representações da mãe sobre a amamentação apontaram que o início da amamentação para ambos os grupos nem sempre foi fácil, ao contrário desafiador pelas dúvidas e dificuldades. Além de nem sempre corresponderem às ideias que tinham enquanto estavam grávidas (Tabela 20).

Para Razurel *et al* (2011), a diferença entre as expectativas idealizadas conduzidas pelas informações no pré-natal e a realidade da amamentação emerge como um problema atual.

Em todo o percurso envolvendo o início, a fase de adaptação e intenção de manutenção do aleitamento materno, diversos aspectos foram relevantes para que as mães enfrentassem as dificuldades ao amamentarem seus filhos com ou sem fissura. Um deles foi o reconhecimento dos benefícios da amamentação para a saúde da criança. Essa crença podia ser construída com base em experiências anteriores de amamentar seus filhos mais velhos ou no que ouviam dizer sobre os atributos do leite materno (Tabela 24 e 27). Esses achados foram coerentes com o estudo de Hegney; Fallon; O'Brien (2008).

Estudos anteriores salientam que as mães de lactentes com fissura além de acreditarem nos benefícios da amamentação para a saúde geral da criança, podem agregar a eles um valor exponencial ao considerarem a sua garantia na condição para a criança submeter-se ao processo cirúrgico (Thomé 2003 e Silveira e Weise 2008).

No presente estudo somente duas mães de lactentes com fissura labial associaram os benefícios do aleitamento com os procedimentos cirúrgicos.

Outro aspecto evidenciado, pelas mães de ambos os grupos, foi a fé em Deus (Tabela 25) e a representação do aleitamento materno como benção divina (Tabela 30).

Cabe lembrar que a estratégia reavaliação positiva pode ter uma dimensão religiosa, como já apontado anteriormente.

Em relação aos demais aspectos relatados, como força de vontade, paciência, perseverança são corroborados nos estudos de Thomé (2003) e Hegney; Fallon; O'Brien (2008).

Os resultados dos núcleos de significação referentes aos sentimentos da experiência de amamentar, mesmo que por pouco tempo (Tabela 28), são, mais uma vez, consonantes com os achados do estudo de Thomé (2003) que destaca que apesar de todas as dificuldades a felicidade, o orgulho e a vitória podem ser concretizados.

Diante desses resultados é possível começar a pensar que a vivência do aleitamento materno, independentemente do lactente ter ou não fissura labial, pode ser entendida pelas mães que buscaram amamentar como um processo de reavaliação em suas vidas e de desenvolvimento dos papéis de mãe e mulher (Tabela 29).

Por outro lado não se pode deixar de lado as mães que perceberam o aleitamento materno como um evento negativo, pois elas denunciavam as idealizações construídas em torno dele.

No que diz respeito ao aleitamento materno em lactentes com fissuras labiopalatinas cabe ressaltar que, os resultados do presente estudo, mostraram que a fissura labial não apresentou relação estatisticamente significativa com *stress* materno (tabela 7), reafirmando que por si só não é um fator impeditivo para a amamentação, conforme corroborado na literatura científica (Pini e Peres 2001, Garcez e Giugliani 2005, Silva, Fúria e Di Ninno 2005, Montagnoli *et al* 2005, Piccin, Machado e Bleil 2009, Britton, Mc Donald e Welbery 2011 e Di Ninno *et al*, 2011).

Em ambos os grupos e mães foi evidenciada a importância do apoio profissional durante todo o processo de aleitamento e, em especial no primeiro mês. Esse aspecto pode ser constatado de forma concreta na situação de entrevista na

qual por diversas vezes mostraram a necessidade de serem principalmente, vistas e ouvidas nos seus diferentes papéis: mãe, mulher, amiga, esposa e outros. Assim, relatavam as mudanças em sua rotina de vida, apontando alterações na quantidade e qualidade do sono, relação com seus parceiros, convivência com os amigos e outras. Revelavam desconfortos físicos e psicológicos, como: dores e rachaduras mamilares, ingurgitamento mamário, que podiam ser concomitantes ou não com cansaço, fraqueza e sensibilidade emotiva.

Especificamente no grupo de mães de lactentes com fissura durante as entrevistas, muitas pontuaram ainda, seus receios: de deixarem suas casas para lidarem com os desafios de estarem em uma cidade diferente, em um hospital que estavam conhecendo naquele momento, da separação de seus filhos no momento do procedimento cirúrgico, com todos os desafios impostos na situação de viagem e outros.

Nunca é demais lembrar que no caso de mães de lactentes com fissura, o apoio integral, incluindo o psicológico, deve ser considerado ainda nas diferentes fases: gestação, primeira consulta com equipe diagnóstica, momento pré e pós-cirúrgico e demais fases do processo de reabilitação, já que os dados dos estudos científicos e os indicadores clínicos demonstram que o impacto da fissura tem repercussões em todo o sistema familiar.

A reafirmação da necessidade das mães do apoio profissional para o aleitamento materno conduziu para uma sugestão no sentido de se repensar a reorganização dos serviços de saúde, de maneira que os seus usuários, sejam as mães e demais familiares, recebam um atendimento integral em todo o processo de aleitamento.

Para tanto, não se contesta a relevância das equipes multidisciplinares com profissionais trabalhando de forma integrada e com protocolos definidos.

Como limitações observadas nesse estudo, foram evidenciados os seguintes pontos: a variabilidade na distribuição dos lactentes com e sem fissura de acordo com a faixa de idade; os dados do grupo com fissura serem referentes, exclusivamente, a um hospital especializado no tratamento de reabilitação de anomalias craniofaciais em contrapartida aos do sem fissura, que dizem respeito a duas unidades básicas de saúde e a impossibilidade de comparações com outros estudos nacionais semelhantes a esse.

Sugere-se que futuros estudos com a temática do *stress* e estratégias de *coping* articuladas ao aleitamento materno sejam realizados em outros centros de referências em fissuras labiopalatinas e com os mesmos instrumentos para comparações e um maior aprofundamento dos dados.

Os resultados quantitativos e qualitativos referentes ao nível de *stress* e as estratégias de *coping* permitiram um melhor entendimento acerca de como as mães lidaram com o *stress* nas situações de aleitamento, possibilitando assim subsídios para trabalhos multidisciplinares.

Esse entendimento remeteu a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar pautada em práticas profissionais contínuas e uniformes no atendimento, aconselhamento, apoio e acompanhamento das mães e familiares durante todo o processo de amamentação.

Além disso, pode fornecer subsídios para o trabalho do psicólogo em programas de prevenção e administração do *stress* no que se refere ao aleitamento materno de lactentes com e sem fissura labial. Técnicas de relaxamento, incluindo a

respiração profunda, visualização e relaxamento muscular progressivo podem ser úteis para a redução do *stress* e da ansiedade das mães.

7 CONCLUSÕES

Com base na análise dos resultados deste estudo, foi possível concluir que:

1. O diagnóstico de *stress* ocorreu em porcentagem menor em mães de lactentes com fissura quando comparado à ocorrência em mães de lactentes sem fissura.
2. A maioria das mães de lactentes com e sem fissura com diagnóstico de *stress* encontrou-se na fase de resistência.
3. Considerando a sintomatologia apresentadas pelas mães com *stress* prevaleceram os sintomas psicológicos tanto nas mães de lactentes com fissura quanto nas mães de lactentes sem fissura.
4. O diagnóstico de *stress* não foi associado com fissura labial de lactentes.
5. As mães de lactentes sem fissura que estavam em aleitamento artificial foram as que apresentaram diagnóstico de *stress* com maior frequência do que as outras mães. O tipo de aleitamento não interferiu no nível de *stress* materno de mães de lactentes com fissura.
6. As estratégias de Enfrentamento, Afastamento, Busca de Suporte Social e Fuga/Esquiva foram mais utilizadas, tanto pelas mães de lactentes com fissura quanto pelas mães de lactentes sem fissura, na situação de aleitamento artificial.
7. As estratégias de Autocontrole, foram mais utilizadas em mães em aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo e em mães com

maior escolaridade independentemente da presença ou ausência de fissura labial dos lactentes.

8. As estratégias de Fuga/Esquiva e Planejamento/Resolução de Problemas foram menos utilizadas pelas mães de lactentes com fissura do que pelas mães de lactentes sem fissura.
9. As estratégias de Busca de Suporte Social foram significativamente mais utilizadas quanto mais novas as idades das mães, independentemente do lactente ter ou não fissura labial.
10. As estratégias de Aceitação de Responsabilidade foram mais utilizadas quanto maior a idade materna.
11. As estratégias de Planejamento e Resolução de Problemas foram mais utilizadas pelas mães de lactentes sem fissura do que pelas mães de lactentes com fissura e quanto maior a escolaridade materna, independentemente do lactente ter ou não fissura labial.
12. Finalmente, as estratégias de Reavaliação Positiva foram mais utilizadas quanto maior a escolaridade e menor a idade materna.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo limitações constatadas no presente estudo, conforme já apontado na discussão do presente estudo, considerou-se interessante que em futuras pesquisas sejam estudadas as estratégias de *coping* e o *stress* das mães em situação de aleitamento em outros centros de referências em fissuras labiopalatinas e outras unidades básicas de saúde visando um aprofundamento dessas temáticas de forma a contribuírem com ações concretas.

Avaliou-se como sendo importante que as futuras pesquisas sejam realizadas em conjunção com as diferentes áreas do conhecimento.

Finalmente considerando a escassez de estudos nacionais e internacionais, a realização de pesquisas multicentros com protocolos únicos podem possibilitar a comparação dos resultados de maneira mais ampla.

Sem a intencionalidade de fazer generalizações ou estabelecer veredictos, são pontuadas algumas sugestões.

Há que se considerar a inserção do psicólogo nas equipes sejam essas no hospital ou nas unidades básicas de saúde.

Sugere-se que o profissional da Psicologia seja um facilitador na introdução de informações sobre aleitamento, incluindo o *stress* e as estratégias de *coping* e, nas práticas específicas para a educação e defesa do aleitamento materno exclusivo, respeitando sempre as opiniões, anseios e dificuldades das mães e dos lactentes.

Sugere-se ainda, contribuir na formação das mães e demais familiares como agentes comunitários para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno

dentro das suas respectivas comunidades, ou seja, que possam ser atuantes em favor de uma cultura que resgate e fortaleça essa prática natural de alimentação respeitando sempre as peculiaridades de cada uma de suas realidades.

Tendo em vista que as estratégias de *coping* podem ser aprendidas e consequentemente elas podem ser ensinadas, grupos de apoio com esse intuito podem ser interessantes, na medida em que podem auxiliar as mães e familiares a fortalecerem seus recursos internos e consequentemente fornecer um pequeno arsenal para lidarem com as demandas advindas do aleitamento.

Para tanto a temática do *coping* articulada ao aleitamento materno poderia ser melhor estudada e pesquisada pelos profissionais da saúde de forma que suas ações nos grupos de apoio sejam sustentadas em conhecimentos teóricos consistentes.

Há que se pensar em como efetivamente o aleitamento materno possa fazer parte das políticas públicas de saúde, com vistas a aumentar os índices do mesmo e, consequentemente, que possam ser contemplados os objetivos da Organização Mundial da Saúde.

Considerou-se que, apesar das limitações, o estudo atendeu aos objetivos propostos.

9 REFERÊNCIAS

Abou-Dakn M, Schäfer-Graf U, Wöckel A. Psychological stress and breast diseases during lactation. *Breastfeed Rev*. 2009;17(3):19-26.

Aguiar WMJ, Ozella S. Núcleos de Significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol Ciênc Prof*. 2006;26(2):222-45.

Almeida H. Situações especiais no lactente. In: Carvalho MR, Tamez RN. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 162-80.

Altmann EBC, Vaz ACN, Paula MSBF, Khoury RBF. Tratamento precoce. In: Altmann ABC (Ed.). *Fissuras labiopalatinas*. Carapicuíba: Pró Fono;1997. p. 291-323.

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.

Amstalden-Mendes LG, Magna LA, Gil-da-Silva-Lopes VL. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in a nonspecialized brazilian hospital. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007; 44(3):329-334.

Aniansson G, Svenson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2002;36(1):9-15.

Araruna RC, Vendrusculo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(2):99-105.

Araujo LDS. *Querer/poder amamentar: uma questão de representação?* Londrina: Universidade Estadual de Londrina,1997.

Arenz S, Rückerl R, Koletzko, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(10): 1247-56.

Baker SR, Owens J, Stern M, Willmot D. Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(3):229-36.

Bannister P. Conduta na alimentação inicial. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. *Tratamento de fissura labial e fenda palatina*. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 137-47.

Barbosa DA. *Prática do aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatina [trabalho de conclusão de curso]*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Bauk DA. Stress. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1985;13(50):28-36.

Berger ZE, Dalton LJ. Coping with a cleft II: Factors associated with psychosocial adjustment of adolescents with a cleft lip and palate and their parents. *Cleft Palate Craniofac J*. 2011;48(1):82-90.

Biancuzzo M. Cleft repair: breastfeeding sooner or later? *Breastfeeding Outlook*. 2002;3:1-3.

Bloch AM, Mimouni D, Mimouni M, Gdalevich M. Does breastfeeding protect against allergic rhinitis during childhood? A meta-analysis of prospective studies. *Acta Paediatr*. 2002;91(3):275-9.

Booth I. Does the duration of breastfeeding matter? *BMJ*. 2001;322(7287):625-6.

Borges JM. Coping e saúde mental de grávidas adolescentes participantes do Projeto Meninas de Luz [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Goiás; 2007.

Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP*. 2005;1(1):17-25.

Bradbury E, Bannister P. Aconselhamento pré-natal, perinatal e pós-natal. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 117-22.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. [online] [acesso em 9 de out 2008]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.

Britton KF, McDonald SH, Welbury RR. An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the west of Scotland. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011;12(5):250-5.

Bueno SB. Aleitamento materno e desenvolvimento do sistema estomatognático [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas; 2005.

Bzoch KR. Etiological factors related to cleft palate speech. In: Bzoch KR. Communicative disorders related to cleft lip and palate. Boston: Little&Brown; 1979. p. 67-76.

Calil VMLT, Vargas NSO. Contra-indicações ao aleitamento materno. In: Issler H. O aleitamento no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 527-8.

Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras Lábio-palatais – considerações epidemiológicas. In: Petrelli E (Ed.). Ortodontia para Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1994. p. 197-238.

Carrascoza KC, Costa Júnior AL, Ambrozano GMB, Moraes ABA de. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. *Paidéia*. 2005;15(30):93-104.

Carvalho APB, Tavano LA. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. *Pediatr Mod*. 2000;36(12):842-47.

Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. *Rev Secretários da Saúde*. 1995;10:12-3.

Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999;318(7194):1316-20.

Chatzimichael A, Tsalkidis A, Cassimos D, Gardikis S, Tripsianis G, Deftereos S *et al*. The role of breastfeeding and passive smoking on the development of severe bronchiolitis in infants. *Minerva Pediatr*. 2007;59(3):199-206.

Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr*. 2007;83(3):241-6.

Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID 10 – Décima revisão. Versão 2008. Volume 1. [Acesso em 18 de julho de 2012]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>>.

Coutinho S, Figueiredo C. Aleitamento materno em situações especiais da criança. In: Rego J (Ed.). *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 205-16.

Dalben GS. Pesquisa científica na área da saúde. In: Grigolli AAG. *Metodologia do trabalho científico e recursos informacionais na área da saúde*. São Paulo: Editora Santos; 2008. p.1-6.

Dalben GS, Costa B, Gomide MR. Características básicas do bebê portador de fissura lábio-palatal – Aspectos de interesse para o CD. *Rev da APCD*. 2002; 56(3):223-6.

Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Amamentação em bebês portadores de fissuras labiopalatais. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001;4(20):317-320.

Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Neves LT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2003;40(1):84-87.

Davies G. O papel dos grupos de apoio aos pais. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. *Tratamento de fissura labial e fenda palatina*. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 379-85.

Di Ninno CQMS, Moura D, Raciff R, Machado SV, Rocha CMG, Norton RC *et al.* Exclusive breastfeeding in infants with cleft lip and/or palate. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(4):417-21.

Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, Kennell J, Klaus M. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics.* 1975;56(5):710-7.

Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006;117(3):380-6.

Escott R. Positioning attachment and milk transfer. *Breastfeeding Review.* 1989.

Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(1):150-70.

Garcez LW. Estudo de base populacional sobre a prática do aleitamento materno em crianças nascidas com fissura labiopalatina na cidade de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

Garcez LW, Giugliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005;42(6):687-693.

Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MRC, Tamez RN (Orgs). *Amamentação: bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 11-24.

González Rey F. El análisis de contenido en la utilización de los instrumentos cualitativos. In: González Rey F. *Epistemología cualitativa y subjetividad.* São Paulo: EDUC; 1997. p. 245-376.

_____. La investigación cualitativa en las ciencias sociales. In: González Rey F. *Epistemología cualitativa y subjetividad.* São Paulo: EDU; 1997. p.161-244.

Graciano MIG, Tavano, LDT, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva OG. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 311-33.

Groer MW, Davis MW. Cytokines, infections, stress and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(5):599-607.

Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Hegney D, Fallon T, O'Brien ML. Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *J Clin Nurs*. 2008;17(9):1182–92.

Hung CH. Validity and reliability testing of the Hung postpartum stress scale. *Kaohsiung J Med Sci*. 2001;17(8):423-9.

Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *J Am Osteopath Assoc*. 2006;106(4):203-7.

Kelly EE. Feeding cleft palate babies - today's babies, today's methods. *Cleft Palate Craniofac J*. 1971;8:61-4.

Kim SH. Factors affecting mother's adaptation to breastfeeding. *J Korean Acad Nurs*. 2010;40(2):225-35.

Kramer FJ, Baethge C, Sinikovic B, Schliephake H. An analysis of quality of life in 130 families having small children with cleft lip/palate using the impact on family scale. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(12):1146-52.

Lana APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação. Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

Lawrence RA. Breast feeding the infant with a problem. In: Filho EMR *et al*. Breast feeding a guide for the medical professional. Saint Louis: Mosby; 1980. p. 187-220.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

Lazarus RS, Folkman S. Estres y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.

Li J, Kendall GE, Henderson S, Downie J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatr*. 2008;97(2):221-5.

Lipp MEN. Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*. 1984;1(3/4):5-19.

Lipp MEN. Apostila do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). In: _____. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. anexos.

_____. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia*. 1994; 11(3): 43-49.

Lisboa C, Koller SH, Ribas FF, Bitencourt K, Oliveira L, Porciuncula LP *et al*. Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicol Refl Crít.* 2002;15(2):345-62.

Lüdke M, André MEDA. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

Marques IL, Thomé S, Peres SPBA. Aspectos pediátricos. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 51-71.

Marques MIVM, Martinelli AJ. A alimentação das crianças portadoras de fissuras congênitas lábio-palatais nos dois primeiros anos de vida. *J Pediatr.* 1992; 68: 87-91.

Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health.* 2007; 52(3):262-72.

Mezzacappa ES. Breastfeeding and maternal stress response and health. *Nutr Rev.* 2004; 62(Pt 1):261-8.

Michaelis Moderno Dicionário Inglês. [Acesso em: 18 de julho de 2012]. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/inglês/index.php>>

Miller CK. Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes. *Semin Speech Lang.* 2011;32(2):115-26.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade ? *Cad Saude Publ.* 1993;9(3):239-62.

Minervino-Pereira ACM. O processo de enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005.

Mondini CC da SD, Fontes CMB, Lisboa IA, Shinomia AT. Nursing assistance to pregnant women at HRAC-USP. In: I Simpósio Internacional de Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas/ VIII Encontro Científico de Pós Graduação do HRAC; 2009 Nov 27-28; Bauru, Brasil. Bauru: Hospital de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2009. 1 CD-ROM.

Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, Souza L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. *J Pediatr.* 2005;81(6):461-5.

Montgomery SM, Ehlim A, Sacker A. Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Arch Dis Child.* 2006;91(12):990-4.

Nascimento ACA do. Resiliência e sensibilidade materna na interação mãe-criança com fissura labiopalatina [tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica, PUC-Campinas; 2006.

Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin.* 2003;58(1):49-60.

Neiva FCB. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. *Pediatria.* 2000;22(3):264-70.

Neiva FCB, Cattoni DM, Araújo Ramos JL de, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr.* 2003;79(1):7-12.

Nusbaum R, Grubs RE, Losee JE, Weidman C, Ford MD, Marazita ML. A qualitative description of receiving a diagnosis of clefting in the prenatal or postnatal period. *J Genet Couns.* 2008;17(4):336-50

O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. Strategies for success: a toolbox of coping strategies used by breastfeeding women. *J Clin Nurs.* 2009;18(11): 1574-82.

O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1: perceptions of mothers and clinicians. *J Hum Lact.* 2009;25(1):55-63.

Oddy WH, Sly PD, Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG *et al.* Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003;88(3):224-8.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact.* 2001;17(4):326-43.

Pais Ribeiro JL, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psic Saúde Doenças.* 2004;5(1):3-15.

Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breast Milk protects against otitis media. *Pediatrics.* 1994;94(Pt 1):853-60.

Pathumwiwatana P, Tongasukho S, Naratippakorn T, Pradubwong S, Chusilp K. The promotion of exclusive breastfeeding in infants with complete cleft lip and palate during the first 6 months after childbirth at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2010;93(4):71-7.

Pattussi MP, Freire MCM. Leitura crítica de artigos científicos. In: Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2005. p.399-508.

Penders J, Thijs C, Vink C, Stelma FF, Snijders B, Kummeling I *et al.* Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. *Pediatrics*. 2006;118(2):511-21.

Piccin S, Machado AD, Bleil RT. Nutritional status and breast feeding among children with cleft lips and palates from Cascavel/Paraná. *J Brazilian Soc Food Nutr*. 2009;34(3):71-83.

Pini JG, Peres SPBA. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. *Rev Nutr*. 2001;14:195-9.

Raisler J, Alexandre C, O'Campo P. Breast-feeding and infant illness: a dose-response relationship. *Am J Public Health*. 1999;89(1):25-30.

Ramos CV, Almeida JAC. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*. 2003;79(5):385-90.

Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*. 2011;27(2):237-42.

Razurel C, Desmet H, Sellenet C. Stress, social support and coping strategies: what influence on perceived parental self-efficacy of primiparous mothers? *Rech Soins Infirm*. 2011;(106):47-58.

Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr*. 2004;80(5):142-6.

Reid J, Kilpatrick N, Reilly S. A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J*. 2006; 43(6):702-9.

Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Rev Bras Prom Saúde*. 2005;18(1):31-40.

Rocha CMG, Dias MCM, Pereira LCB, Mello MCB de, Lamounier JA. Aleitamento materno e fissura labiopalatal: revisão e atualização. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(4 supl 1):77-82.

Rojjanasrirat W. Working women's breastfeeding experiences. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004;29(4):222-7.

Rondó PH, Souza MR. Maternal distress and intended breastfeeding duration. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2007;28(1):55-60.

Savóia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Rev Psiq Clin*. 1999;26(2).

Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*. 1996;7 (1/2):183-201.

Selye H. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA; 1959.

Shaw WC, Bannister RP, Roberts CT. Assisted feeding is more reliable for infants with clefts – a randomized trial. *Cleft Palate Craniofac J*. 1999;36(3): 362-8.

Shema L, Ore L, Ben-Shachar M, Haj M, Linn S. The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2007;133(8):539-46.

Silva EB, Fúria CLM, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém- nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev Cefac*. 2005;7(1):21-8.

Silva JDT, Müller MC, Bonamigo RR. Coping strategies and stress levels in patient with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):143-9.

Silveira JLGC, Weise CM. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008;8(2):215-21.

Simões WA. *Ortopedia funcional dos maxilares através da reabilitação neuro-oclusal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 208-209.

Speri APSG. *Disfagia e deficiência nutricional na criança com fissura lábio-palatal [trabalho de conclusão de curso]*. Franca: Universidade de Franca; 1996.

Spriestersbach DC, Dickson DR, Frazer FC, Horowitz SL, McWilliams BJ, Pradaise JL *et al*. Clinical research in cleft lip and cleft palate: the state of the art. *Cleft Palate J*. 1973;10:113-165.

Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *Int J Nurs Stud*. 2006;43(1):11-20.

Thomé S. *Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato [dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.

_____. *O processo de amamentar para mães de crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato segundo a perspectiva do interacionismo simbólico [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2003.

Thomé S, Vera RN, Leirião VHV, Pegoraro Krook MI, Dutka JCR, Dixon-Wood V *et al*. Preliminary data on the occurrence of breastfeeding in babies born with cleft lip and/or palate. In: Encontro Científico da Pós-Graduação do HRAC-USP; 1998 Dez 4-6; Bauru, Brasil. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 1998. p.22.

Toma TS, Rea MF. Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):5235-46.

Trettene AS, Nishihara TFV, Amadeu LM, Mondini CCSD, Fontes CMB, Almeida DMB. Amamentação eficaz x ineficaz: realidade em lactentes com fissura labial. In: II Simpósio Internacional de Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas/ IX Encontro de Pós Graduação do HRAC-USP; 2011 Dez 10-11; Bauru, Brasil. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011. 1 Pen-drive.

Tu MT, Lupien SJ, Walker CD. Diurnal salivary cortisol levels in postpartum mothers as a function of infant feeding choice and parity. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(7):812-24.

Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 1998;23(8):819-35.

Vasconcelos EG. A psiconeuroimunologia da AIDS. In: Paiva VSF. Em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 1992.

Vasconcelos MCR, Correias TWA, Melo EMC, Matos APSM, Vale DMV, Pereira RMR. Alimentação em bebês portadores de fissuras de lábio e/ou palato. In: II Simpósio Internacional de Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas/ IX Encontro de Pós Graduação do HRAC; 2011, Dez: 10-11; Bauru, Brasil. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. 1 Pen-drive.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC Lombardi C, Teixeira AM, *et al*. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987;2:319-22.

Vinha VHP. Traumas mamilares (ferimentos): prevenção e cuidados. In: Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 1999. p. 45-54.

World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2001, 1-5.

_____. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva. World Health Organization; 2001.

_____. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 2000;355(9202):451-55.

ANEXOS

Anexo – 1 Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus , adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996)

Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996)

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um circulo na categoria apropriada, o que você fez na situação: _____, de acordo com a seguinte classificação:

0. Não usei esta estratégia
 1. Usei um pouco
 2. Usei bastante
 3. Usei em grande quantidade
-
- 1 Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo. 0 1 2 3
 - 2 Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor. 0 1 2 3
 - 3 Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair. 0 1 2 3
 - 4 Deixei o tempo passar. A melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio. 0 1 2 3
 - 5 Procurei tirar alguma vantagem da situação. 0 1 2 3
 - 6 Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa. 0 1 2 3
 - 7 Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias. 0 1 2 3
 - 8 Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação. 0 1 2 3
 - 9 Me critiquei, me repreendi. 0 1 2 3
 - 10 Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções. 0 1 2 3
 - 11 Esperei que um milagre acontecesse. 0 1 2 3
 - 12 Concordei com o fato, aceitei o meu destino. 0 1 2 3
 - 13 Fiz como se nada tivesse acontecido. 0 1 2 3
 - 14 Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos. 0 1 2 3
 - 15 Procurei encontrar o lado bom da situação. 0 1 2 3
 - 16 Dormi mais que o normal. 0 1 2 3
 - 17 Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema. 0 1 2 3
 - 18 Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas. 0 1 2 3
 - 19 Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem. 0 1 2 3
 - 20 Me inspirou a fazer algo criativo. 0 1 2 3
 - 21 Procurei esquecer a situação desagradável. 0 1 2 3
 - 22 Procurei ajuda profissional. 0 1 2 3
 - 23 Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva. 0 1 2 3
 - 24 Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa. 0 1 2 3
 - 25 Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos. 0 1 2 3
 - 26 Fiz um plano de ação e o segui. 0 1 2 3
 - 27 Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado. 0 1 2 3
 - 28 De alguma forma extravasei meus sentimentos. 0 1 2 3
 - 29 Compreendi que o problema foi provocado por mim. 0 1 2 3
 - 30 Sai da experiência melhor do que eu esperava. 0 1 2 3

- 31 Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema. 0 1 2 3
- 32 Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema. 0 1 2 3
- 33 Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação. 0 1 2 3
- 34 Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado. 0 1 2 3
- 35 Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso. 0 1 2 3
- 36 Encontrei novas crenças. 0 1 2 3
- 37 Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos. 0 1 2 3
- 38 Redescobri o que é importante na vida. 0 1 2 3
- 39 Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final. 0 1 2 3
- 40 Procurei fugir das pessoas em geral. 0 1 2 3
- 41 Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação. 0 1 2 3
- 42 Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos. 0 1 2 3
- 43 Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação. 0 1 2 3
- 44 Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela. 0 1 2 3
- 45 Falei com alguém sobre como estava me sentindo. 0 1 2 3
- 46 Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria. 0 1 2 3
- 47 Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s). 0 1 2 3
- 48 Busquei nas experiências passadas uma situação similar. 0 1 2 3
- 49 Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. 0 1 2 3
- 50 Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo. 0 1 2 3
- 51 Prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes na próxima vez. 0 1 2 3
- 52 Encontrei algumas soluções diferentes para o problema. 0 1 2 3
- 53 Aceitei, nada poderia ser feito. 0 1 2 3
- 54 Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo. 0 1 2 3
- 55 Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti. 0 1 2 3
- 56 Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma. 0 1 2 3
- 57 Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava. 0 1 2 3
- 58 Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. 0 1 2 3
- 59 Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam. 0 1 2 3
- 60 Rezei. 0 1 2 3
- 61 Me preparei para o pior. 0 1 2 3
- 62 Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer. 0 1 2 3
- 63 Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo. 0 1 2 3
- 64 Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa. 0 1 2 3
- 65 Eu disse a mim mesmo (a) “que as coisas poderiam ter sido piores”. 0 1 2 3
- 66 Corri ou fiz exercícios. 0 1 2 3

Anexo - 2 Roteiro: Entrevista semi-estruturada**Entrevista semi-estruturada**

- 1- Quais as idéias que você tinha em relação á amamentação do seu bebê, no período da gestação?
- 2- Ocorrido o nascimento o que aconteceu com aquelas idéias tidas na gestação, sobre a amamentação do seu bebê?
- 3- Como você lida com as dificuldades que surgem na vivência de amamentar o seu bebê?
- 4- Como você se sente quando enfrenta as dificuldades surgidas na situação de aleitamento materno?

Anexo - 3 Questionário situação socioeconômica familiar
SITUAÇÃO SOCIOECONOMICA FAMILIAR

Nome do entrevistado: _____

UBS: _____

Categorias	Pontos
1. Renda mensal familiar: R\$ _____ () salários mínimos Especificar tipo de rendimento: _____	_____
2. Número de pessoas que residem na casa: _____ Especificar vínculo: _____	_____
3. Escolaridade do(s) responsável (is): a) _____ vínculo: _____ b) _____ vínculo: _____	_____ *
4. Habitação e infraestrutura: 4.1. Situação: () própria () financiada () alugada () cedida () outros 4.2. Condição: a) Tipo: () tijolos () madeira () tijolos e madeira () outros b) Zona (localização): () rural () urbana c) Infraestrutura: () água encanada () esgoto () fossa () mina () luz elétrica () lamparina () outros d) Condição habitacional: () ótima () boa () regular () insuficiente () precária e) Acomodação: () suficiente () insuficiente Total de cômodos: _____	_____
5. Profissão atual dos responsáveis (ocupação) a) _____ b) _____	_____ *
Total de pontos	
Classificação socioeconômica: () BI - Baixa Inferior () BS - Baixa superior () MI - Média inferior () M - Média () MS - Média Superior () A - Alta Alteração da Tabela: () Sim () Não Esp. _____	00-20 21-30 31-40 41-47 48-54 55-57
Observações:	

(*) Pontuar o maior nível de escolaridade e de ocupação dentre os chefes.

Data: ____/____/____

Pesquisadora: _____

Anexo - 4 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (HRAC/USP e UBS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____

portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente
* _____, após leitura minuciosa

deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: ***Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial: estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno*** realizada por: Maria Lúcia Nejm de Carvalho nº do Conselho: 06/36.338-6, sob orientação da Dra: Ilza Lazarini Marques, nº do Conselho: 43414 **que tem como objetivos: investigar o nível de estresse e as estratégias de enfrentamento adotadas na situação de aleitamento materno exclusivo e não aleitamento materno exclusivo para a comparação entre mães de lactentes com fissura labial e de lactentes sem fissura labial, com idade inferiores a 6 meses; analisar e descrever interações entre nível de estresse materno, estratégias de enfrentamento, aspectos sociodemográficos, sexo, idade e extensão da fissura labial do lactente e tipo de aleitamento; através da utilização de Prontuários do Paciente, Entrevista Individual gravada em áudio, Aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e Inventário de Estratégias de Coping. Tendo como local de realização o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP- Bauru e o tempo de aplicação de todos os instrumentos em torno de 1 hora. O presente estudo poderá fornecer subsídios para o trabalho do psicólogo em equipes de aconselhamento e acompanhamento às mães e familiares de lactentes com fissura labial e sem fissura labial, como também estratégias de enfrentamento utilizadas no aleitamento materno, com vistas à prevenção. Os instrumentos utilizados assim como a forma de aplicação não deverão resultar em nenhum risco para os sujeitos participantes.**

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 16 do Código de Ética da Psicologia).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

ou responsável

Assinatura do pesquisador responsável

* A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Lúcia Nejm de Carvalho

Endereço Institucional : Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP CEP: 17012-900

Telefone: (14) 3235-8442 E-mail: malunejm@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (UBS)

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____

portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente
 * _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: ***Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial: estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno*** realizada por: Maria Lúcia Nejm de Carvalho nº do Conselho: 06/36.338-6, sob orientação da Dra: Ilza Lazarini Marques, nº do Conselho: 43414 **que tem como objetivos investigar o nível de estresse e as estratégias de enfrentamento adotadas na situação de aleitamento materno exclusivo e não aleitamento materno exclusivo para a comparação entre mães de lactentes com fissura labial e de lactentes sem fissura labial, com idade inferiores `a 6 meses; analisar e descrever interações entre nível de estresse materno, estratégias de enfrentamento, aspectos sociodemográficos, sexo, idade e extensão da fissura labial do lactente e tipo de aleitamento; através da utilização de Entrevista Individual gravada em áudio, Aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e Inventário de Estratégias de Coping. Os dados referentes à situação socioeconômica familiar serão coletados pela própria pesquisadora em situação de entrevista, conforme solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde. Tendo como local de realização a Unidade Básica de Saúde da cidade de Bauru e o tempo de aplicação de todos os instrumentos em torno de 1 hora.**

O presente estudo poderá fornecer subsídios para o trabalho do psicólogo em equipes de aconselhamento e acompanhamento às mães e familiares de lactentes com fissura labial e sem fissura labial, como também estratégias de enfrentamento utilizadas no aleitamento materno, com vistas à prevenção. Os instrumentos utilizados assim como a forma de aplicação não deverão resultar em nenhum risco para os sujeitos participantes.

A Prefeitura Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Bauru estão isentas de qualquer responsabilidade sobre a pesquisa.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 16 do Código de Ética de Psicologia).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

ou responsável

* A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Lúcia Nejm de Carvalho

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru/SP CEP: 17.012-900

Telefone: (14) 3235-8442 E-mail: malunejm@yahoo.com.br

Anexo - 5 Carta de apresentação para as Unidades Básicas de Saúde

Carta de apresentação

Eu, Maria Lúcia Nejm de Carvalho, psicóloga, doutoranda, do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC/USP – Bauru estarei desenvolvendo a pesquisa: *Aleitamento materno em lactentes com e sem fissura labial: estratégias de enfrentamento e nível de estresse materno*, sob a orientação da Profa. Dra. Ilza Lazarini Marques.

A pesquisa obteve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC/USP e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, do município de Bauru, estando assim fundamentada nas exigências éticas e científicas.

Os sujeitos participantes estarão assegurados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A fase de coleta de informações envolverá a aplicação de uma entrevista semi-estruturada - gravada em áudio, bem como dos instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e Inventário de Estratégias de *Coping*. Aplicados, em uma única vez, em situação face-a-face e com duração média de uma hora, pela própria pesquisadora.

Os dados referentes ao perfil sociodemográfico, conforme solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde serão coletados pela própria pesquisadora.

O material coletado tem única e exclusivamente finalidade científica.

No caso do material ser utilizado para publicações científicas ou atividades didáticas, serão empregados procedimentos que assegurem a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos.

Por estarem de acordo assinam a presente carta de apresentação.

Bauru, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do diretor (a) UBS

Pesquisadora responsável: Maria Lúcia Nejm de Carvalho

Endereço Institucional: Sílvio Marchione, 3-20. CEP: 17012-900. Bauru /SP

Telefone: (14) 3235-8442 e-mail: malunejm@yahoo.com.br