UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

Rosangela Venancio da Silva

**A VIVÊNCIA DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA
LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO DURANTE O PERÍODO
DE INTERNAÇÃO DE SEUS FILHOS**

São Paulo
2008

Rosangela Venancio da Silva

**A VIVÊNCIA DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO
DA LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO DURANTE O
PERÍODO DE INTERNAÇÃO DE SEUS FILHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:

Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Orientadora: Profa. Dra. Isilia Aparecida Silva

**São Paulo
2008**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Rosângela Venâncio da.

A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos. /Rosângela Venâncio da Silva. – São Paulo, 2008.

101 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof^a Dr^a Isília Aparecida Silva.

1. Amamentação natural 2. Bebê prematuro 3. Cuidado do lactente 4. Hospitalização. I. Título.

"Não devemos permitir que alguém
saia da nossa presença sem se
sentir melhor e mais feliz".

(Madre Teresa de Calcutá)

A minha querida mãe Gina, que sempre foi um exemplo de persistência e luta.

Ao Paulo, meu companheiro, pela paciência demonstrada durante a realização deste estudo.

Aos meus filhos Bruno e Camila, luzes de minha existência.

Aos meus irmãos Margarete, Adriano e Cristina, sinônimos de união sempre presentes na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva, orientadora, pela atenção, paciência e serenidade que conduziu este estudo. Obrigada pela oportunidade de crescimento que me proporcionou.

Às mulheres, mães de bebês prematuros que contribuíram para a essência deste estudo.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de aprendizado.

Às Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça e Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin, pelas sugestões valiosas no exame de qualificação.

À Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura, pelo incentivo, amizade e apoio.

À Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski, diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da USP, pelo incentivo ao crescimento acadêmico e profissional.

A Alda Valéria Neves Soares, diretora da Divisão Materno Infantil do Hospital Universitário da USP, pelo apoio e otimismo.

A Eliete Genovez Spir, chefe de seção da Unidade Neonatal do Hospital Universitário da USP, pelo incentivo e amizade durante os anos de convívio.

Às enfermeiras Akemi, Carla, Claudia, Lílían, Luciana, Sandra, Solange e Tatiane, pelo carinho e colaboração na escala de trabalho.

Às funcionárias da Unidade Neonatal e do Banco de Leite do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pela colaboração e carinho.

Às enfermeiras do alojamento conjunto, Ana Paula, Gilcéria, Ilva e Suzete, obrigada pela contribuição inestimável.

Às enfermeiras da Educação Continuada, pelo incentivo e apoio.

A Ivone Borelli pela disponibilidade e atenção na revisão ortográfica deste estudo.

A Nadir Aparecida Lopes, bibliotecária do Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da USP, pela disponibilidade na revisão das referências bibliográficas.

A Sergio dos Santos Abreu Filho e à Célia Maria Sampaio, pela colaboração na tradução do resumo inglês e espanhol.

A Jane Maria Ribeiro Prado, pela editoração final deste estudo.

Obrigada a todos que contribuíram para a realização deste estudo.

Silva RV. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

A manutenção da lactação e a amamentação para as mães de bebês prematuros, durante o período de internação de seus filhos, mostra-se como um processo, às vezes, difícil para essas mulheres. Diante dessa realidade e ciente de que a amamentação é um processo de construção biológica e sociocultural, este estudo qualitativo teve como objetivo geral, compreender a vivência da amamentação de mães de recém-nascidos prematuros, durante a internação de seus filhos. Os objetivos específicos foram descrever a *performance* de amamentação das mães de recém-nascidos prematuros, durante a internação de seus filhos e descrever as condições de suas mamas e lactação, por ocasião da alta dos filhos. Adotou-se o modelo Pesando Riscos e Benefícios, como referencial de análise e o método do Discurso do Sujeito Coletivo para organização dos dados. Participaram do estudo 11 mulheres, mães de bebês prematuros internados na Unidade Neonatal do HU-USP. Os dados foram coletados entre março e setembro de 2007, por meio de consulta ao prontuário do bebê, entrevista estruturada e semi-estruturada com a mãe, bem como a realização do exame físico das mamas dessas mulheres. Por ocasião da alta hospitalar do bebê, todas as mulheres do estudo amamentavam. No entanto, apenas duas crianças eram alimentadas exclusivamente ao peito. As demais recebiam complementação láctea após amamentação. A entrevista semi-estruturada possibilitou a elaboração de oito Discursos do Sujeito Coletivo listados em dois blocos com os seguintes temas: **Lactação e amamentação** e **Contexto hospitalar e doméstico**, que possibilitaram compreender que as mães deste estudo, a exemplo do modelo “Pesando Riscos e Benefícios”, vivenciam um processo de avaliação contínua das condições de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança que contribui para sua motivação para amamentar e direcionam suas ações no prosseguimento da amamentação. Demonstram ter alcançado em parte seu objetivo ao conseguirem amamentar o filho prematuro, embora na maioria das vezes a amamentação exclusiva ao peito à alta hospitalar do bebê não tenha sido constatada.

Palavras-chave: Lactação, Aleitamento materno, Prematuro, Cuidados de Enfermagem.

Silva RV. The living of preterm newborn's mother in the process of lactation and breastfeeding maintenance throughout their children's period of admission. [dissertation] São Paulo (SP): School of Nursing. University of São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The maintenance of lactation and breastfeeding for mothers of preterm infants, throughout the period of their child's admission is seen at times as a difficult process for these women. In face of this reality and knowing that breastfeeding is a biological and sociocultural process, this qualitative study aimed on the whole to understand the breastfeeding living experience of preterm newborn's mothers, throughout the admission of their children. Specific goals were to describe the breastfeeding performance of the preterm newborn's mother, throughout their children's admission and to describe lactation and their breasts' conditions, at their children's hospital discharge. It was adopted the model Weighing Risks and Benefits, as analysis referential and the method of Collective Subject for organizing data. Eleven women attended the study, in which they were mothers of preterm infants admitted at the Neonatal Unit of HU-USP. Data was collected between March and September 2007, through checking the infants' records, structured and semi-structured interviews with the mothers, as well as a physical examination of these women's breasts. By the infants' hospital discharge, all women of the study breastfed. However, only two children were exclusively breastfed. The other ones received milk supplementation after breastfeeding. The semi-structured interview made it possible the creation of eight Collective Subject Discourses, listed in two groups with the following themes: **Lactation and breastfeeding** and **Hospital and home contexts**, which made it possible to understand the mothers of this study, as the model "Weighing Risks and Benefits", they lived a process of ongoing evaluation of the child's health, growth and development conditions, which contributes to their motivation to breastfeeding and guides their actions in keeping breastfeeding. They showed to have reached in part her goal to be able to feed the preterm child, although most times exclusive breastfeeding at hospital discharge hasn't been established.

Key words: Breastfeeding, Lactation, Infant, Preterm, Nursing Care.

Silva RV. La vivencia de las madres de recién nacidos prematuros en el proceso de la manutención de lactación durante el periodo de internación de sus hijos. [disertación] São Paulo (SP): Escuela de Enfermería. Universidad de São Paulo, 2008.

RESUMÉN

La manutención de la lactación y la amamentación para las madres de bebitos prematuros, durante el periodo de internación de sus hijos, muchas veces se muestra como un proceso difícil para esas mujeres. Delante de esa realidad y ciente de que la amamentación es un proceso de construcción biológica y sociocultural, este estudio cualificativo ha tenido como objetivo general, comprender la vivencia de amamentación de madres de recién nacidos prematuros, durante la internación de sus hijos. Los objetivos específicos han sido: describir la performance devamamentación de estas madres así como describir las condiciones de sus mamas y lactación en el momento del alta de sus hijos. Se ha adotado el modelo: Pesando Riesgos y Beneficios, como referencial de análisis y el método de de discurso del sujeto colectivo para la organización de los datos. Han participado del estudio 11 mujeres, madres de bebés prematuros internados en la “unidad neonatal del HU-USP.” Los datos han sido colectados entre marzo y septiembre de 2007, por medio de consulta al prontuario del bebé , entrevista estructurada y semi estructurada con la madre, así como la realización de examen físico de las mamas de esas mujeres. En la ocasión del alta de bebe , todas las mujeres del estudio amamentaban . Pero solo dos niños eran alimentadas exclusivamente en el pecho, Los demás recibían complementación láctea después de la amamentación. La entrevista semi estructurada ha posibilitado la elaboración de ocho Discursos del sujeto colectivo, ordenados en dos bloques con los siguientes temas: Lactación y amamentación y Contexto de Hospital y Doméstico que han posibilitado comprender que las madres de este estudio: Pesando riesgos y beneficios, han vivenciado un proceso de avaliación continuada de las codiciones de salud, crecimiento y desarrollo del niño que ha contribuido para su motivación para amamentar y ha direccionado sus acciones en la continuación de la amamentación. Han alcanzado en parte su objetivo por haber amamentado su hijo prematuro, aunque en la maioria de las veces la amamentación exclusiva al pecho, en ocasión del alta del niño, no haya sido constatada.

Descriptores: Lactancia Materna, Lactancia, Prematuro, Cuidado de Enfermería.

SUMÁRIO

1	Introdução	1
1.1	Apresentação	2
1.2	Prematuridade e alimentação / amamentação	4
1.3	Programas de incentivo ao aleitamento: a problemática do prematuro	10
1.4	Situação de mães de prematuros e sua vivência em amamentar	15
2	Objetivos	21
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivos específicos	22
3	Desenho do Estudo	23
3.1	Tipo de estudo	24
3.2	Modelo Teórico: pesando riscos e benefícios	25
3.3	Local do estudo	27
3.4	Sujeitos do estudo	30
3.5	Procedimento e técnicas de coleta de dados	31
3.6	Organização e análise dos dados	38
4	Resultados e discussão	41
4.1	As mulheres e seus filhos, apresentação de algumas características biológicas e sociais e <i>performance</i> de lactação/amamentação	42
4.1.1	Informações sobre as mães: dados de caracterização e condições maternas para lactação/ amamentação	42
4.1.2	Informação sobre os bebês: caracterização e tipo de aleitamento	48
4.2	A vivência das mães de bebês prematuros na superação de dificuldades	50
4.3	Apresentação dos discursos do sujeito coletivo	52
4.3.1	DSC relacionados ao tema “Lactação e amamentação”	52
4.3.2	DSC relacionados ao tema “Contexto hospitalar e doméstico”	65
5	Considerações Finais	80
6	Referências	86
7	Anexos	95
	Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
	Anexo 2 - Formulário de Coleta de Dados	98
	Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	101

1 Introdução

1.1 Apresentação

Há cerca de vinte anos, trabalho na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), que é destinado ao ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade.

Atuo como enfermeira na área de neonatologia e presto assistência a recém-nascidos, entre eles aos bebês prematuros na Unidade Neonatal, acompanhando suas mães no processo de amamentação. Tive a oportunidade de acompanhar diversas mudanças na assistência prestada ao recém-nascido e sua família.

O desenvolvimento de recursos tecnológicos não só contribuiu para o profissional de saúde ampliar sua atuação, como aumentou as chances de sobrevivência dos neonatos prematuros. No entanto, mesmo com todo avanço tecnológico, como a disponibilidade de equipamentos de reanimação e monitoração, suportes vitais avançados, profissionais de saúde altamente qualificados, serviços auxiliares de apoio, dentre outros, as dificuldades em relação à alimentação, em especial, à amamentação de bebês prematuros ainda é motivo de preocupação à equipe de saúde que atua em unidades neonatais.

O HU-USP presta assistência multiprofissional de média complexidade, em diferentes especialidades, entre elas, a obstétrica e neonatal. É uma instituição que apóia e incentiva o aleitamento materno centrado na atenção à mulher e recém-nascido. Possui sistema de Alojamento Conjunto, conta com o serviço do Banco de Leite Humano que trabalha para a

efetividade do aleitamento nas áreas de Neonatologia e Pediatria e, também, é Hospital Amigo da Criança.

Segundo o censo divulgado pelo HU-USP, no período de setembro de 2005 a agosto de 2006, a média de partos atendidos na Instituição foi de 320 partos/mês e a média de prematuros nascidos entre 27 e 37 semanas de gestação foi de 6,6%*. Com certa frequência, observamos que na ocasião da alta hospitalar esses bebês estão sendo alimentados com fórmula láctea exclusiva ou aleitamento materno com complemento lácteo e, em alguns casos, com aleitamento materno exclusivo.

A convivência no ambiente hospitalar com essas crianças e suas mães possibilitou-me presenciar situações de estresse e ansiedade materna, geradas inicialmente em decorrência do nascimento do filho prematuro, somadas à preocupação dessas mães em ter de nutri-lo com seu próprio leite. Durante o período de internação dos recém-nascidos prematuros, com frequência, percebemos mães com dificuldades para manter a lactação durante o período em que seus filhos ainda se encontram impossibilitados de manter sucção e deglutição adequadas, para iniciar o aleitamento materno com segurança.

Freqüentemente em nosso trabalho, precisamos buscar mulheres doadoras de leite humano, priorizando o receptor mais vulnerável. Embora estimuladas pela equipe e pelas atividades de incentivo e apoio do Banco de Leite Humano do Hospital Universitário da USP, para manutenção da lactação

* Perfil do Recém-Nascido Atendido na Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Serviço de Estatísticas e Laudos do SAME - HU-USP {documento interno}.

e a amamentação, observamos que as mães de bebês prematuros têm maior dificuldade de instalar ou manter a amamentação.

Sabemos que a amamentação, além de ser um processo biológico, também é um processo socioculturalmente condicionado, com interferência de determinantes que resultam das condições de vida da mulher que amamenta (Almeida, Novak, 2004).

Portanto, emerge o questionamento sobre quais fatores que, além dos biológicos, poderiam compor as condições de lactação e amamentação de mães de prematuros que encontramos atualmente em nosso serviço. Consideramos que o conhecimento dos elementos que podem estar relacionados, de uma forma direta ou indireta, ao desempenho lactacional dessas mulheres, é primordial para subsidiar o profissional que presta assistência, intervir e melhor assistir a mãe do bebê prematuro durante esse processo.

1.2 Prematuridade e alimentação / amamentação

A prematuridade ocorre em média de 7% a 12% dos partos em quase todo o mundo, é um dos principais problemas de saúde perinatal. Não observamos influência diretamente proporcional na incidência da prematuridade relacionada com o nível socioeconômico de cada país. Nos locais mais desenvolvidos, houve melhora em identificar mulheres de risco para partos pré-termos; no entanto, a incidência praticamente permanece inalterada nos últimos 30 anos (Norwitz, Robinson, 2001).

Um dos problemas referentes à infância que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostra em seu relatório é o Baixo Peso ao Nascer, ou seja, peso inferior a 2.500 gramas, que afetou 10% das crianças do Brasil nascidas entre 1998 e 2003. “A principal causa do Baixo Peso ao Nascer no Brasil e em todo o mundo é a prematuridade” (Cunha, 2005).

Do ponto de vista de classificação, o nascimento prematuro ocorre quando a idade gestacional é inferior a 37 semanas, o nascimento a termo é de 37 a 42 semanas de gestação e o pós-termo, após 42 semanas de gestação (March of Dimes Foundation, 2006).

O recém-nascido pré-termo é classificado em três grupos, de acordo com a idade gestacional ao nascimento. A prematuridade limítrofe corresponde ao nascimento entre 35 a 36 semanas de gestação, essas crianças pesam entre 2.200 e 2.800 gramas. Aqueles considerados como Prematuridade Moderada são os prematuros nascidos com idade gestacional de 31 a 34 semanas, geralmente, esses bebês pesam mais de 2.000 gramas. Quando a idade gestacional ao nascimento é inferior a 30 semanas, denomina-se como recém-nascido de Prematuridade Extrema, esses prematuros costumam pesar menos que 1.500 gramas (Leone, Ramos, Vaz, 2002).

Os progressos científicos e tecnológicos reduziram significativamente a mortalidade de recém-nascidos prematuros de baixo peso. Recém-nascidos com idade gestacional e peso de nascimento cada vez menor, passaram a ser salvos. Atualmente nos países desenvolvidos, a taxa de sobrevivência de prematuros é de 85% quando o peso de nascimento é de 750 gramas a 1.000 gramas; 93% para os de 1.001 gramas a 1.250 gramas e 96% nos de 1.251 a

1.500 gramas (Ramsey, Goldenberg, 2002). A morbidade e a mortalidade neonatal são maiores entre os recém-nascidos prematuros.

As causas maternas e fetais mais comuns, que podem implicar o nascimento de um recém-nascido prematuro, ocorrem em várias situações: idade extrema e estado nutricional deficiente da mãe, pré-natal deficiente, doenças crônicas, anomalias uterinas, exposição a teratogênicos, trauma pré-parto, hipertensão gravídica e infecções ocorridas no decorrer da gravidez, ainda, placenta prévia, ruptura prematura de membranas, gestação de gemelar, entre outras intercorrências (Kenner, 2001).

A incidência da prematuridade é variável, conforme as condições socioeconômicas e a morbidade é elevada em função da imaturidade anatômica e fisiológica dos recém-nascidos prematuros. As principais patologias que afetam o recém-nascido prematuro são: as hemorragias intracranianas, sobretudo a intra-ventricular, decorrentes da anóxia, da fragilidade capilar aumentada; a insuficiência respiratória, em especial, a síndrome do desconforto respiratório idiopática; as infecções congênitas ou adquiridas.

Nem todos os prematuros apresentarão problemas no crescimento ou seqüelas intelectuais, ou motoras, pois, tais acometimentos atingem mais os prematuros extremos. Nesse caso, há 50% de chances de sobrevida e desses, 80% terão desenvolvimento normal, 10% poderão apresentar seqüelas leves e os outros 10%, problemas graves. A média de mortalidade de prematuros nas instituições brasileiras varia de 15% a 20%. Nos melhores hospitais universitários americanos, a incidência é de 5% e nos hospitais privados de 8% (Sociedade Mineira de Pediatria, 2006).

No Brasil, cerca de 6% a 7% do total de nascidos vivos são prematuros, segundo dados do governo federal relativos ao período de 2000 a 2004 (Lamy, 2006). Isto coloca o índice de recém-nascidos prematuros encontrados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, citado anteriormente, dentro de um padrão nacional.

No que se refere à alimentação do recém-nascido prematuro (RNPT), algumas peculiaridades gastrintestinais e metabólicas devem ser levadas em consideração ao se programar sua alimentação, como: sua deficiente capacidade de sucção e deglutição, a facilidade de regurgitação decorrente da incompetência do esfíncter esofágico inferior, a limitada capacidade gástrica, a influência do decúbito no esvaziamento gástrico e o tempo de trânsito intestinal que se torna maior em recém-nascidos prematuros (Ramos, 1994).

As vantagens do aleitamento materno para prematuros foram mostradas em uma revisão bibliográfica atualizada, em que são destacadas as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano, sua função na maturação gastrintestinal e formação do vínculo mãe-filho, menor incidência de infecção, melhora do desempenho neurocomportamental, melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor e diminuição na incidência de re-hospitalização (Nascimento, Issler, 2004).

Os prematuros possuem características metabólicas específicas próprias, a perda de água por uma pele frágil aumenta a necessidade de oferta hídrica. O início da dieta precoce e em grande volume pode acarretar danos, como a enterocolite necrozante. A realização da nutrição trófica é bastante utilizada, na qual a administração de pequenas quantidades de leite materno

ou humano estimulam as funções intestinais de absorção e peristaltismo, diminuindo os riscos. A gavagem é o método mais usado de alimentar um prematuro até que o mesmo esteja preparado para coordenar a sucção e deglutição (Tavares, 2004).

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos na área neonatal, a alimentação de recém-nascidos prematuros ainda é motivo de preocupação com a saúde dessas crianças. Alimentá-las com o leite de sua própria mãe durante o período de internação, muitas vezes, não é possível em razão das dificuldades dessas mulheres na manutenção da lactação, observadas na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Poucos trabalhos na literatura demonstram as dificuldades maternas para aleitar um prematuro, geralmente, visam a ressaltar aspectos nutritivos e as vantagens do leite materno para esse bebê e analisam a prevalência e duração do aleitamento.

Pesquisas mostram uma melhora no prognóstico do desenvolvimento neurológico de bebês prematuros amamentados ao serem comparados com os que receberam fórmula láctea. Recém-nascidos de baixo peso, sem outras patologias sintomáticas que receberam leite materno, permaneceram menos tempo internados e com menor perda de peso comparados com os que receberam fórmula láctea. Há diminuição do risco de doenças agudas e crônicas e aumento da sobrevida de recém-nascidos com muito baixo peso, quando em aleitamento materno (Mancini, Meléndez, 2004).

Nesse sentido, torna-se necessário que os recém-nascidos prematuros e/ou doentes recebam tratamentos especiais e também atenção

para incentivo e apoio ao aleitamento materno, para que possam ter melhor qualidade de assistência e de vida.

Consideramos que a alimentação ideal para o recém-nascido pré-termo (RNPT) é o leite de sua própria mãe, pois, nas primeiras quatro semanas, após o parto, este leite contém maior concentração de oxigênio, proteínas com função imunológica, ácidos graxos de cadeia média, lipídios totais, vitaminas A, D, e E, cálcio, sódio e energia mais do que o leite da mãe do recém-nascido a termo. A mãe de bebê prematuro produz o leite com maior composição de proteínas e gorduras, e menor de açúcar do que o leite maduro, de quatro a seis semanas. O leite materno torna-se ainda mais importante para bebês prematuros e pequenos para a idade gestacional, pela sua composição própria para cada idade do lactente, sendo importante analisar as características bioquímicas adequadas do leite para cada período de vida do bebê (Lopes, Silva, Quintal, 2002).

Em relação ao leite humano, ainda estão sendo descobertas novas substâncias para torná-lo mais completo para o ser que se desenvolve, constatando-se um grande número de componentes, com funções ainda desconhecidas. Não existe, ainda, uma fórmula ideal de leite para o bebê prematuro, que seja equivalente ao leite humano. A alimentação do RNPT com o leite humano, nas primeiras quatro semanas de vida, favorece um crescimento e desenvolvimento cerebral adequados e, também, mineralização óssea melhor na idade escolar, quando comparado com crianças que receberam leite de fórmulas (Vinagre, Diniz, 2001).

Geralmente, os indicadores tradicionais para iniciar a amamentação do prematuro são a estabilidade fisiológica, o peso maior ou igual a 1.500

gramas, a idade gestacional maior ou igual a 34 semanas e a capacidade de ingerir todo o volume de leite prescrito via oral. O ideal seria também considerar os critérios comportamentais, como o de sugar a sonda gástrica, ter reflexo de busca durante o contato pele a pele e permanecer em estado de alerta, levando em consideração as observações feitas pelas mães e profissionais de saúde que prestam assistência ao bebê prematuro (Nascimento, Issler, 2004).

Vários fatores devem ser levados em consideração pela equipe de assistência neonatal a prematuros ao iniciar a amamentação. A avaliação criteriosa de suas condições clínicas e comportamentais favorecerá o início do aleitamento com mais segurança e, em muitos casos, precocemente, favorecendo o aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar.

1.3 Programas de incentivo ao aleitamento: a problemática do prematuro

Várias ações vêm sendo desenvolvidas em prol do aleitamento materno com a elaboração de políticas governamentais desde a década de 1970. No entanto, essas ações não atendem às necessidades das mulheres que amamentam, visando só a questão biológica do processo (Godoy, Bouttelet, 2004).

Meyer e Oliveira (2003) citam que as políticas de aleitamento materno que foram realizadas nos últimos anos, promovendo e encorajando a amamentação, enfatizam sempre a importância do aleitamento primeiro para a

saúde do bebê, depois da mãe e a população, em geral, sendo a mãe muitas vezes responsabilizada pela saúde de seu filho.

Em 1981, foi oficialmente lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), gerenciado pelo Ministério da Saúde com apoio de órgãos governamentais e também não-governamentais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O objetivo do programa PNIAM era intervir nas causas identificadas como obstáculos à amamentação, intensificando por meio da mídia a importância do aleitamento materno à saúde das crianças, com intuito de reduzir os índices do desmame precoce e, portanto, da mortalidade infantil (Gota de Leite, 2005).

Para Almeida e Novak (2004), o programa não contemplava a mulher, mãe e nutriz que, durante o processo de aleitamento, não pode ser simplesmente reduzido a questões biológicas, já que essa mulher está inserida em um contexto sociocultural que pode influenciar no aleitamento. Desse modo, as condições de vida de cada mulher e os aspectos socioculturais oriundos do ambiente em que está inserida, podem estabelecer positiva ou negativamente sua vivência no processo de aleitar ou amamentar.

A ênfase dada à amamentação, destacando seus benefícios, primeiro à saúde do recém-nascido, valorizando a importância do leite materno à criança, geralmente, é uma conduta imposta pelas políticas de saúde em que a mulher é praticamente responsável pelo sucesso ou fracasso em alimentar o filho com seu próprio leite (Meyer, Oliveira, 2003).

Diante disso, a mãe de um bebê prematuro pode sentir-se ainda mais frustrada, pois o impedimento de amamentar o filho, logo após o nascimento e as dificuldades vivenciadas, provavelmente aumentarão as chances de insucesso no aleitar ou amamentar.

Embora não haja menção explícita de estratégias de incentivo ao aleitamento materno de prematuros, nas propostas do PNIAM, é possível considerar que, dentre as importantes condutas de políticas de incentivo à amamentação para prematuros, está a preocupação gradativa com a consolidação dos Bancos de Leite Humano (BLH) que, em 1984, começaram a ser vistos pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, como importantes aliados nas questões do aleitamento (Gota de Leite, 2005).

Em 1987, o Grupo Técnico do Banco de Leite Humano foi transformado em Comitê Nacional de BLH, órgão integrante do PNIAM, com a atribuição de aperfeiçoar as condições operacionais dos BLHs no Brasil, atuando como promotores da amamentação natural, sobretudo nas situações especiais, como o aleitamento do pré-termo, a relactação e a lactação adotiva. A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano foi criada em 1998, por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente, a rede possui 187 unidades operantes e cinco em estágio de implantação com recursos do Ministério da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2008).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde considerou o trabalho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, como a que mais contribuiu para a redução da mortalidade infantil e promoção do aleitamento materno, dentre todos os que foram desenvolvidos na década de 1990 (Fundação Oswaldo Cruz, 2008).

Os objetivos do Banco de Leite Humano são: promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada; contribuir para a redução da mortalidade infantil e somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Seus objetivos têm sido atingidos e beneficiado, em especial, os recém-nascidos prematuros (Fundação Oswaldo Cruz, 2008).

Em consonância com as ações mundiais pró-aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada pela Organização Mundial de Saúde e UNICEF, em 1990, como mais uma estratégia para promover, proteger e apoiar a amamentação. A IHAC alia-se aos esforços do PNIAM, sob a coordenação do Ministério da Saúde para atuar com os profissionais de saúde e a população, apoiando leis que protejam a mulher que amamenta e serviços que promovam o aleitamento e, também, combatendo a livre propaganda de leites artificiais, bicos e chupetas para bebês (UNICEF Brasil, 2006).

Embora essa iniciativa vise ao sucesso para o aleitamento materno com a implantação dos dez passos recomendados pelo próprio programa, a mãe de um bebê prematuro pode ser desfavorecida em relação às mães de bebês de termo, pois a situação é diferenciada e requer cuidados e atenção individualizados, considerando as características do prematuro e sua condição de ser amamentado.

Com o intuito de prestar uma assistência mais humanizada e de qualidade ao recém-nascido de baixo peso e sua família, o Ministério da Saúde, por intermédio da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido

de Baixo Peso, recomenda a adoção do Método Canguru, oficializada pela Portaria 693, de 5 de julho de 2000 (Brasil, 2002).

O Método Canguru iniciou-se em Bogotá, na Colômbia, em 1979. Surgiu em decorrência de buscar solucionar o problema da superlotação das unidades neonatais, sendo adotado após se estabilizarem as condições clínicas do bebê e se a família assim desejar. A realização do Método Canguru deve ser uma estratégia proposta e nunca imposta pelo profissional ou pela instituição, pois o envolvimento psicológico dos pais é fundamental para o êxito (Charpak, Calume, Hamel, 1999).

A realização do Método Canguru tem sido muito utilizada em neonatologia para assistir recém-nascidos de baixo peso. É recomendado pela UNICEF, sobretudo nos países em desenvolvimento e de terceiro mundo. O contato íntimo do bebê com o corpo de sua mãe auxilia em sua regulação térmica, promove o aleitamento materno, diminui o índice de infecção e favorece o apego entre mãe e filho. O Método tem sido mostrado, como facilitador do aleitamento materno por propiciar o contato e permanência da mãe com o filho prematuro (Brasil, 2002).

Estudos mostraram que mães participantes do Método Canguru amamentavam por mais tempo após a alta hospitalar de seus filhos, com maior duração na continuidade do aleitamento materno e maior autoconfiança para cuidar de seus bebês prematuros, sendo verificado por meio de seguimento ambulatorial (Brasil, 2002).

Javorski et al. (2004), em estudo realizado sobre as representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru, colocam que, apesar do Método Canguru ser uma estratégia

positiva no sucesso para a amamentação do recém-nascido prematuro, ainda não estão claros os reais motivos para o desmame nem como as mães desses bebês vivenciam o aleitamento de seus filhos. Isso demonstra que ainda nos falta um olhar mais amplo no processo que envolve a mulher, mãe e nutriz no contexto do aleitar ou amamentar um prematuro.

Embora estudos venham demonstrando que a realização do Método Canguru seja um facilitador para o sucesso do aleitamento materno com bebês de baixo peso, ainda é preciso que maior assistência seja oferecida às suas mães, pois o emprego desse Método pode não atender às necessidades físicas, emocionais ou sociais dessas mulheres.

A assistência às mães de bebês prematuros não está explícita nas diretrizes dos programas governamentais. Muitas dessas mulheres não são contempladas com os programas de incentivo ao aleitamento materno, pois questões socioeconômicas e culturais ainda são fatores que podem interferir no processo e, portanto, precisam ser vistas com mais atenção por aqueles que atuam de uma forma direta ou indireta com as nutrizes.

1.4 Situação de mães de prematuros e sua vivência em amamentar

Segundo Silva (2008), as manifestações do comportamento do recém-nascido podem influenciar no significado da experiência em amamentar e como a mãe se vê amamentando. É por meio de interpretações sobre estas manifestações que a mãe busca elementos que a fazem sentir-se segura ou insegura, quanto à sua capacidade de alimentar seu filho.

Nesse sentido, as mulheres que convivem com o nascimento de um filho prematuro, podem ser mais susceptíveis, pois a instabilidade das condições clínicas da criança e o longo período de espera para que seu bebê inicie sucção ao peito, podem influenciar sua segurança em amamentar.

Para Javorski (1997), a mãe do prematuro é uma mulher que vivencia situações diferentes daquelas que tiveram seus bebês nascidos a termo. Podem se defrontar com uma fase de estresse por ter tido um bebê prematuro. A separação dessas mães com seus filhos, por período indeterminado, é freqüente, pois essas crianças precisam de cuidados especiais. Tudo isso pode resultar em alterações no seu cotidiano, interferindo na vivência e dinâmica familiar.

Segundo preceitos da fisiologia da lactação, a produção de leite está relacionada com a freqüência de sua retirada. Assim, as mães de neonatos pré-termos, que não amamentam ao peito, e que ordenham quatro ou mais vezes ao dia, terão um volume maior de leite do que aquelas que fazem a retirada de leite três vezes ou menos (Carvalho, Anderson, 1985).

A ordenha mamária realizada, pelo menos, seis vezes ao dia, está significativamente correlacionada com maior produção de leite na segunda semana do pós-parto prematuro. O atraso para iniciar a expressão mamária e a inibição da ejeção do leite em razão da ansiedade e preocupação com o filho, pode causar insuficiência láctea. A estimulação precoce das mamas, especialmente, antes das 48 horas após o parto, pode ser decisiva para a manutenção de produção láctea ideal nas semanas subseqüentes (Nascimento, Isller, 2004).

Torna-se importante orientar a mãe do recém-nascido prematuro a realizar a expressão mamária nas próximas horas após o parto, mesmo que ele permaneça em jejum por tempo indeterminado, favorecendo, portanto, o início da lactação e o envolvimento dessa mãe no processo de aleitar. O incentivo para a realização da ordenha mamária com frequência é essencial para estimular a manutenção da lactação, propiciando o aleitamento assim que possível.

Nos primeiros dias após o parto, o reflexo da ejeção do leite responde a estímulos tácteis, olfatórios, visuais ou auditivos. Pode responder ainda à aproximação física da mãe com o bebê ou ao pensamento nele (Brasil, 2001).

Assim, a presença materna no local onde o bebê está internado, criando condições para essa mulher acompanhar a evolução do estado de seu filho e participar nos cuidados prestados, provavelmente propiciará maior confiança nessa mulher, podendo resultar em melhores condições de lactação e amamentação.

Giugliani e Lamounier (2004) observam que não é suficiente apenas a mulher ser informada a respeito das vantagens do aleitamento materno e escolher tal opção, necessita também, estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e ter o apoio de profissionais habilitados para ajudá-la. Na situação de prematuridade, a mãe pode enfrentar obstáculos para o processo de aleitar ou amamentar, no qual o profissional qualificado poderá atuar positivamente na assistência prestada à mulher e seu bebê.

Belli (1999) verificou no estudo das representações sociais de mães com filhos internados em unidade de terapia intensiva neonatal, que as

mulheres que têm seus bebês internados, buscam apoio em outras mães que passam pela mesma situação e não nos profissionais que as assistem. Concluiu, portanto, que esses profissionais parecem não compartilhar com elas essa experiência. Belli denominou esta situação como “vivência da solidão”.

Acreditamos que poucas mães conseguirão iniciar e manter produção adequada de leite sem receber ajuda de profissionais qualificados e apoio da família. O apoio e o incentivo para que acompanhem e participem da evolução de seus filhos, torna-se importante para que a mãe sinta segurança em si mesma e na equipe de saúde que a assiste.

O aleitamento materno pode ser difícil para o prematuro, pois, suas mães muitas vezes, convivem com a insegurança, ansiedade e dúvidas em relação às condições de saúde do filho e podem, inicialmente, desejar aleitar seus bebês, no entanto, estão expostas a fatores que diminuem a produção e ejeção do leite.

Para Javorski (1997), muitas mães de bebês prematuros passam por fases que interferem em maior ou menor grau no processo da lactação, na estrutura emocional e familiar. Amamentar um filho prematuro pode ser difícil, desgastante e gerar ansiedade, culpa e medo.

Os achados de um estudo a respeito dos sintomas de ansiedade e depressão dessas mães falam da importância de avaliar e dar suporte aos sentimentos maternos, desde o nascimento de seu filho prematuro até a alta hospitalar, propiciando intervenção psicológica preventiva quando necessário (Padovani et al., 2004).

Assim, apreendemos que a assistência oferecida à mulher, nesse momento de sua vida, seja individualizada, que o ambiente no qual está

inserida, propicie condições para a identificação de suas necessidades ou dificuldades no processo de aleitar e amamentar seu filho prematuro.

Geralmente, os aspectos biológicos do ato de amamentar são enfatizados pelo profissional de saúde. Muitas vezes, a mulher pode ser vista nesse momento de sua vida apenas sendo uma “fonte” necessária a suprir as necessidades alimentares do filho prematuro, visto que a preocupação com a alimentação desse bebê pode ser prioridade da equipe de saúde.

Com base no que foi exposto, por ser a amamentação um complexo biológico e social, é possível compreender que existam vários elementos que interferem na lactação e amamentação. Estes elementos podem facilitar ou dificultar o processo de aleitar das mães de bebês prematuros e, também, estar associados às condições, tanto físicas como subjetivas maternas ou biológicas da criança.

Assim, partimos de nossas observações na prática, que mães de bebês prematuros, muitas vezes, têm dificuldade em manter a lactação durante o período de internação de seus filhos, e, com frequência, estes não estão sendo alimentados exclusivamente ao seio materno, por ocasião da alta hospitalar, embora as mães sejam orientadas a estimularem a lactação e, posteriormente, amamentar. A reflexão motivou este estudo por considerarmos que o conhecimento sobre os elementos que possam interferir na lactação e processo de amamentação das mães de bebês prematuros, dar -nos -á melhores condições para o planejamento de uma assistência mais aproximada das necessidades dessas nutrizas.

Assim, por meio das falas dessas mulheres, buscaremos o que pode estar interferindo no sucesso ou insucesso da lactação e amamentação, visto

que a assistência prestada pelos profissionais que atuam na Unidade Neonatal visa à manutenção da lactação e sucesso no aleitamento.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Compreender a vivência de amamentação de mães de recém-nascidos prematuros, durante a internação de seus filhos.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a *performance* de amamentação das mães de recém-nascidos prematuros, durante a internação de seus filhos;
- Descrever as condições das mamas e lactação de mães de recém-nascidos prematuros, por ocasião da alta de seus filhos.

3 Desenho do Estudo

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa qualitativa:

“se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de suas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1994).

A abordagem qualitativa proporciona ao pesquisador a possibilidade de tentar compreender a maneira como as pessoas pensam e reagem diante das questões focalizadas; auxilia o investigador a conhecer a dinâmica e a estrutura da situação estudada do ponto de vista de quem a vivencia; ajuda a compreender melhor a distância entre o conhecimento e a prática, colabora na compreensão dos sentimentos, valores, atitudes e temores das pessoas, explicando suas ações diante de um problema ou situação (Merighi, Praça, 2003).

Dessa forma, considerando que este estudo visa a compreensão da vivência de amamentação de mães de recém-nascidos prematuros, com a busca dos elementos do contexto da experiência dessas mulheres, envolvidos no processo de lactar e amamentar, a abordagem qualitativa pareceu-nos mais conveniente.

3.2 Modelo Teórico: pesando riscos e benefícios

Para melhor compreendermos os elementos que estão envolvidos no processo de amamentar de mães de bebês prematuros, que respondam a nossos questionamentos, foi utilizado o modelo teórico “Pesando Riscos e Benefícios”, elaborado por Silva (1997), cujo estudo respaldou-se nos pressupostos do Interacionismo Simbólico, fazendo uso da Teoria Fundamentada nos Dados, realizado com base na experiência da mulher em amamentar, sob a ótica feminina.

Segundo o modelo, a experiência da amamentação é vivenciada pela mulher, como sendo um processo avaliativo e valorativo, denominado “Pesando Riscos e Benefícios”, no qual a mãe avalia sua capacidade de amamentar, seus sentimentos e apoiada neles e em outros elementos decide sobre o seguimento da amamentação. Esta decisão segue uma forma de perceber, interpretar e atribuir significados à vivência atual de amamentar que é própria de cada mulher e de seu entorno.

Ela mesma avalia sua capacidade de amamentar com base nas manifestações do recém-nascido, na qualidade e quantidade do leite produzido e no que percebe de suas condições físicas para estar amamentando. No entanto, o ato de amamentar produz situações e sentimentos com os quais a mulher interage internamente que resultam na avaliação que ela faz da amamentação, como sendo prazerosa ou não, ou ainda, e melhor, ela define esta experiência em termos de riscos ou de benefícios para ela ou à criança. O risco é toda a interpretação feita pela mulher de algum dano que possa advir da

situação de amamentar para si, como empecilho para suas atividades, entre outros. Do mesmo jeito que ela pode interpretar que a criança esteja sendo exposta a risco pela manutenção da amamentação, quando ela, por exemplo, interpreta seu leite como fraco, pouco ou outros aspectos que poderiam estar prejudicando o bem-estar da criança.

Por outro lado, o significado de benefício segue a mesma lógica, podendo a amamentação ser interpretada como ganho, tanto para ela ou à criança. Em ambos, os significados não têm um valor absoluto em si, mas são colocados em uma escala de valoração, segundo prioridades definidas pela mulher, em que entram interesses dela e da criança.

As prioridades definem um processo de valoração dos significados de risco ou de benefício, e um determinado elemento pode ter um significado de benefício, mas que diante de um outro elemento interpretado como risco pode ser considerado menos valorizado e essa comparação entre significados define a rota da amamentação.

A mulher que vivencia o processo de amamentação vive no cotidiano “Pesando Riscos e Benefícios”, pois isso a norteia na decisão quanto ao rumo da amamentação. Esse modelo mostra como a individualidade e o projeto de vida de cada mulher é importante e reconhece, também, que pode haver elementos no meio em que a nutriz vive que interfiram em sua tomada de decisão quanto ao curso da amamentação.

Sabendo que a mulher desempenha vários papéis simultaneamente em sua vida e dependendo de como consegue lidar com essas funções, ela terá uma percepção e um significado da experiência de amamentar. Assim sendo, tomará a decisão, julgando os riscos e benefícios para ela e seu bebê.

Assim, por meio do modelo “Pesando Riscos e Benefícios”, entendemos que será possível compreender a vivência das mães de bebês prematuros e as decisões que elas tomam em relação à amamentação, durante a internação de seus filhos. Amamentar um bebê prematuro pode ser uma tarefa dificultada pelas características físicas da criança, e fatores além daqueles determinados pela fisiologia ou anatomia da nutriz emergidos do contexto de vida da mulher, que podem traçar suas atitudes e desempenho no amamentar.

Assim, consideramos que a mãe do bebê prematuro passa por uma fase especial da vida, em que vivencia a maternidade concomitantemente com o nascimento do filho prematuro, bebês que requerem cuidados específicos. Essas mulheres estão inseridas em um contexto próprio, constroem significados, dando-lhes valores e decidem quanto ao trajeto da amamentação dos filhos.

Embora o modelo “Pesando Riscos e Benefícios” tenha trabalhado com mães de bebês nascidos a termo, ponderamos que o mesmo modelo poderá também contemplar mães de bebês prematuros.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), localizado na cidade de São Paulo. Trata-se de um hospital de ensino e pesquisa, que presta serviços à comunidade. É campo de ensino para alunos de graduação e pós-graduação

de diversas áreas da saúde. Oferece assistência multiprofissional, de média complexidade, com base no perfil epidemiológico da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã.

A Unidade Neonatal possui 24 leitos destinados à internação de recém-nascidos patológicos provenientes do Centro Obstétrico, da Unidade Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HU-USP e instituições hospitalares públicas ou privadas da região ou domicílio, que estejam no período neonatal (de 0 a 28 dias de vida). Localizada no 4º andar, Bloco A, é constituída por nove salas, subdivididas em cuidados intermediários e semi-intensivos.

A assistência de enfermagem na Unidade Neonatal é operacionalizada pelo Sistema de Assistência de Enfermagem e norteadas pelos modelos teóricos de Horta -Teoria das necessidades humanas básicas e de OREM - Teoria do auto cuidado (Horta, 1979; Orem, 2001).

Os recém-nascidos internados na Unidade Neonatal recebem assistência individualizada e seus pais são orientados a participar na prestação dos cuidados. Na primeira visita das mães à Unidade Neonatal, recebem orientações da equipe de enfermagem que as incentiva a estabelecerem contato com seus bebês, favorecendo o vínculo afetivo e promovendo o aleitamento materno.

Visando a intensificar as ações em favor do aleitamento do recém-nascido prematuro, o serviço de Banco de Leite do HU-USP iniciou suas atividades em agosto de 1999, sendo implantado com a finalidade de promover e apoiar o aleitamento materno e suprir as necessidades nutricionais de crianças impossibilitadas de sugar diretamente ao peito. O bebê prematuro é o

receptor mais freqüente de leite humano coletado do Banco de Leite da Instituição. É um serviço que promove, apóia e incentiva o aleitamento materno assistindo, sobretudo, às mães e seus bebês prematuros e também as mulheres com dificuldades no manejo da amamentação.

Uma equipe de profissionais atua nas atividades do Banco de Leite do HU-USP, uma médica neonatologista é a coordenadora responsável, técnicas de enfermagem qualificadas realizam visitas domiciliárias a doadoras de leite humano e coletam o leite e, também, são responsáveis pelo processamento e controle de qualidade do produto. As técnicas de enfermagem que atuam nas atividades do Banco de Leite do HU-USP são subordinadas à chefia de enfermagem da Unidade Neonatal da instituição.

A realização da retirada manual ou mecânica de leite das mulheres internadas, assim como daquelas que tiveram alta hospitalar, ocorre em sala destinada para esse fim, dentro da Unidade Neonatal. As mulheres que têm seus filhos internados e impossibilitados de serem amamentados ao peito, são incentivadas a realizarem ordenha manual ou com auxílio de bomba elétrica, na sala de coleta de leite na Unidade Neonatal e, também, no domicílio. São orientadas quanto à técnica de coleta e armazenamento do leite no domicílio e transporte adequado do mesmo.

As mulheres que amamentam, mas, que não permanecem o tempo integral com seu bebê e desejam alimentá-los com seu próprio leite no período de ausência, realizam a retirada de leite na Unidade Neonatal e /ou no domicílio, levando ao HU em frascos apropriados para acondicionamento do leite materno, que serão oferecidos ao filho, após o processo de pasteurização do leite.

Com o objetivo de promover o vínculo afetivo e favorecer o início precoce da mamada ao seio materno, o contato pele a pele do bebê prematuro com sua mãe ou pai, na Unidade Neonatal (Posição Canguru), é incentivado assim que as condições clínicas do recém-nascido prematuro estejam estáveis. Desse modo, as mães são estimuladas a acompanharem seus filhos na Unidade Neonatal o maior tempo possível.

As mulheres que já receberam alta hospitalar, porém seus bebês necessitam permanecer internados na Unidade Neonatal do HU, podem acompanhar os filhos durante o período que desejarem. A instituição oferece quatro refeições diárias aos acompanhantes das crianças internadas. Na Unidade Neonatal, as mães são incentivadas a permanecerem com seus filhos, acompanhando-os em sua evolução clínica e participando dos cuidados referentes à higiene e alimentação do bebê.

Em 2000, nesta Instituição, iniciou-se o trabalho de orientação e treinamento dos profissionais de todas as áreas e alunos de graduação e pós-graduação, para implantação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Em 2006, o Hospital Universitário da USP recebeu o título de Hospital Amigo da Criança.

3.4 Sujeitos do estudo

A população do estudo foi composta por onze mulheres que deram à luz no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Mães com filhos nascidos prematuros, com idade gestacional entre 29 e 4/7 semanas a 33 e 6/7

semanas, sem anomalias e patologias que poderiam impedir ou dificultar a amamentação, internados no setor de cuidados intermediários ou semi-intensivo da Unidade Neonatal, que permaneceram no hospital por um período mínimo de 15 dias.

Fizeram parte do estudo, mães saudáveis do ponto de vista clínico, que aceitaram participar da pesquisa e que tinham aparentemente mamas consideradas aptas para a lactação, mamilos do tipo protruso ou semiprotruso, e sem impedimentos para amamentar.

Como adotamos o método qualitativo de pesquisa, não houve uma delimitação prévia de número de sujeitos para compor a amostra, uma vez que o método utilizado permitiu obter essa definição por meio de saturação dos resultados obtidos. A saturação diz respeito ao fenômeno de repetição dos elementos que se quer analisar, relativos ao objeto de estudo, que se tornam presentes e que se repetem na medida que novos sujeitos são incluídos no estudo, mas, que não adicionam dados novos.

3.5 Procedimento e técnicas de coleta de dados

3.5.1 Identificação dos sujeitos

Realizei a identificação dos sujeitos da pesquisa, durante o cotidiano da assistência desenvolvida na Unidade Neonatal. A alta do bebê prematuro, geralmente é programada antecipadamente pela equipe médica, com base na evolução das condições físicas da criança. Dessa forma, foi possível identificar quais mulheres e seus filhos poderiam ser incluídos no estudo, observando no

prontuário do bebê os dados que me possibilitariam verificar o atendimento dos critérios estabelecidos para participação ou não no estudo.

A consulta aos prontuários dos bebês disponíveis na Unidade Neonatal, durante o período de internação da criança, além de verificar os critérios de elegibilidade do estudo, também, permitiu coletar dados sobre a criança (idade gestacional e peso ao nascimento, patologias e diagnóstico da internação), bem como dados da mãe, tais como: nome, idade e número de filhos vivos, inclusive, as condições das mamas, mamilos e lactação/amamentação.

Quando as mães dos bebês prematuros já haviam sido informadas pela equipe médica, sobre a provável data da alta hospitalar da criança, eu as abordava na Unidade Neonatal e convidava para que participassem do estudo.

Eu as informava sobre os objetivos e finalidade da pesquisa, tipos de informações que seriam solicitadas, procedimentos a serem realizados e sobre a garantia de sigilo e anonimato.

Vale ressaltar que consegui abordar todas as mães que atendiam aos critérios de elegibilidade para o estudo, durante o período da pesquisa, enquanto ocorria a coleta de dados.

3.5.2 Coleta de dados

O período de coleta de dados foi de março a setembro de 2007. Optei realizar o último convite à mãe antes do dia estabelecido para a alta, visto que, neste dia, a mulher poderia estar envolvida nos arranjos para levar o bebê para casa, além das orientações finais fornecidas pela equipe de saúde.

Havendo anuência da mulher em participar do estudo, eu agendava com a mesma o melhor horário para iniciar a coleta de dados, segundo sua disponibilidade.

Durante o período de coleta dos dados, consegui abordar todas as mulheres identificadas a participarem do estudo, pois, mesmo quando ausente da Unidade Neonatal, realizava contato telefônico com as colegas de trabalho para verificar a possibilidade de alta hospitalar dos bebês, cujas mães poderiam participar do estudo.

No dia da entrevista realizada com a mãe, uma vez tendo esta aceito sua inclusão na pesquisa, apresentava-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) para leitura e consentimento e iniciava a coleta de dados, com o preenchimento de formulário de coleta de dados (Anexo 2), realizada em quatro etapas.

A primeira, compreendeu a coleta dos dados referentes à identificação e caracterização materna e do neonato, que foram registrados na parte I do formulário de coleta de dados (Anexo 2), dados estes obtidos do prontuário do bebê.

A segunda etapa foi a realização de entrevista estruturada, feita dentro da Unidade Neonatal, em sala privativa, relativa ao processo de lactação e amamentação (frequência e local da realização de ordenhas, amamentação anterior, frequência de visitas ao bebê, tempo de permanência com seu bebê na unidade neonatal e perguntas abertas referentes à lactação e amamentação), que foram registrados na parte II do formulário de coleta de dados (Anexo 2). Quando necessário eram realizadas perguntas referentes aos

dados de caracterização materna não registrados no prontuário do bebê, tais como: profissão, escolaridade e estado civil.

A seguir, era realizada a terceira etapa da coleta, constando de entrevista semi-estruturada que buscou explorar a experiência de amamentação da mulher, para identificar os elementos interferentes na manutenção da lactação e amamentação de seu bebê prematuro. Nesse tipo de entrevista, segundo Minayo (1996), o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem categorias preestabelecidas pelo pesquisador.

A entrevista foi iniciada pela questão norteadora: “Conte-me como foi sua experiência de amamentar seu bebê do começo ao fim da internação dele (a)”, e aprofundada por outras questões, conforme a necessidade, no decorrer do processo, parte III do formulário de coleta de dados (Anexo 2).

Este tipo de entrevista é importante, pois permite uma conversa espontânea com a mulher, que nos direciona a itens que são de interesse do objeto do estudo. A entrevista foi gravada em equipamento próprio, após o consentimento da mulher.

Ao término da entrevista, iniciava-se a quarta etapa da coleta de dados, que consistia na realização de exame físico das mamas da mulher, com objetivo de avaliar aspectos anatômicos e funcionais, que nos permitia verificar as condições de amamentação próximas ao dia da alta, compreendendo: avaliação de integridade mamilar e tipo de mamilo, condições das mamas e quantidade de produção láctea. Dentro da avaliação das condições de amamentação, inclui-se, também, a observação do padrão de sucção do bebê, que foi realizada pela pesquisadora, no mesmo dia, em mamada por livre

demanda da criança, quando a mulher amamentava o filho na unidade, podendo por esse motivo não coincidir com o momento da entrevista.

Cabe esclarecer que a observação e a avaliação do padrão de sucção do bebê compreendem uma etapa, que é rotineiramente avaliada pela equipe de enfermagem dentro da Unidade Neonatal, por isso, poderia ser realizada em momento anterior à entrevista. Esses aspectos indicariam a necessidade de orientações ou reforços de cuidados por ocasião da alta, para a amamentação.

As orientações ou os reforços de cuidados por ocasião da alta hospitalar do bebê também são procedimentos rotineiros na Unidade Neonatal do HU, não tendo sido alteradas em função do estudo realizado. Os dados relativos a esta etapa foram registrados nas partes IV e V do formulário de coleta de dados (Anexo 2).

3.5.3 Classificações utilizadas para o exame físico de mamas e mamilos

Para este estudo, foram adotadas três classificações para avaliação do tipo e condições de mamas e mamilos.

Para as condições das mamas, utilizou-se a classificação^{**} de Silva (1993):

- **Mamas flácidas:** quando à palpação da mama, realizada com os dedos de forma a “dedilhar”, sente-se a mama macia, possibilitando sentir nas pontas dos dedos o tecido glandular mamário livre de tensão. Este se mostra como pequenos grãos, e a pressão exercida sobre eles não provoca sensação dolorosa à mulher.

^{**} Aula ministrada pela Profª Dra. Isília Aparecida Silva no Curso de Extensão Universitária “Reflexões sobre a prática da amamentação”, no período de 20/04 a 18/05 de 1993.

- **Mamas túrgidas:** quando à palpação, a mama mostra-se de consistência firme, possibilitando sentir nas pontas dos dedos o tecido glandular mamário definido. Este se mostra como pequenos grãos tensos, no qual a pressão exercida sobre eles pode ou não provocar sensação dolorosa à mulher.
- **Mamas ingurgitadas:** quando à palpação, a mama apresenta-se de consistência firme ou endurecida, rígida, com contornos delineados, com tensão intramamária que dificulta o acesso aos lóbulos, ou quando estes são tocados, apresentam-se como grãos endurecidos ou áreas em forma de placas endurecidas. Geralmente, a pressão provoca sensação dolorosa à mulher.

Para o tipo de mamilo, utilizou-se a classificação proposta por Vinha et al. (2002).

- **Mamilo protruso ou normal:** quando estimulado torna-se saliente, bem delimitado e vai com facilidade à frente de sua posição normal. Esse tipo acomoda-se bem à boca do bebê.
- **Mamilo semiprotruso ou subdesenvolvido:** pouco saliente, sem delimitação precisa entre o bico e a aréola. Quando estimulado avança pouco à frente de sua posição natural.
- **Mamilo pseudo-invertido ou malformado:** quando se apresenta em sentido oposto ao mamilo normal. Exterioriza-se pouco a estímulos e exercícios, retornando logo em seguida.
- **Mamilo invertido ou umbilicado:** considerado malformado, nunca fica saliente mesmo após exercícios de exteriorização. Pode nivelar-se com a

aréola quando há sucção insistente do bebê; no entanto, retorna a seguir ao estado da inversão.

Para avaliar a quantidade de produção láctea, utilizou-se a classificação proposta por Shimoda (2001). Ao realizar a pressão manual com os dedos indicador e polegar na região areolar da mama, obtém-se drenagem:

- **Ausente:** quando não há drenagem láctea;
- **Pequena quantidade:** quando há drenagem de gotas de secreção láctea, que ficam restritas à região do mamilo;
- **Média quantidade:** quando há drenagem de gotas de secreção láctea, que escorrem para a região areolar;
- **Grande quantidade:** há drenagem de secreção láctea em “fio” ou em “jato”, que escorre para a região areolar.

Para avaliar o padrão de sucção do bebê, foi utilizada como referência a descrição proposta por Righard e Alade (1997) e OMS (1997). Portanto, sendo considerado como sucção correta, quando o bebê estiver com a boca bem aberta, língua sob a aréola e mamilo, lábio inferior virado para fora, retirando o leite das mamas com sugadas vigorosas e profundas.

3.5.4 Aspectos éticos da pesquisa

A coleta de dados foi iniciada após aprovação da Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do HU-USP, registro CEP-HU/USP nº 721/07 (Anexo 3).

Todas as participantes foram orientadas quanto aos objetivos, e finalidades do estudo, os dados a serem coletados e procedimentos, bem como

foi mostrado o gravador e explicado o procedimento de gravação da entrevista. Foram assegurados o sigilo e o anonimato, a liberdade de recusar-se ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência e de seu bebê na instituição.

Foi-lhes assegurado que todas as informações prestadas seriam utilizadas apenas para fins de divulgação em meio científico, e que todos os formulários e fitas gravados permaneceriam sob a guarda da pesquisadora, podendo ser entregues à mulher, caso ela os desejasse, antes ou após a conclusão da pesquisa.

Quando a mulher ainda não tinha completado 18 anos de idade, foi necessária a assinatura de um responsável, fato que ocorreu com duas mães.

Todos os procedimentos atenderam às normas vigentes de ética em pesquisa com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

3.6 Organização e análise dos dados

Os dados obtidos por meio das falas das mães dos bebês prematuros, que atendiam à resposta da questão norteadora, foram organizados, tendo como base a proposta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Segundo Lefèvre, Lefèvre (2005a), o Discurso do Sujeito Coletivo é uma estratégia metodológica que utiliza a abordagem discursiva, com o objetivo de tornar mais clara, organizar e apresentar os dados qualitativos de natureza verbal.

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste:

“numa forma não-matemática nem metalingüística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante” (Lefèvre, Lefèvre, 2005b).

Questões abertas são direcionadas a um grupo de indivíduos que representem uma coletividade. Ao se expressarem livremente, os sujeitos produzem discursos.

Pelo Discurso do Sujeito Coletivo criamos melhores condições de verificar como os sujeitos vêem o objeto de estudo ou como vivenciam o tema em questão.

Após a transcrição das entrevistas realizadas para compor este estudo, estas foram lidas minuciosamente, com o intuito de facilitar o entendimento de cada uma das falas obtidas, extraíndo-se delas as expressões-chave que deram origem às idéias centrais de cada um dos depoimentos. Posteriormente, as expressões-chave foram agrupadas, conforme sua significação aproximada e analisadas para compor os discursos, emergindo daí os oito temas do estudo, e para cada um deles formaram-se os Discursos do Sujeito Coletivo, representando, assim, os relatos das mulheres participantes da pesquisa.

Para compor cada um dos oito Discursos do Sujeito Coletivo, foram usadas as figuras metodológicas descritas a seguir:

Expressões-chave: “são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo”.

As **Idéias Centrais**: “são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar”. As Idéias Centrais listadas por afinidade de conteúdo dão origem a cada um dos temas.

Os **Discursos do Sujeito Coletivo** propriamente ditos “são a reunião das Expressões-Chave presentes nos depoimentos, que têm Idéias Centrais de sentido semelhante ou complementar”.

Cada um dos Discursos-Síntese retirados das falas das mulheres participantes desta pesquisa foi redigido na primeira pessoa do singular.

4 Resultados e discussão

4.1 As mulheres e seus filhos, apresentação de algumas características biológicas e sociais e *performance* de lactação/amamentação.

Para a realização deste estudo, conforme já citado, foram abordadas todas as mulheres, cujos filhos nasceram e ficaram internados no período em que ocorria a coleta de dados. No total, tivemos 12 crianças internadas, cujas mães foram convidadas a participar da pesquisa, mas uma delas não concordou participar do estudo.

4.1.1 Informações sobre as mães: dados de caracterização e condições maternas para lactação/ amamentação

Dessa forma, tivemos onze mulheres como colaboradoras da pesquisa, cuja idade variou entre 16 e 40 anos. A maioria dessas mulheres tinha idade superior a 25 anos, sendo (72,7%) entre 26 e 40 anos, e (27,2%) entre 16 e 19 anos.

Estudo realizado no HU-USP por Spacilli et al. (2001), sobre a associação de algumas variáveis maternas em 307 partos prematuros de bebês nascidos vivos, em 1997, demonstrou que uma das variáveis maternas que se mostraram significativas para o parto prematuro foi a idade das mulheres em que predominou as que estavam na faixa igual ou maior de 35 anos.

Por outro lado, o percentual encontrado em nosso estudo, de mulheres com idade inferior a 19 anos, pode estar associado ao dado

registrado pelo HU-USP, em 2005, quando 15,6% das mulheres que deram à luz na instituição eram mães adolescentes com idade entre 10 e 18 anos.

O estudo de Nakano (2003), que abordou puérperas no período da amamentação, mulheres de baixa renda, moradoras de bairros da periferia da cidade de Ribeirão Preto, obteve dados divergentes, pois, 65% das participantes eram constituídas por jovens adolescentes com idade entre 15 e 19 anos.

O dado nos possibilita refletir que as mulheres atendidas no HU-USP podem estar vivenciando, em menor escala, a maternidade na adolescência.

Dentre as onze mulheres participantes do estudo, oito delas (72,7%) eram solteiras e viviam com seus companheiros. Uma (9%) era divorciada, uma (9%) casada e uma (9%) solteira vivia sem companheiro.

No estudo de Javorski et al. (2004), 66,6% das mulheres também viviam em união consensual; no estudo de Soares (2000) no HU-USP, onde 47,83% eram solteiras e viviam com seus companheiros. Assim como em nosso estudo, a maior parte das mulheres mora com seus companheiros em endereço conhecido; no entanto com união não oficializada.

Em relação ao grau de instrução duas mulheres deste estudo (18,1%) tinham terminado o 1º grau e duas delas (18,1%) ainda não haviam concluído o 1º grau; quatro mulheres (36,3%) tinham cursado até o 2º grau completo; duas não completaram o 2º grau (18,1%); apenas uma mãe (9%) cursava o ensino superior, mas interrompeu temporariamente os estudos por conta da gestação e nascimento prematuro do filho.

No que diz respeito à escolaridade das mulheres do estudo, podemos observar dados aproximados aos do estudo de Nakano (2003), onde

30% das participantes concluíram o ensino médio e 25% não terminaram o 1º grau.

Podemos observar que, nos últimos anos, a instrução escolar das mulheres vem se modificando, conforme se torna cada vez mais necessária sua inserção no ambiente público do trabalho e social. Mas nosso estudo e o de Soares, em 2000, totalizaram juntos apenas três mulheres cursando o ensino superior, fato que pode estar associado às características das usuárias do HU-USP.

No que se refere à ocupação profissional das mulheres do estudo, constatamos que seis delas (54,5%), possuíam vínculo empregatício (recreacionista, cozinheira, auxiliar de produção, operadora de caixa, professora e ajudante geral). Três estudavam (27,2%) e apenas duas (18,1%) cuidavam da casa.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a presença feminina no mercado de trabalho é crescente. No Brasil, em 2001, a população feminina que se encontrava desempregada ou ocupada era de 41,9%.

Isso nos leva a refletir como a mudança no papel social da mulher vem acontecendo cada vez mais, pois além dos afazeres domésticos e da educação dos filhos, também, é atribuída a ela a dupla jornada.

Das onze participantes do estudo, sete delas (63,6%) estavam sendo mãe pela primeira vez; as demais tinham entre um e três filhos. Cabe salientar que apenas uma mãe passava pela segunda experiência de ter um bebê prematuro. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Javorski

et al. (2004), onde a maior parte das mães dos bebês prematuros também era constituída de primíparas.

No que se refere às condições maternas para amamentação das mulheres de nosso estudo, rotineiramente, é realizada pela equipe da Unidade Neonatal a avaliação da mamada do bebê ao peito, no qual se identifica a necessidade de reforço ou não de orientações às mães.

Para nosso estudo, realizou-se o exame físico das mamas das mulheres participantes e do padrão de sucção do bebê, em data próxima ao dia da alta da criança, onde foram observadas as condições das mamas e mamilos e quantidade da produção láctea.

Pelo exame físico, observamos que sete mulheres (63,6%) tinham mamas flácidas bilaterais. Mamas ingurgitadas foram detectadas em quatro (36,3%), das quais duas delas apresentavam mamas ingurgitadas bilateral e duas em apenas uma das mamas. Mamas túrgidas não estavam presentes em nenhuma mulher participante deste estudo.

Todas as mulheres tinham mamilos íntegros e mamilos protrusos estavam presentes em oito mulheres (72,7%) e, destas, apenas uma (9%) apresentava mamilo direito protruso e mamilo esquerdo semiprotruso. Mamilos semiprotrusos bilaterais estavam presentes em duas mulheres. Nenhuma das mães de nosso estudo tinha mamilo pseudo-invertido ou malformado, ou mamilo invertido ou umbilicado.

No exame físico, percebemos que a maior parte das mulheres tinha mamas consideradas aptas para a lactação e amamentação. No entanto, a observação da flacidez mamária bilateral em 63,6% das mulheres nos faz pensar no período em que foi realizado o exame físico das mamas, pois

apenas uma delas encontrava-se no período puerperal de 24 dias, as demais tinham dado à luz há mais de um mês.

As duas mulheres que apresentavam mamilos semiprotrusos bilaterais demonstraram ainda estar aprendendo a lidar com as dificuldades no manejo da amamentação; no entanto, amamentavam seus bebês ao peito com complementação láctea, por ocasião da alta.

A produção láctea em média quantidade foi observada em seis mulheres (54,5%), em ambas as mamas. Duas (18,1%) apresentavam pequena quantidade de leite em ambas as mamas e duas (18,1%) tinham média quantidade de leite na mama esquerda e pequena quantidade na mama direita. Apenas uma mulher (9%) apresentava pequena quantidade de leite na mama direita e drenagem ausente em outra mama, e seu bebê iniciou sucção ao peito nos 86º dias de vida.

Podemos constatar que a ausência de drenagem láctea em uma das mamas foi observada na mãe do bebê prematuro que permaneceu mais tempo internado, iniciando sucção ao peito também tardiamente.

Durante entrevista realizada com as mulheres deste estudo, obtivemos também dados referentes às ordenhas realizadas, tanto na Unidade Neonatal como também em seu domicílio. Todas referiram realizar ordenha enquanto tinham os bebês internados na UTI Neonatal ou Unidade Neonatal, no período de internação do filho.

Nove delas realizaram o procedimento, tanto no domicílio como no hospital (81,8%). Apenas uma realizava ordenha somente no domicílio, referindo que preferia permanecer mais tempo com o bebê enquanto estava presente na Unidade Neonatal, e a outra só no hospital alegando dificuldade

para extração manual do leite em casa. Algumas referiram ainda que, com o decorrer dos dias, observaram diminuição da produção de leite, o que segundo seu relato as induzia para o decréscimo no número de ordenhas realizadas.

O fato leva-nos a questionar que a interpretação materna de pouco leite, induzindo-as a espaçar as ordenhas, poderia ter sofrido intervenção profissional no sentido de orientar e estimulá-las a proceder justamente o contrário, aumentando a frequência de ordenha para buscar manter ou aumentar a produção.

Durante o período de internação dos bebês, as mães enquanto estavam internadas, realizavam visitas à UTI Neonatal ou Unidade Neonatal, onde recebiam esclarecimentos e orientações.

Somente uma mãe (9%) referiu iniciar a ordenha no dia do nascimento do bebê e apenas uma (9%) iniciou ordenha um dia após o parto. Cinco delas (45,4%) iniciaram a realização da ordenha dois dias após o parto.

Duas mães (18,1%) referiram iniciar a ordenha no terceiro e quarto dias, após o nascimento do filho, respectivamente. As demais (18,1%) iniciaram a ordenha no quarto e sétimo dias, após o nascimento do filho, respectivamente.

A frequência de realização das ordenhas variou entre as mulheres participantes do estudo, oito delas (72,7%) realizavam o procedimento de duas a três vezes ao dia, enquanto as demais (27,2%) referiram não manter regularidade na frequência de realização das ordenhas, durante o período no qual seu bebê esteve internado. Vale ainda ressaltar que as mulheres de nosso estudo que amamentavam seus bebês exclusivamente ao peito, por ocasião da alta, uma manteve regularidade na frequência das ordenhas e permanecia com

o filho, em média, 12 horas diariamente. A outra referiu não conseguir ordenhar em casa, mas o fazia com freqüência durante o período presente na Unidade Neonatal e acompanhava seu bebê diariamente em torno de 8 a 10 horas.

Para Méier (2001), a freqüência de ordenhas deve ser semelhante ao número de mamadas do bebê, ou seja, aproximadamente de oito a dez vezes ao dia, com o intuito de estimular a liberação de prolactina e permitir a produção de leite por mais tempo em quantidade suficiente.

Podemos perceber que a realização da estimulação precoce das mamas, como fator importante para a manutenção da produção láctea, ocorreu com apenas duas mulheres, o que nos leva a refletir sobre a sistemática de atendimento que pode estar falhando, tanto pela pequena disponibilidade de recursos humanos para atender essas mulheres logo após o parto ou pela falta de entrosamento entre os serviços de neonatologia e puerpério para estabelecer assistência contínua e unificada para essas mulheres.

4.1.2 Informação sobre os bebês: caracterização e tipo de aleitamento

Os bebês prematuros das mães participantes do estudo, nascidos no HU-USP no período de janeiro a julho de 2007, que atenderam aos critérios estabelecidos para inclusão no estudo, tiveram idade gestacional ao nascimento de 29 e 4/7 semanas a 33 e 6/7 semanas. O peso ao nascimento desses bebês foi de 830 gramas a 2.140 gramas. O peso na alta variou de 2.135 a 2.675 gramas e o período de internação de 24 a 113 dias.

Todos os bebês iniciaram dieta por sonda gástrica, entre o zero ao décimo dia de vida e o início da sucção ao seio variou do sexto ao 86º dia de vida.

No que se refere à dieta, todos os bebês receberam leite humano do Banco de Leite da instituição durante o período de internação e, na alta hospitalar 81,8% das crianças eram alimentadas ao seio materno e recebiam complemento lácteo. Apenas dois bebês (18,1%) saíram de alta em aleitamento materno exclusivo.

Podemos verificar dados divergentes no que se refere à alimentação dos bebês prematuros em outros estudos como o de Mancini e Meléndez (2004), cuja taxa de aleitamento materno exclusivo à alta de bebês prematuros foi constatada em 54,6% dos bebês.

Segundo Xavier, Jorge e Gonçalves (1991) taxas de aleitamento materno exclusivo de prematuros foram constatadas à alta hospitalar de 50,5% em uma população de 222 prematuros no Hospital Universitário de Ribeirão Preto. Em Joinville, o aleitamento materno exclusivo em uma Unidade Neonatal, com 244 prematuros, foi de 84,4% por ocasião da alta hospitalar.

Embora na Unidade Neonatal do HU-USP seja dado enfoque à amamentação, podemos observar que poucos dos bebês prematuros, por ocasião da alta hospitalar, estavam sendo alimentados exclusivamente ao peito. No entanto, o que podemos verificar de outros estudos é que quando a permanência da mãe é freqüente como na Unidade Canguru, e ações específicas de orientações para essas mulheres fazem parte da rotina do serviço, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é predominante.

As crianças de nosso estudo permaneceram em posição canguru com suas mães, durante o período em que estavam acompanhadas na Unidade Neonatal; no entanto, nenhuma dessas mulheres teve uma frequência ou assiduidade preestabelecida para permanecer com o filho em posição canguru durante todo o período de internação.

4.2 A vivência das mães de bebês prematuros na superação de dificuldades

Atendendo à rotina hospitalar, as mães de bebês prematuros têm alta da unidade de Alojamento Conjunto, em média 60 horas após o parto. Nos casos em que a criança permanece internada, este tempo pode variar de 60 a 84 horas. As mulheres deste estudo tiveram alta em média 84 horas após o parto, deixando, assim, seus bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou na Unidade Neonatal, o que as obrigava a estabelecer uma rotina de visitas ao filho.

Uma das informações coletadas com as mães referia-se à frequência com que elas visitavam seu filho na Unidade Neonatal após sua alta da maternidade, enquanto o bebê permaneceu internado. Dez (90,9%) das participantes do estudo informaram realizarem visitas diárias ao filho, enquanto apenas uma (9,1%) citou visitar em dias alternados.

Outra informação coletada com essas mães foi a respeito do tempo de permanência com seus bebês internados na Unidade Neonatal. Embora esse tempo não seja limitado pela Instituição ou pela Unidade Neonatal, seis

mulheres (54,5%) ficavam com os filhos pelo período de 2 a 6 horas diárias, enquanto quatro delas (36,3%) permaneciam de 6 a 12 horas diárias e apenas uma (9%) relatou acompanhar o filho em média 15 horas diariamente.

Cinco mulheres relataram que permaneceram algumas vezes durante a noite com o bebê, mas alegaram que a oferta da dieta por sonda gástrica e o longo período de internação do filho eram fatores que contribuíam para pernoitarem no domicílio.

Embora a instituição forneça transporte e alimentação para essas mães, observamos que o período de permanência na Unidade Neonatal não se estende, de modo geral, nas 24 horas. Fato que nos leva a refletir sobre as condições além das físicas, que essas mulheres podem estar vivenciando.

A demora para a criança iniciar a sucção ao peito pareceu contribuir para a desmotivação dessas mães em permanecerem mais tempo com o filho, visto que, na percepção dessas mulheres, a presença materna parece estar atrelada ao fato de poder alimentar o bebê, pois o mesmo está recebendo os demais cuidados da equipe.

Podemos ponderar que a demanda de atividades domésticas, bem como a necessidade de atender às pessoas de seu contexto familiar podem contribuir para menor tempo de permanência das mulheres deste estudo com o filho, no período de internação dele.

4.3 Apresentação dos discursos do sujeito coletivo

Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) foram em número de oito e obtidos por meio das falas das 11 mães dos bebês prematuros entrevistadas. Os discursos-síntese elaborados foram divididos em dois temas: **Lactação e amamentação** e **Contexto hospitalar e doméstico**.

4.3.1 DSC relacionados ao tema “**Lactação e amamentação**”

- **Preocupando-se com a produção de leite enquanto não amamenta**
- **Encontrando dificuldades para amamentar**
- **Superando dificuldades na amamentação**
- **A importância do leite materno e amamentação para o bebê e à mãe**

Os DSC referentes à lactação e amamentação discorrem sobre as etapas vivenciadas pelas mulheres do estudo quando, logo após o nascimento do filho prematuro, iniciam o processo para manutenção da lactação, enquanto a criança não mama diretamente ao peito. Os discursos apontam ainda como as mães dos bebês prematuros experienciam as dificuldades para manutenção da lactação e manejo da amamentação, bem como aprendem a superar esses obstáculos, em prol da saúde do filho, visto que na percepção dessas mulheres, amamentar o bebê prematuro torna-se essencial para seu crescimento e desenvolvimento saudável.

DSC 1- Preocupando-se com a produção de leite enquanto não amamenta

No começo, eu tirava muito. Para mim, foi ruim porque eu via tanto leite saindo e não podia colocar ele para amamentar. Falavam para tirar, que quanto mais você tirava mais produzia leite. Assim, tirava a todo o momento, mas foi difícil porque não sei, o leite ia diminuindo. Com a ordenha saía no começo e depois de alguns dias não saía mais. Em casa, quase não conseguia tirar porque tinha pouco leite quando ele ainda não mamava no peito. Quando eu vi o leite diminuindo, fiquei desesperada, fazia muita massagem que ajudava muito. Ficava apertando para sair leite, para não secar, porque já era pouco, se eu fosse parar ia diminuir mais ainda. Eu percebia que não estava adiantando muito, pois, quando eu tirava, não saia muito mesmo, porque tinha que sugar, se ele não sugasse não ia descer mais leite, acho que por ele ter sido prematuro, também. Fiquei um pouco triste, porque eu não estava tendo produção de leite, senti bastante, fiquei até meio preocupada, tanto que pedi um remédio pra não parar o leite. É engraçado, em casa não sai, às vezes só sai quando eu venho perto dele. Tomei também o chá da mamãe, bastante água e melhorei um pouco mais a alimentação para ver se estimulava, não secou não, tá bem pouquinho, foi bem difícil para poder manter esse pouquinho. Não sei se também nossa ansiedade, acho que o emocional conta, porque enquanto você está apreensiva não consegue relaxar, se eu ficasse mais nervosa aí é que não ia mais sair mesmo o leite. De ter diminuído, um pouco foi o medo, o cansaço, também sabe o estresse, as vezes, que eu estava num lugar, por exemplo, aqui no Berçário, daqui a pouco estava na UTI. Mas ele sempre foi aceitando, eu creio também que ele foi, sabe? Melhorando... Acho que tudo colabora, qualquer coisa que a gente faz já é um bom começo. A força de vontade de o meu filho viver, esta foi a força maior, eu creio de estar com leite até agora.

As mulheres do estudo em questão constataram nos primeiros dias após o nascimento do filho, que produzem leite em abundância, mas que estão impossibilitadas de amamentá-lo.

Inicialmente, empenham-se para manter a lactação, porém com o decorrer do período de internação do bebê observam que mesmo seguindo as orientações recebidas para manutenção da lactação, não conseguem evitar a diminuição de sua produção láctea. O fato do bebê não estar sugando no peito, parece colaborar para desmotivá-las na tarefa de retirada de leite no domicílio.

Para Lau (2001) é necessário que haja iniciativa e interesse da mulher em manter o aleitamento ou realizar a ordenha mamária, sobretudo em situação de estresse. Geralmente, a insuficiente lactação ocorre em razão do estresse, tais como: o trabalho de parto prematuro, as condições clínicas do bebê ou estilo de vida materno. As informações pertinentes sobre os efeitos do estresse na lactação, os mecanismos pelos quais o estresse pode dificultá-la e os fatores que podem alterar a disposição materna para amamentar ou ordenhar devem ser reiterados com a equipe, baseando as várias ações desenvolvidas para ajudar essas mulheres com dificuldades na lactação, de forma a minimizar os efeitos desse estado para o processo de amamentação e seu bem-estar materno.

As mulheres demonstram preocupação e sentem-se cada vez mais impotentes ao observar o volume de leite diminuindo. Perante tal situação, atribuem a ausência da sucção do recém-nascido ao peito, como principal razão para a diminuição de sua produção de leite. Sabem da importância da estimulação manual das mamas e ordenha mecânica, como procedimento de grande auxílio, mas, segundo elas torna-se ineficaz quando realizadas por período prolongado.

Furlan, Scochi e Furtado (2003), em estudo descritivo com abordagem qualitativa, tiveram por objetivo analisar a percepção de pais de

bebês prematuros sobre a vivência no Método Mãe Canguru, realizado com pais de bebês prematuros por meio de entrevista semi-estruturada, 60 dias após a alta hospitalar dos mesmos. Relatam que os bebês prematuros podem apresentar avanços ou regredirem, no que diz respeito à alimentação via oral. Quando amamentados ao peito, essas ocorrências podem causar ansiedade e sentimento de culpa nas mães se elas não estiverem orientadas e tendo apoio da equipe de saúde. A manutenção da lactação das mães dos bebês prematuros requer empenho das mesmas, tornando-se essencial colocá-las precocemente no cuidado com a alimentação de seu bebê, mesmo que receba dieta por sonda gástrica.

No entendimento dessas mães, nada do que fizerem na tentativa de manter a lactação será eficiente se seu bebê não mamar no peito. A sucção diretamente ao peito é o principal fator para o sucesso na manutenção da lactação, segundo elas.

Serra e Scochi (2004), em estudo realizado com mães de bebês prematuros internados em UTI Neonatal, mencionam que, para essas mães obterem sucesso na manutenção da lactação durante esse período, é preciso que elas sintam-se seguras, tenham orientação e apoio da família e dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, as mães dos bebês prematuros buscam colocar em prática as recomendações recebidas na tentativa de não cessar totalmente sua produção de leite, qualificando como ideal a produção necessária para suprir as necessidades alimentares do filho.

Sua auto-estima pode estar comprometida a partir do momento que tem a percepção de fracasso na única coisa que poderia efetivamente oferecer

ao filho nesse momento de sua vida, ou seja, o seu leite, avaliando como pouca a quantidade do leite que produz.

As mulheres vêem a prematuridade do filho, como sendo uma condição desfavorável, entre outras, para o sucesso na manutenção da lactação. Percebem-se ansiosas pela demora para iniciar a amamentação, e consideram que a ansiedade contribui para a diminuição de sua produção láctea.

Padovani et al. (2004), em estudo realizado com 43 mães de bebês pré-termo, de muito baixo peso, internados na UTI, concluíram que 44% dessas mulheres apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia ou depressão, sugerindo problemas emocionais que requerem cuidados na área de Saúde Mental. Verificaram ainda que a ansiedade do tipo estado, ou seja, a que ocorre por determinado período, em decorrência de alguma alteração experimentada, para essas mães parece estar relacionada a um estado emocional transitório marcado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão pela situação de internação de seu bebê na UTIN. Enfatizam ainda a respeito da importância do suporte psicológico a ser oferecido à essas mulheres, durante o período de internação de seus filhos.

As mulheres expressam que passam por situação desgastante por terem tido o filho prematuro, e este permanecer internado. Além do cansaço físico, sentem-se inseguras em relação à saúde do mesmo, quando têm a percepção de sua instabilidade. Atribuem a esse contexto, ou seja, às condições físicas do filho e, também, a seu próprio estado físico e emocional, como fatores contribuintes para agravar sua produção láctea.

Durante esse período, vão interagindo no contexto de internação da criança e aprendendo a lidar com as situações decorrentes da prematuridade do bebê.

Acompanham a progressão do filho e sentem-se motivadas quando, finalmente, constatam a melhora da saúde dele, verificando ainda o aumento de sua produção de leite quando seu bebê finalmente suga no peito. Interpretam que os obstáculos enfrentados e superados pelo bebê, durante esse período, serviram de motivação para prosseguirem na tentativa de manterem sua produção de leite.

DSC 2 - Encontrando dificuldades para amamentar

No começo foi um pouco estranho para mim. Não achei muito legal, assim, porque ele não mamava, não saía leite. Às vezes, ele nem mamava no peito, e eu ficava super triste porque oferecia, oferecia, ele não tinha estímulo, não conseguia e, também não saía muito leite. Assim... eu tive um pouco de dificuldade, ele teve um pouco de dificuldade porque tava usando a sonda. Porque na sonda não tinha fome, então, se ele não tinha fome, não tinha estímulo pra sugar. No começo, como ele não estava mamando nada, ficou muito empedrado o meu seio, não saía leite, eu queria que saísse para eu poder dar pra ele. Acho que ficava difícil para a criança, porque já era difícil e com a sonda ficava mais ainda, aquele caninho atrapalhava muito, até pra pegar o bico do peito demorava. Então, às vezes, eu também achava ruim, porque eu não sabia quando ele pegava direito. Eu estava mais incomodada com a sonda dele. Quando ele dorme, não mama não, ele fica assim preguiçoso, tem que estimular bastante para mamar, se não estimula ele não mama, tem tudo isso... Porque nasceu prematuro, tem mais dificuldade para puxar, para sugar, mama bem mais devagar, é mais sonolento, tem mais preguiça, demora mais, é mais cansativo.

Pela fala das mulheres deste discurso, observamos que elas não experimentam como prazeroso o início da amamentação e atribuem as dificuldades encontradas para amamentar, pelo fato do bebê não sugar mesmo quando estimulado, o que, segundo, na sua percepção dificulta a saída do leite.

Como já mencionado, associam sua baixa produção de leite à dificuldade de sucção da criança, estes como fatores essenciais para tornar o processo de amamentação ainda mais dificultoso e entristecem-se com isso.

Para Nakano (2002), mesmo as mulheres que vêem o aleitamento como sendo biologicamente natural, percebem limites em sua prática e sentem necessidade de aprender, mostrando que o ato de amamentar não é tão fácil, natural e instintivo. Esta condição tem provocado nas mulheres sentimentos de que não estão aptas para a função de nutriz.

As mães observam o comportamento e as manifestações do bebê e interpretam a prematuridade do filho, como agravante para se estabelecer a amamentação. Atribuem o uso da sonda gástrica do filho como fator de empecilho para ambos, ou seja, dificuldade de sucção da criança, dificuldade no manejo da amamentação pela mulher e ainda na avaliação que esta faz para verificar se o filho está sendo bem alimentado.

Demonstram incômodos provocados pela presença da sonda gástrica durante a mamada, interpretando como sendo desconforto também para o filho ser amamentado enquanto faz uso da sonda.

Para Klaus e Kennel (1992), a mãe do bebê prematuro deve vê-lo com necessidades e características especiais; entretanto é preciso que veja tais carências como temporárias, percebendo que com o tempo ajustar-se-ão a padrões normais.

Caetano (2004) observou em estudo realizado com mães de bebês prematuros, participantes do Método Canguru, que essas mulheres tiveram dificuldades no manejo e amamentação do filho, e que essas dificuldades estavam relacionadas ao baixo peso do bebê, à dificuldade para manter calor e sugar. Observou ainda que a dificuldade para sugar e a diminuição da lactação geravam na mãe grande tensão em razão da ênfase na amamentação.

Javorski et al. (2004), ao realizar um estudo a respeito das representações sociais com mães de bebês prematuros em Unidade de Cuidado Canguru, constataram que as representações construídas sobre o aleitamento materno e a realidade vivenciada por algumas mães que estavam com dificuldades para amamentar, certamente faziam com que sofressem ao constatar a contradição de acreditar que a amamentação era o que podiam oferecer de melhor a seus bebês prematuros e, por outro lado, verificar que mesmo se esforçando fracassavam como nutrizes.

Percebemos que as mulheres de nosso estudo atribuem as dificuldades encontradas para se estabelecer a amamentação às características do bebê prematuro. Endossam, então, a necessidade de avaliar continuamente as manifestações da criança durante esse processo, buscando estratégias para superar os obstáculos.

A avaliação contínua de suas condições de amamentar e das condições do bebê ser amamentado, bem como a interpretação das manifestações de comportamento da criança demonstram que as mulheres, mães de bebês prematuros avaliam a cada oportunidade de amamentação ou contato com o filho, o processo de amamentar, buscando elementos para ponderar sobre o que este “meio” de alimentação pode estar trazendo risco ou

benefício à criança. Por outro lado, também avaliam em que condições ela e o bebê prosseguem nessa empreitada, como pode ser visto no DSC, a seguir.

DSC 3 - Superando dificuldades na amamentação

Com a ajuda de vocês, que trabalham aqui, sempre conversando comigo aí eu comecei a amamentar. E ele teve uma aceitação até boa. Durante esse tempo, aprendi muita coisa que eu não sabia. Quando mamava na sonda, ele não mamava muito no peito. Depois que tirou a sonda, aí eu percebi que ele pegava bem. E ainda esta pegando, eu achei que ele não ia pegar, mas está sugando melhor. Assim, puxa com mais força, antes não conseguia, a sucção está aumentando, está mais forte. Hoje, eu percebi que ele estava sugando bem, aí quando eu tentava tirar, ele abria o olho e agarrava novamente. O leite aumentou mais, porque, às vezes, apertava e saia um pinguinho. Melhorou muito, cada dia que passa ele vai se aprimorando mais. Eu senti, notei uma diferença bem grande de melhora maior depois no peito, depois da amamentação, ele passou a pegar mais peso, ficar assim mais ágil, mais vivo, eu senti ele muito mais vivo.

Pelo discurso, podemos apreender que as mulheres começam a sentir-se confiantes em relação à saúde do filho, quando percebem a melhora da aceitação dele ao peito, vão aos poucos vencendo os obstáculos iniciais da amamentação e constatando a evolução gradativa do processo.

Apontam como aprendizado as dificuldades vivenciadas durante o período, no qual o filho esteve impossibilitado de estabelecer a sucção ao peito.

Observam o comportamento e as manifestações do bebê e avaliam que a amamentação vai se instalando com o decorrer dos dias. Atribuem a

ausência da sonda gástrica, como principal motivo para melhora da sucção da criança, propiciando, assim, seu desenvolvimento e crescimento, à medida que conseguem alimentar-se sem o uso da sonda.

Para Silva (1997), geralmente, a mãe observa o filho e detecta nele as manifestações de comportamento que para ela constituem formas de comunicação do bebê, considerados como indicadores importantes para entender o estado de saúde e alimentar da criança.

As mulheres percebem que a melhor aceitação do bebê ao peito reflete-se tanto na condição de boa saúde para a criança como também no aumento de sua produção de leite, como já referido em discurso onde preocupa-se com a produção de leite enquanto não amamenta, quando interpreta a não sucção ao peito, como principal motivo para diminuição do leite.

Pelo que se pode extrair do DSC3, as mães também se sentem mais dispostas e confiantes em continuar amamentando seus bebês, a medida que observam neles a sucção mais vigorosa, o ganho de peso e a melhora na atividade, apoderam-se realmente do cuidado do filho quando ele vai para o peito, quando dizem:

"... depois da amamentação, ele passou a pegar mais peso, ficar assim mais ágil, mais vivo, eu senti ele muito mais vivo".

Segundo o modelo Pesando Riscos e Benefícios de Silva (1997), na experiência da amamentação, a mulher assume o papel de provedora do alimento e um dos indicadores qualitativos desse seu desempenho é sua observação quanto ao bem estar da criança.

Em nosso estudo, o bem-estar assume o significado de recuperação, representado tanto pelo crescimento e desenvolvimento da criança avaliado pelo ganho de peso e aumento da força de sucção, como pela manifestação dos comportamentos do bebê que fazem com que a mãe o considere “mais vivo”, ou seja, revitalizado pelo leite materno.

DSC 4 – A importância do leite materno e amamentação para o bebê e à mãe

No começo, assim, eu fazia de tudo, sabe? Até brigava, assim, eu queria que ele mamasse o meu leite, especialmente só o meu leite. Eu sempre tirava, sempre perguntava porque ele não estava, às vezes, mamando o meu leite e, sim, o do Banco. Acho que leite materno é essencial de tudo, para pegar amor, por tudo, porque só da gente saber que ele está mamando e o leite do peito é muito importante, é a proteção dele. Por ele ser prematuro, vai ajudá-lo a se desenvolver mais rápido. Aprendi muita coisa com a experiência da amamentação e, assim, estou feliz por ele estar mamando. Estou realizada, tinha vontade de amamentar, sempre tive. Você sendo mãe, mas sem amamentar, eu acho que não está sendo mãe completa. Nossa! Eu quero sentir ele mamando, eu quero ver, pretendo amamentar por muito tempo, só quero mesmo dar o peito. Eu quero poder ser uma mãe de verdade para ele. Então, estou me sentindo assim completa por estar podendo dar isso a ele. Quando a gente pega a criança no colo e amamenta, acho que o amor aumenta mais. Depois que comecei a amamentar meu bebê, eu queria estar perto, mais próxima ainda; para mim, é uma alegria, estou muito feliz!

Por esse discurso, percebemos a ênfase dada pela mãe ao leite materno, como sendo o alimento ideal para o filho, seja tanto para nutri-lo como para sua proteção. Embora tenha conhecimento de que o filho possa receber

leite humano de mulheres doadoras, a mãe do prematuro prioriza o seu leite para alimentá-lo, visando com isso protegê-lo e contribuir para seu melhor desenvolvimento. Associa ainda a prematuridade com a maior necessidade do bebê receber o leite materno e, posteriormente, ser amamentado.

Javorski et al. (2004), em estudo realizado sobre as representações sociais do aleitamento materno para mães de bebês prematuros em Unidade de Cuidado Canguru, verificaram que a representação do leite materno como proteção parece estar relacionada às particularidades de ter um bebê prematuro, onde é atribuído ao leite materno o poder de recuperar a criança, o que na visão dessas mães, não é um bebê saudável. Observaram também que uma das representações da amamentação para mães de recém-nascidos prematuros foi a relação que elas estabeleciam entre o leite materno e crescimento e desenvolvimento saudável. Para os autores, isso se deve ao fato do resultado da interpretação, pelo senso comum, das campanhas que têm propagado a relação entre o crescimento e desenvolvimento saudável e o leite materno.

Além da amamentação representar um ganho ou benefício para a saúde da criança, encontramos nas falas das mulheres de nosso estudo, um discurso que reproduz o papel social materno propagado junto às mulheres, que atribuem à prática da amamentação a representação da realização feminina da maternidade.

É possível considerar que os esforços para a superação das dificuldades de amamentar e a observação da luta da criança pela vida, valorizam ainda mais o significado do aleitamento para estas mulheres, revestindo simbolicamente leite/ amamentação do significado de sobrevivência

para a criança. Da mesma forma, para a mãe amamentar, representa um elemento de realização de um desejo que, também, é tomado como qualificador do papel materno.

Segundo Silva (1999), a obrigatoriedade, o cumprimento dos deveres embasados nos pressupostos de um papel e função que têm de desempenhar, de um ato como sendo instintivo e natural, colaboram para a percepção da amamentação, como uma tarefa a ser realizada sempre com sucesso.

Em estudo realizado com puérperas a respeito da vivência da amamentação, Nakano (2003) identificou por intermédio das falas das mulheres que os atributos maternos juntam-se aos corpos e mentes destas, como se fizessem parte de sua natureza, no quais a dedicação e a sujeição justificam-se diante de ter o filho bem cuidado. O desejo e o dever de amamentar vêm de um mesmo universo moral em que é essencial considerar os atributos que ligam o feminino ao materno.

Para a autora acima, as mulheres do referido estudo acham importante amamentar por favorecer uma boa condição de saúde e desenvolvimento à criança. No entanto, menor importância é atribuída por essas mulheres à amamentação como sendo benéfica para sua própria saúde. A amamentação é vista, sobretudo, como alimento, afeto e proteção necessários à saúde do bebê.

Da mesma forma, podemos dizer que, neste estudo, as mulheres avaliam como prioritárias as necessidades de seu bebê prematuro, interpretando como benefício para ele ser amamentado, assegurando, assim, em sua percepção, melhores condições para que seja uma criança saudável.

4.3.2 DSC relacionados ao tema “Contexto hospitalar e doméstico”

- **Minimizando a separação por meio do contato físico com o bebê**
- **Cada um ajuda um pouco**
- **Tendo que dividir seu tempo e atenção**
- **Sentindo-se acolhida pela equipe de saúde**

Os DSC relacionados ao tema “Contexto hospitalar e doméstico” mostram que, para as mulheres deste estudo, tanto o ambiente hospitalar como o de casa, podem contribuir de alguma maneira para amenizar os transtornos ocasionados em virtude do nascimento prematuro do filho. De alguma forma, na percepção dessas mulheres tanto a referência que têm do profissional de saúde para tratar e cuidar do filho internado, bem como da ajuda prática de outras pessoas de seu convívio extra-hospitalar, são fatores primordiais para vivenciarem o período de internação do bebê, bem como o contexto de suas atividades domésticas e vínculos familiares.

DSC 5 - Minimizando a separação por meio do contato físico com o bebê

Depois que ele nasceu, eu fiquei separada dele porque nasceu prematuro; de repente ter passado por tudo isso, de repente estar distante do meu bebê pra mim foi difícil. Eu me sentia triste, parecia que estava faltando alguma coisa, tive até mesmo o começo de uma depressão muito forte. No começo, eu não queria nem comer, sei lá não tinha vontade. Eu pensava que não ia passar assim por isso, pensava que ele ia pra casa e acabou ficando. Creio que todas as mães que tiveram seus bebês prematuros se sentem totalmente perdidas. Acho

que o bebê prematuro também acaba até sofrendo por ter desligado, por ter cortado o cordão. De repente, estar distante de meu bebê, pequenininho, sabe, quase não dava pra pegar direitinho, eu fui fazendo Canguru com ele, praticamente desde o terceiro dia de vida. Ficar em contato com a pele do bebê, ficar sentindo o calor, é como se tivesse ainda terminando os meses e você vendo sua barriga se desenvolvendo, crescendo mais. É gostoso, a criança vai sentindo, dá mais força ver o seu neném se desenvolvendo no seu corpo, é como se tivesse grávida, sabe? Eu pegava, deitava, estimulava um pouquinho, sempre tinha um carinho de tá pegando, apalpando, apertando. Acho isso muito importante. Quando ele estava chorando, eu o colocava aqui no meu peito, não sei era a quentura, o cheiro, não sei.... ele ficava calminho. Acho que era importante eu estar tocando nele, ele sentindo meu calor, porque ele foi tirado de mim. Era uma outra emoção que eu nunca tinha tido antes, era uma energia muito diferente, muito mais forte do que só tá olhando, cada vez que eu encostava nele, eu sentia que ele tinha uma sensação maior, sabe, emotiva, acho que eu mexia com as emoções dele. O que eu passei, os contratempos, não cobre a minha felicidade maior do que eu ver o meu filho e estar podendo sair com ele, minha felicidade maior porque eu achava que ia perder o meu filho...

As mulheres participantes deste estudo, a exemplo de resultados já encontrados em estudos realizados por outros autores, indicam que planejam e têm a expectativa de um curso de gestação normal e o nascimento de um bebê a termo e saudável, com o qual terão contato, logo após o nascimento. Permanecer com o filho, aconchegá-lo e embalá-lo, geralmente, é o que a futura mãe planeja durante a gravidez.

Um dos aspectos importantes para o desenvolvimento do sentimento de proximidade e maternidade está no fato da mãe poder pegar a criança em seus braços e prestar cuidados, mesmo que estes sejam mínimos ao bebê (Belli, 1999).

Scochi et al. (2003), em estudo realizado com pais de bebês prematuros internados, referem que quando a mãe não pode pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo, isso pode ser muito frustrante para ela. Mesmo quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas mães amedrontam-se diante dessa situação. O medo pode ocorrer pela auto-estima afetada, pelo ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pela falta de autoconfiança na capacidade de criar o filho.

Assim, para as mulheres deste estudo, observamos também, que a prematuridade é percebida pela mãe como um fator de distanciamento entre ela e o filho, em que ocorre não apenas uma condição de cuidados especiais para ele, mas, a ruptura de um processo pelo qual ela e o bebê estavam vivendo, a gravidez. Para a mãe do bebê prematuro deste estudo, o nascimento do filho provoca um sentimento de perda e sofrimento para ela, o que é aumentado com sua interpretação de perda e sofrimento, também, sentidas pela criança.

Em estudo realizado com abordagem fenomenológica com mães de bebês prematuros internados, Brito (2002) analisou sentimentos e reações das mães diante da condição de prematuridade do filho, e concluiu que dentre as dificuldades vivenciadas pela mãe do bebê prematuro, encontra-se o que ela considera a não realização de seu papel como mãe. Ela sente-se ressentida por não poder realizar a maternidade tal como deveria ser, em razão dos obstáculos encontrados, tanto pelas condições da prematuridade do filho como também pela estrutura da UTI neonatal.

Para a mesma autora, o nascimento do bebê prematuro pode desencadear na mãe atitudes de perplexidade, de ficar sem saber como agir,

podendo passar por sentimentos de frustração pela diferença entre o que esperava e o que tem diante de si, em relação a possibilidade de exercer seu papel como mãe.

Para as mulheres deste estudo, podem ser observados dados semelhantes, pois ao se deparar com o nascimento prematuro do filho, que se encontra frágil e, muitas vezes, com a saúde em estado crítico, as mães podem sentir-se desamparadas, sem saber o que fazer perante tal situação e inseguras ao estabelecer o menor contato com a criança.

Revelam sentir tristeza e depressão em razão das condições do filho e o distanciamento entre ambos. Imaginam que seu bebê, também, sofre por ter nascido precocemente e por permanecer longe dela.

Diante da situação que se percebe experimentando, a mãe tenta ir superando as dificuldades de ter o bebê prematuro e vai aprendendo a lidar com ele, cuidando e provendo condições de bem-estar ao filho.

Na construção do DSC5, percebemos que as mulheres vão valorizando o contato físico com seu frágil bebê, evidenciando essa aproximação como elemento essencial para interagir com a criança, além de contribuir para a progressão da saúde do filho.

Para Matthiesen (2001), o efeito do contato pele a pele como sendo um estimulador da liberação de ocitocina pode desempenhar essencial papel no comportamento da mãe e afetar positivamente seu humor, facilitando o contato com o bebê.

Assim, dentre as formas de promoção da saúde e recuperação da criança, o Método Canguru emerge como uma oportunidade ímpar da mãe estabelecer o contato físico com seu filho, que pode ser simbolizado por ela

como um retorno do filho ao ventre, observando seu crescimento e desenvolvimento, interrompidos pelo nascimento precoce. Desejam oferecer a ele um pouco da acomodação e serenidade intra-útero que lhe foi tirada.

Nesse sentido, as mães dos bebês prematuros deste estudo realizaram a posição canguru quando os filhos estavam na Unidade Neonatal, mantendo-se atentas e observando as manifestações da criança, e percebendo que o filho interage com ela, quando interpretam como benéficas essas manifestações, por meio do contato.

Tessier et al. (1998) observaram em pesquisa envolvendo 488 mães de bebês prematuros, que aquelas que realizaram o Método Mãe Canguru sentiram-se mais competentes e tinham melhor percepção da capacidade do bebê. Observaram também que essas mulheres apresentaram menos estresse mesmo quando a estadia hospitalar do filho foi prolongada.

As mulheres de nosso estudo conseguiram verbalizar o medo da perda do filho, quando constatarem como superados os obstáculos vivenciados durante o período de internação, manifestando contentamento em poder levar o bebê para casa.

Para Bowlby (2002), o nascimento de um bebê diferente do que foi esperado, como o prematuro, aquele com malformações ou outras doenças, pode causar na mãe forte impacto psicológico. Ela poderá ter reações de luto, como pena pela fragilidade do filho, medo de seu provável óbito, sentimento de fracasso por não ter levado a gravidez a termo.

Pelo que se pôde apreender do DSC5, as mães acompanham a evolução de seu bebê, avaliando e interpretando as manifestações dele

durante o contato físico e pontuam como positivas a interação entre ambos para o melhor desenvolvimento do filho.

DSC 6 - Cada um ajuda um pouco

Em casa, davam bastante incentivo, me apoiavam bastante, estão me apoiando. Tive o apoio do meu marido assim, sempre ele estava do meu lado, a gente conversava, ele me incentivava e encorajava bastante, falava para eu não desistir. Mesmo quando a gente estava longe, ele ligava e falava, era bom estar conversando para eu assim me abrir mais. Estou tendo bastante apoio dele, isso está me ajudando muito, ele me dá um pouco mais de tranquilidade. Meu marido que foi a base de tudo. Tive também apoio e ajuda da minha mãe, da minha sogra, minha irmã, das minhas primas e de amigos, meus filhos também me apoiaram. Tenho uma vizinha que essa é uma amiga minha que lava minha roupa, isso para mim é ótimo, ela me ajuda muito. Para os outros serviços de casa, tem a minha prima e quando meu marido chega mais cedo ele vai adiantando as coisas, ele também faz. Cada um ajuda um pouco, tanto aqui no Hospital como lá em casa.

A permanência da criança no ambiente hospitalar é vivenciada pela mãe, concomitantemente com seu contexto doméstico, designado aqui como hospitalar.

Como já apresentado, nem todas as mães faziam visitas freqüentes aos bebês, porém a maioria delas visitava a criança, ficando a seu lado no período diurno e, em algumas vezes, pernoitando no hospital.

No contexto hospitalar, o papel do profissional aparece como elemento de grande importância para amparo e estímulo para a mãe do prematuro superar medos e inseguranças. O ambiente doméstico exerce papel

seguramente decisivo para condições de superação das dificuldades que vão desde a liberação do tempo para permanecer no hospital ao sentimento de ambigüidade, provocado pelos diferentes papéis e diversidade das tarefas que a mãe sente ser de sua responsabilidade.

Nesta situação, apontam a necessidade de apoio, afeto e ajuda prática para se dedicar a todas as atribuições que lhe são conferidas.

As mulheres apontam como vindo do marido o principal apoio recebido no período de hospitalização do bebê. Enfatizam, ainda, a importância de poderem contar com o companheiro para incentivá-las e ouvi-las, mesmo, quando não é possível estarem próximos.

Referem ainda sobre a importância do apoio e ajuda recebidos de outras pessoas, como: a mãe, sogra e outros familiares e apontam como sendo relevante o envolvimento dos amigos no processo.

Ao realizarem estudo com mães acompanhantes dos filhos durante período de hospitalização, Oliveira e Ângelo (2000), concluíram que embora seja para a mãe uma experiência solitária, algum tipo de ajuda que receba contribui para sua força, que é essencial para que ela vivencie seu papel de acompanhante. A mãe sente-se ajudada quando tem o apoio e solidariedade das pessoas que se preocupam com a criança e com ela, essas pessoas são os familiares, amigos e alguns profissionais.

A família pode ter um papel de grande influência na amamentação de um recém-nascido de baixo peso. Mas é essencial que seja vista como parte integrante da amamentação e como importante suporte à mãe e ao bebê (Krouse, 2002).

O apoio prático recebido das pessoas torna-se importante às mães deste estudo, pois contribui para diminuir a sobrecarga dos afazeres domésticos. Desse modo, podem estar mais disponíveis para atenderem às demandas do bebê internado. Por outro lado, o apoio emocional contribui para que a mãe do bebê prematuro sinta que não está totalmente só ao vivenciar as etapas da internação do filho.

O apoio ou ajuda recebidos por essas mulheres, por pouco que seja de cada uma dessas pessoas, torna-se grandioso e valioso para quem vivencia o longo período de ter um bebê prematuro internado.

DSC 7 – Tendo que dividir seu tempo e atenção

Era uma correria, tinha que resolver tudo, chegava em casa tinha que fazer outras coisas, ajeitar alguma coisa. Eu vinha cedo, a noite chegava, já passava a roupa. Eu me cobrava muito porque você quer dar para todo mundo o mesmo tanto, então você tem que conseguir assim para você se dividir. Eu acho que ainda deixava meu bebê mais largado, não largado, porque ele estava sendo bem assistido. O neném está no hospital, mas ele estava bem cuidado, então você vai, vem um pouco aqui, faz um pouco lá... Também têm os outros, tenho que ficar pensando, o que eles tão fazendo agora? Mas também não podia largar o outro aqui entre aspas a Deus dará só por causa deles. A gente sente, assim sabe que parece que está deixando um de lado para dar atenção para o outro. Meu filho falava que eu não ficava mais tempo com ele, que eu não ficava perto dele, eu ficava com dó. Não que eu não queira dar atenção, é que se eu parasse para dar atenção, as outras coisas não iam fluir, não iam andar. Quando eu estou aqui, penso neles lá, quando estou lá, penso no outro aqui. Mesmo você vindo aqui olhar o teu filho, você não se entrega a ele entendeu? Porque você deixa a sua... Sua outra parte em casa. Não é todo mundo que tem estrutura não, para

*ficar vindo, cuidando, porque muda a rotina totalmente da pessoa.
Mulher é sexo forte, sei que falam que é sexo frágil, não sei da onde.*

Pela fala das mulheres, o nascimento e a internação de seu filho prematuro somam-se a tantas outras atividades exercidas anteriormente. Percebem que as responsabilidades e os afazeres mantêm-se, sendo de sua competência a continuidade e a organização das atividades domésticas.

As mães dos bebês prematuros cobram-se e vêem-se com poucas condições para atender a todos da maneira que desejariam, vivem uma situação conflitante; de um lado, querendo se dedicar ao filho internado, mas para que isso ocorra precisam abdicar em parte da assistência aos outros filhos e aos familiares.

Segundo Oliveira e Ângelo (2000), mães acompanhantes referem que, em alguns momentos, sentem-se não dando conta de responder a todos os papéis que consideram como seus. Assim, percebem-se desejando cumprir com seus deveres para com o filho internado e com os demais membros da família. Diante disso, sentem-se divididas, pressionadas e sobrecarregadas, pois não conseguem se desligar e encontram-se no limite de suas forças.

A necessidade de ficar com o bebê internado e, ao mesmo tempo, precisar deixar os outros membros da família e sua casa é uma situação conflitante, pois a mãe passa por momentos de indecisão em como agir, sentindo-se, então, dividida, é o que constatou também, Caetano (2004), em estudo com mães de bebês prematuros.

A ambivalência, também foi um estado emocional vivenciado por mães acompanhantes de filhos hospitalizados em estudo realizado por Siqueira, Sigaud e Rezende (2002), onde ficava difícil para essas mulheres

assumirem a escolha de interromper as atividades domésticas para ficar com o filho internado. Todas se sentiam insubstituíveis para o filho; no entanto, as demais responsabilidades que tinham em casa, demandavam sua atenção, o que gerava sentimento de impotência. Para a maior parte dessas mulheres, havia a preocupação com outros filhos, marido e com os afazeres domésticos e que deveriam estar nos dois lugares, ao mesmo tempo, precisavam fazer esta escolha que era muito difícil.

É o que também expressam as mulheres deste estudo, quando tentam amparar a todos, tornando por vezes sua rotina desgastante, são solicitadas com frequência pelo filho que deixa em casa, por isso ficam, muitas vezes, sem saber como agir.

Para Gomes (1999). o nascimento prematuro conduz à transformação da maneira de ser da família, que se apresenta sensível diante das atividades diárias. Ficando difícil estar todos os dias com o filho no hospital ou permanecer com ele integralmente, pois não é possível atender a todas as atividades em andamento.

Em estudo realizado com mães de bebês prematuros que participaram do Canguru Flexibilizado, isto é, que podiam voltar para casa após permanecer com o filho durante o dia, Furlan (2002) constatou que, mesmo retornando ao lar durante a noite, a ausência da mãe em casa modifica a dinâmica familiar, interferindo tanto no desempenho de papéis como também nas relações afetivas.

Nesse sentido, também identificamos em nosso estudo que as mulheres têm a percepção de que apesar do esforço, sentem-se divididas o tempo todo, não conseguindo dedicar-se plenamente aos seus, visto que sua

vida fora do hospital continua a afligi-las. Sabem que para se envolverem completamente no contexto de hospitalização do filho precisariam estar desvinculadas de todo o contexto restante além do hospital, no entanto, constata-se como não ser possível.

Demonstram-se sobrecarregadas com as alterações em sua rotina durante o período que o filho permanece internado, mas avaliam como sendo capazes de assumir tais compromissos, interpretando que, por ser mulher, precisam sentir-se capacitadas para tal.

Neste estudo, percebemos ser importante salientar, que a exemplo de outros estudos, como os de Bousso (1999) e Caetano (2004), que um fator que pode aliviar o conflito de emoções e sentimentos da necessidade de dar conta de tudo e todos é a confiança que a mulher mostrou ter desenvolvido nos profissionais que cuidam e tratam de seu filho. A segurança de deixar a criança em local seguro e com profissionais que demonstram solidariedade e afetividade, além da competência técnica, a libera-a para as demais atividades e deveres no ambiente doméstico, uma vez que para este, muitas vezes, ela não encontra quem a substitua integralmente.

Dessa forma, a atuação da equipe de saúde da Unidade Neonatal expande-se para o cuidado com a mãe, quando desperta nesta a confiança de que podem tratar da criança e atender às necessidades maternas de acolhimento e compreensão do momento que estão vivendo, como pode ser identificado no DSC, a seguir.

DSC 8 - Sentindo-se acolhida pela equipe de saúde

Foi importante, foi muito importante a assistência que eu tive. As pessoas que aqui trabalham se mostraram muito prestativas sabe? Muito acolhedoras, eu gostei. Sempre tive uma ótima atenção dos enfermeiros, dos médicos e dos auxiliares, também. Onde eu mais tive apoio para agüentar até agora, mais de dois meses, e aquele medo ter passado, foi a convivência que eu tive aqui dentro do Hospital, a convivência também que ajuda. Criei um vínculo, também criei uma família sabe? Devido o apoio, a atenção, o carinho com meu filho, todo mundo ajudou, auxiliam ao que precisa. Ficavam conversando bastante comigo, me explicando, sempre estavam lá orientando, falando que era para eu ter bastante paciência que um dia chegava. Com a ajuda de vocês conversando com a gente, então, é esse tipo de ajuda... A gente vê o carinho que o pessoal tem com os nenéns, então a gente assim se habituava mais, ficava mais tranqüila de poder ir para minha casa despreocupada, porque tinha muitos que gostavam dele. Apoio mesmo de estar despreocupada, sabe? De eu chegar chorando e, às vezes, sair chorando, com o tempo foi do Hospital mesmo, a minha segunda família passou a ser esses dias que eu passei e fiquei aqui, cuidaram do meu filho, cuidaram de mim também...

Assim, as mulheres manifestam importância pela maneira como os profissionais de saúde a assistem. Traduzem em apoio o acolhimento, atenção e carinho recebidos dessas pessoas que trabalham no ambiente de internação de seu bebê.

Belli (1999), em seu estudo sobre as representações sociais de mães de bebês internados na UTI neonatal, refere como é importante que os profissionais compreendam a vivência dessa mulher durante esse período, dando oportunidade para que ela expresse seus sentimentos, e que esses mesmos profissionais tenham elementos concretos e facilitadores, para que

aconteçam as (re)significações que possibilitarão a essa mulher superar barreiras e movimentar-se em direção à aproximação e apropriação de seu filho.

Percebemos que é a partir da convivência das mulheres com os profissionais, que elas referem ter superado seus medos. O convívio permite estabelecer-se a formação de um vínculo, a tal ponto de sentirem-se até familiarizadas no ambiente de internação da criança.

Ao realizar estudo com pais de bebês prematuros, Tronchin (2005) refere que se torna essencial que a comunicação e o relacionamento humano sejam valorizados e utilizados como instrumento na assistência, sendo esta uma das maneiras de despertar a sensibilidade, compreender o outro e integrar o trabalho de equipe.

Dessa forma, vale reiterar que as mães dos bebês prematuros deste estudo ao demonstrarem que adquiriram confiança nas pessoas que a assistiram, sentiram-se mais tranquilas. Observam que a atenção individualizada dispensada a ela e ao filho faz com que se sintam, também, cuidadas, demonstrando-se familiarizadas no contexto hospitalar quando dizem:

"...a minha segunda família passou a ser esses dias que eu passei e fiquei aqui, cuidaram do meu filho, cuidaram de mim também... apesar de você estar bem entre aspas"

Segundo Rubin (1961), a mulher precisa sentir-se cuidada e ter suas necessidades atendidas, para depois ter condições de atender ao filho.

Para Gotardo (2003), o cuidado humano pressupõe uma doação interna de zelo, proteção, amor e respeito humano para com o outro, sendo

essencial para as relações humanas. Isso pode ajudar os profissionais de saúde a compreender a dimensão menos técnica das profissões e estarem abertos para atitudes que consolidem a junção de pessoas para um objetivo mais próximo da singularidade de cada ser humano.

Para Neira Huerta (1985), o principal fator que colabora para o bem-estar da mãe acompanhante é o relacionamento, tanto no que diz respeito à manutenção do relacionamento mãe e filho, como o convívio significativo com a equipe hospitalar.

Para Pittengiel (2003) a conquista da confiança na equipe e no hospital acontece, conforme a família vivencia as situações e crises e vai percebendo, como os profissionais tratam-na e a seu filho. Saber que está sendo bem acompanhada por uma equipe competente que transmita segurança, também aos demais familiares contribui para o sentimento de confiança que a família vai estabelecendo durante a internação, que a auxilia no sentido de mover-se do sentimento de vulnerabilidade em que se encontrava.

Neste estudo, é interessante observar que as mulheres demonstram que o tipo de ajuda que esperam da equipe, como o saber ouvir, falar e o cuidar superam os avanços tecnológicos, não transparecendo em nenhum momento qualquer questionamento quanto à competência técnica dos profissionais. Este dado é corroborado por outros estudos, como os de Belli (1999) e Soares (2000), nos quais a competência técnica dos profissionais é dada como certa, e o que qualifica a assistência, é a capacidade destes interagirem-se com a mãe e a criança.

Podemos extrair do DSC8 que o acolhimento oferecido pela equipe de saúde às mulheres deste estudo pode promover o estabelecimento de uma relação recíproca de compromisso, no qual a atenção e o carinho recebidos das pessoas são essenciais para inserção dessas mulheres no contexto de hospitalização do filho e em seu contexto doméstico, o que indiretamente pode proporcionar melhores condições subjetivas e objetivas para a manutenção da lactação e amamentação.

5 Considerações Finais

Por intermédio deste estudo, buscamos enfatizar o contexto da vivência das mães de bebês prematuros, na tentativa de obtermos um pouco mais de entendimento das questões que permeiam, tanto o processo de manutenção da lactação como a amamentação para essas mulheres.

Embora as mulheres deste estudo tenham demonstrado conhecimento das práticas a serem realizadas para o sucesso da manutenção da lactação, enquanto seus bebês estavam impossibilitados de sugar diretamente o peito, o que podemos constatar pelos seus discursos apresentados, é que sua produção láctea diminuiu consideravelmente com o decorrer dos dias. Assim, atribuíram o fato a seu próprio estado emocional em decorrência das condições de saúde do filho e de todas as dificuldades de conciliação dos afazeres domésticos e familiares.

Podemos ainda constatar pelas entrevistas realizadas com essas mulheres, que a frequência de realização de ordenhas diminuiu consideravelmente no decorrer da internação da criança, tanto na Unidade Neonatal como no domicílio.

Fato que nos leva a refletir que a assimilação do discurso técnico imposto pelos profissionais de saúde não garante por si só o sucesso de manutenção da lactação para essas mães. Nesse sentido, podemos atribuir a contribuição ou não para o sucesso na manutenção da lactação, ao contexto no qual cada mulher está inserida.

Para as mulheres de nosso estudo, o apoio recebido das pessoas de seu convívio familiar, bem como dos profissionais que cuidavam do filho foram significativos para o caminhar desse processo.

No decorrer do período de internação do filho, observamos que superada a fase considerada para as mães deste estudo, como sendo a mais preocupante para a saúde de seus filhos, depararam-se ainda com as dificuldades no manejo da amamentação, somadas, muitas vezes, com as dificuldades de se restabelecer uma adequada produção de leite.

Acreditamos que as mães dos bebês prematuros, embora tenham apoio dos profissionais de saúde na Unidade Neonatal, possam carecer durante essa fase de um suporte diferenciado de ajuda, ou seja, um assistir voltado às particularidades de amamentar um bebê prematuro, com abordagens que contemplem além dos discursos técnicos sobre as vantagens biológicas e nutricionais para a criança prematura e que se estenda de forma mais contínua e efetiva ao período pós-alta, motivando e estimulando as mães a aplicarem as técnicas de manutenção da lactação, bem como seu empenho em amamentar.

Percebemos que, embora a amamentação exclusiva ao peito seja um objetivo almejado, tanto pela mãe do prematuro como também pela equipe, constatamos em nosso estudo que poucas mulheres amamentavam seus bebês ao peito, sem a necessidade de complemento lácteo, quando os levavam para casa.

A respeito desse fato, ponderamos que o período de amamentação sem o uso da sonda gástrica foi para a maior parte dessas mulheres, o período crucial para se estabelecer ou não a eficiência da mamada ao seio, pois estas mães tiveram em nosso entendimento, pouco tempo para lidar com o manejo da amamentação sob supervisão direta de profissionais, visto que as boas condições de saúde do filho o aproximavam da alta hospitalar.

Embora fossem consideradas aptas para lactar e amamentar, verificamos que todas as mulheres do presente estudo exteriorizaram algum tipo de dificuldade para manter a produção láctea e amamentar seu bebê prematuro.

Podemos pensar que o fato pode estar associado às várias etapas vivenciadas por essas mulheres, cujas alterações em sua estrutura emocional e no contexto de vida de cada uma delas podem interferir mais ou menos em seu processo de lactação e amamentação.

As observações verbalizadas pelas mulheres do estudo mostram que a mãe do bebê prematuro vivencia continuamente um processo de avaliação, tanto de suas condições de manter a lactação e amamentação, bem como as condições de saúde do filho por meio das manifestações do comportamento dele, quando avaliam os riscos e benefícios para ambos durante esse processo.

Nesse sentido, segundo princípios do modelo Pesando riscos e benefícios, cabe ao profissional de saúde auxiliar a mulher a identificar e diferenciar os significados de risco real ou potencial para si ou à criança e buscar alternativas para superar as dificuldades que ameacem a lactação ou amamentação.

No contexto deste trabalho, podemos inferir que o estímulo à ordenha para manutenção da lactação ficou prejudicado, tanto no contexto hospitalar como no doméstico. No primeiro, provavelmente, por haver um hiato entre a assistência à mulher que se mostra descontinuada entre a unidade que assiste o bebê e a unidade de Alojamento Conjunto que assiste a mãe, carecendo de uma linguagem e ações combinadas para conciliar a

necessidade de ambas, no que concerne aos meios de manutenção da lactação. No contexto doméstico observamos que a preocupação materna, em meio a seu desejo e responsabilidade de desempenho de vários papéis, a manutenção da lactação e amamentação, perdem a força à medida que ela se re-integra em sua rotina. Não aparece mais a figura de nenhum profissional que a estimule e monitore nas ações de manutenção da lactação. Este processo torna-se cada vez mais, ao longo do período de internação, dependente das condições objetivas da criança sugar e dar respostas biológicas e afetivas para a motivação materna.

O conteúdo dos discursos, também, aponta para a importância da atuação da equipe no desenvolvimento de segurança e confiança no cuidado com a criança, no qual a qualificação da assistência reside na capacidade de acolhimento às necessidades maternas na mesma medida do que ela espera de seu contexto familiar e entorno social.

Caberia, então, olharmos para essas mulheres que, envolvidas nas questões emocionais e nas dificuldades para manutenção da lactação, além das dificuldades no manejo da amamentação com o bebê prematuro, continuam enfrentando os obstáculos para prosseguimento da amamentação, em prol da saúde do filho.

Diante disso é necessário que, como profissionais envolvidos com a amamentação, direcionemos nossas ações de assistência às mães de bebês prematuros, de maneira a contemplar a identificação das situações individuais que cada uma vivencia, buscando, dessa forma, ajudá-las durante essa fase.

Diante dos achados de nosso estudo, podemos acreditar que a assistência oferecida na Unidade Neonatal contempla as necessidades das

mães de bebês prematuros internados, no que se refere ao incentivo e orientações para manter a produção láctea e amamentar. No entanto, seria necessário um enfoque maior no período em que seu bebê não pode sugar o peito, pois a frequência na realização de ordenhas torna-se primordial para a manutenção da lactação durante esse período. O suporte emocional e a atenção às particularidades de cada uma dessas mulheres também são questões que nos levam a refletir sobre o que poderíamos acrescentar ao sistema já implantado para atendê-las.

Acreditamos que os resultados encontrados no presente estudo possam fornecer subsídios para a reflexão de nossas práticas como profissionais, no que diz respeito às particularidades do aleitamento materno de cada mãe de bebê prematuro de nosso serviço.

6 Referências

Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S119-25.

Belli MAJ. Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Bouso RS. Buscando preservar a integridade da unidade família: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru. Brasília; 2002.

Brito MHA. Ser-mãe-de-prematuro: o cuidado inimitável da presença materna. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002. p. 106-7.

Caetano LC. Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Carvalho M, Anderson DM, Giangreco A, Pitard III WB. Frequency of milk expression and milk production by mothers of nonnursing premature neonates. Am J Dis Child. 1985;139(5):483-5.

Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O Método mãe canguru. São Paulo: Mc Graw-Hill; 1999.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.

Cunha R. Percentual de crianças diminui, mas é grande o número das que vivem na pobreza [texto na Internet]. 2005 [citado 2006 set. 22]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/12/04.shtml>

Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [home page na Internet]. Rio de Janeiro; 2008. [citado 2008 fev. 27]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/Br/acmbv@fiocruz.home>

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Percentual de mães adolescentes em 2001 [texto na Internet]. São Paulo; 2001. [citado 2008 mar. 4]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/informações_saúde/dadossaúde/html/dados_nasc_vivos_1.html

Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe canguru. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(4):444-52.

Furlan CEFB. Implantação do método mãe-canguru: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Giugliani ERJ, Lamonier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S117-8.

Godoy MTH, Bouttelet D. Repensando o cuidado à mulher que amamenta. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2004;14(1):68-74.

Gomes MMF. As repercussões familiares da hospitalização do recém nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidado [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Gota de Leite: duas décadas de política pública no Brasil [texto na Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. [citado 2006 set. 5]. Disponível em: <http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01/gotadeleite01.htm>

Gotardo GIB. A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus tratos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; c1979.

Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Socchi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. Rev Latino-Am Enferm. 2004;12(6):890-8.

Javorski M. Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru[dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.

Kenner C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso; 2001. Recém-nascidos de alto risco; p. 158-68.

Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Krouse AM. The family management of breastfeeding low birth weight infants. J Hum Lact. 2002;18(1):155-65.

Lamy Z. Prematuros sobrevivem mais [texto na Internet]. Fortaleza; 2006. [cotado 2006 ago. 28]. Disponível em:

<http://www.saude.ce.gov.br/clipping/modules.php?name=News&file=article&sid=7525>

Lau C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):221-34.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro; 2005a.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). 2ª ed. Caxias do Sul: EDUC; 2005b.

Leone CR, Ramos JLA, Vaz FAC. O recém-nascido pré-termo. In: Marcondes E. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 348-52.

Lopes MCSO, Silva RV, Quintal V. Aspectos nutricionais e imunológicos do leite e Banco de Leite Humano. In: Spallicci MDB, Costa MTZ, Melleiro MM, organizadores. *Gravidez e nascimento*. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 201-7.

Mancini PGB, Meléndez GV. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(3):241-8.

March of Dimes Foundation. Premature birth [home page on the Internet]. 2006. [cited 2006 Nov 17]. Available from:
http://www.marchofdimes.com/prematurity/index_about.asp

Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth*. 2001;28(1):20-1.

Méier PP. Breastfeeding in the special care nursery. Prematures and infants with medical problems. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(2):425-42.

Merighi MB, Praça NS. Abordagens teórico: metodológicas qualitativas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Meyer DE, Oliveira DL. Breastfeeding policies and the production of motherhood: a historical-cultural approach. *Nurs Inq*. 2003;10(1):11-8.

Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 4^a ed São Paulo: Hucitec; 1996.

Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:S355-63.

Nakano MAS. As mulheres e as diferentes posições de sujeito na prática do aleitamento materno. *Acta Paul Enferm*. 2002;15(4):96-101.

Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S163-72.

Neira Huerta EP. A experiência de acompanhar um filho hospitalizado: sentimentos, necessidades e expectativas manifestados por mães acompanhantes. *Rev Esc Enferm USP*. 1985;19(2):153-71.

Norwitz ER, Robinson JN. A systematic approach to the management of preterm labor. *Semin Perinatol*. 2001;25(4):225-35.

Oliveira I, Angelo M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: a experiência da mãe acompanhante. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):202-8.

Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; c2001.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Guia do treinador: aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Genebra: OMS/UNICEF; 1997.

Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termos durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(4):251-4.

Pettengiel MAM. A vulnerabilidade da família: desenvolvimento e conceito [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Ramos JLA, Gonçalves AL. Alimentação enteral do recém-nascido pré-termo. In: Diniz EMA, Santoro Junior M, coordenadores. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 217-21.

Ramsey OS, Goldenberg RL. Obstetric management of prematurity. St Louis: Mosby; 2002.

Righard L, Alade MO. Breastfeeding and use of pacifiers. Birth. 1997;24(2):116-20.

Rubin R. Basic maternal behavior. Nurs Outlook. 1961;9(11):683-6.

Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(4):539-43.

Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(4):597-605.

Shimoda GT. Lesão da papila mamária: características, frequência e fatores presentes na ocorrência desta intercorrência em um grupo de nutrízes

internadas em sistema de alojamento conjunto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Silva IA. Amamentação na perspectiva da mulher. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual, políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 3-7.

Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997.

Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apóiam e não apóiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(3):270-5.

Soares AVN. A representação social da puérpera em sistema de alojamento conjunto sobre seu processo de hospitalização [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Sociedade Mineira de Pediatria; "Avanços ajudam bebês a lutar pela vida" [home page na Internet]. Belo Horizonte; 2006. [citado 2006 jul. 29]. Disponível em: <http://www.smp.org.br/atualizacao/view>

Spacilli MDB, Chiea MA, Albuquerque PB, Bittar RE, Zugaib M. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [texto na Internet]. São Paulo: HU-USP; 2001. [citado 2008 mar. 13]. Disponível em: <http://latina.obgyn.net/portugues/defanet.asp.page=//portugues/articles/estudo>

Tavares LAM. Método Mãe Canguru: a nutrição do recém-nascido prematuro [texto na Internet]. 2004. [citado 2006 jul. 29]. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=4&id_artigo=537&id_subcategoria=

Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, Figueroa de Calume Z. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*. 1998;102(1):17-23.

Tronchin DMR. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):49-54.

UNICEF Brasil. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Iniciativas pela criança [home page na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 nov. 9]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/amigos.htm>

Vinagre RD, Diniz EMA. O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro. São Paulo: Atheneu; 2001. Considerações gerais; p. 111-21.

Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 2002. p. 36-37.

Xavier CC, Jorge MS, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(5):381-7.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Rosangela Venancio da Silva, sou enfermeira, aluna do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa com mães de bebês prematuros internados no Hospital Universitário, que tem como título: "A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos."

O objetivo deste estudo será conhecer a vivência de amamentação das mães de recém-nascidos prematuros no período de internação de seus filhos e identificar o que pode interferir na manutenção da lactação e amamentação dessas mulheres, para buscar melhorar a assistência prestada às mães e seus bebês prematuros.

Concordando em participar do estudo, responderá a algumas perguntas feitas por mim, e essa conversa será gravada para que não seja perdida nenhuma informação, ficarei responsável pelo material da gravação.

Realizarei, também, se assim a senhora permitir o exame físico de suas mamas e observarei a maneira como seu bebê suga no peito, por ocasião da alta do seu bebê. Tanto a entrevista como o exame das mamas serão realizados em local privativo dentro da Unidade Neonatal. Seu nome será mantido em segredo e os resultados serão divulgados apenas em publicações e eventos científicos.

Participar desta pesquisa não trará nenhum risco à senhora ou a seu filho. A senhora é livre para decidir se quer ou não participar do estudo, podendo desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo na assistência prestada no Hospital. Poderá entrar em contato comigo pelos telefones: (11) 3686-7018 ou (11) 9336-2840.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP. Se tiver qualquer dúvida, o endereço é: Avenida Professor Lineu Prestes, 2.565 – Cidade Universitária – CEP 05508-900 – São Paulo-SP Telefones: 3093-9457 ou 3039-9479.

Agradeço sua participação para a realização deste estudo.

Identificação do sujeito da pesquisa:

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Telephone: _____

Eu, _____, declaro que, após ser esclarecida sobre o estudo e ter entendido o que me foi explicado, concordo participar da presente Pesquisa.

Sujeito da Pesquisa

Pesquisadora

Responsável legal ()
RG:

Obs: Caso a participante do estudo tenha dificuldade para ler, poderá solicitar uma testemunha para a leitura e assinatura do Termo.

ANEXO 2**Formulário de Coleta de Dados**

A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos.

I - Parte

Data: ____/____/____ Número: _____

A – Dados de caracterização da mãe

Fonte: prontuário e entrevista

- Iniciais do nome: _____
- Idade materna: _____ anos
- Escolaridade: _____ anos
- Profissão: _____
- Número de filhos vivos: _____
- Já teve outro filho prematuro: não ☐ sim ☐ Quantos: _____
- Estado civil: solteira ☐ casada ☐ viúva ☐
com companheiro ☐ com companheiro ☐
sem companheiro ☐ sem companheiro ☐

B – Dados de caracterização do bebê

Fonte: prontuário

- Idade gestacional ao nascimento: (Capurro somático _____)
- Peso ao nascimento: _____ gramas
- Início da dieta: _____ dias
- Via de administração da dieta:
Por sonda gástrica _____ dias ☐
Por via oral e sonda gástrica: _____ dias ☐
Via oral: copinho _____ dias ☐
seio _____ dias ☐
mamadeira _____ dias ☐
- Recebeu leite humano de Banco de Leite:
Sim ☐ Não ☐
- Peso na alta hospitalar: _____ gramas

- Tipo de alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo ☐

aleitamento materno com complemento lácteo ☐

aleitamento artificial ☐

II - Parte

Dados objetivos da lactação / amamentação

Entrevista A

1. Você já amamentou anteriormente?

Sim ☐ Quanto tempo? _____ dias *

Não ☐ Por quê? _____

*Em caso de mais de uma experiência anote a que durou maior tempo.

2. Quando realizou a primeira ordenha do leite para esse bebê?

No dia do parto ☐

No dia seguinte ao parto ☐

_____ dias após o parto ☐

3. Você realizou ordenha durante todo o período de internação de seu bebê?

Sim ☐ No hospital ☐

Em casa ☐

Não ☐ Por quê? _____

4. Quantas vezes ao dia costumava retirar leite? _____ vezes ao dia

5. Com que frequência visitou seu bebê durante a internação?

Diariamente ☐

Em dias alternados ☐

Outro ☐ _____ Por quê? _____

6. Quanto tempo costumava ficar com seu bebê quando vinha visitá-lo durante a internação?

Até 2 horas ☐ Por quê? _____

De 2 a 6 horas ☐

De 6 a 12 horas ☐

Por 24 horas ☐ Por que? _____

III - Parte

Entrevista B – (Questão norteadora)

Conte-me como foi a sua experiência de amamentar seu bebê do começo ao fim da internação dele (a).

Itens a serem abordados para aprofundamento da entrevista:

- Elementos do contexto familiar presente no processo e seu significado: relação familiar, apoio de parentes, preocupação com outros filhos, etc...
- Elementos do contexto hospitalar presentes no processo e seu significado: assistência recebida na Unidade Neonatal, utilização de recursos oferecidos pela Instituição.
- Elementos objetivos e subjetivos relacionados à manutenção da lactação: frequência da realização de ordenhas das mamas, contato físico com o bebê mesmo antes de iniciar a sucção ao peito, entendimento às orientações recebidas na Instituição, sentimentos sobre a vivência no período de internação do filho.

IV – Parte

Exame físico das mamas na ocasião da alta hospitalar do bebê:

Condições das mamas (mamas direita e esquerda)	mama direita	mama esquerda
- túrgidas	☐	☐
- flácidas	☐	☐
- ingurgitadas	☐	☐

Produção láctea	mama direita	mama esquerda
- com drenagem láctea em pequena quantidade	☐	☐
- com drenagem láctea em média quantidade	☐	☐
- sem drenagem Láctea		

Condições dos mamilos	mamilo direito	mamilo esquerdo
- Protrusos	☐	☐
- Semiprotruso	☐	☐
- Íntegro	☐	☐
- Com lesão	☐	☐

V Parte

- Observação do padrão de sucção do bebê

sucção correta* ☐

sucção incorreta** ☐

* Considerar sucção correta, o bebê com a boca bem aberta, língua sob a aréola e mamilo, lábio inferior virado para fora, retirando o leite das mamas com sugadas vigorosas e profundas, segundo Righard, Alade,OMS (1997).

** Considerar sucção incorreta quando não houver observação de qualquer um dos itens acima descritos.

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 16 de março de 2007.

Il^{mo(a)}. S^{ra(a)}.

Prof^a. Dra. Isília Aparecida Silva

Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** "*A vivência das mães de bebês prematuros no processo de lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos*"
- **Co-Autor(es)**: Rosângela Venâncio da Silva - **Registro CEP-HU/USP**: 721/07 –
SISNEP CAAE: 0003.0.198.196-07

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 16 de março de 2007, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 16 de março de 2008.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP