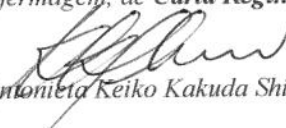


CARLA REGINA BIANCHI CODO

**AMAMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ TERMO:
OLHAR MATERNO.**

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **Carla Regina Bianchi Codo***


Prof. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Orientadora

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

CARLA REGINA BIANCHI CODO

**AMAMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO:
OLHAR MATERNO.**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.*

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO.

CAMPINAS

2002

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	C648a
V	EX
TOMBO BC/	51846
PROC.	16-837-02
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	16/12/02
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00177395-8

BIB ID 272463

C648a Codo, Carla Regina Bianchi
Amamentação do recém-nascido pré-termo: olhar materno / Carla Regina Bianchi Codo. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

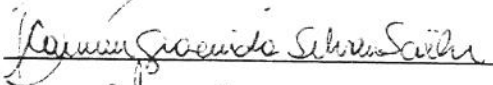
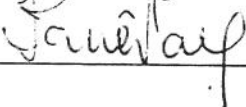
Orientador : Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Amamentação. 2. Prematuro. 3. Lactente. I. Carla Regina Bianchi Codo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Membros:

1. Profª Drª Antonieta Keiko Kakuda Shimo 
2. Profª. Drª. Carmen Gracinda Silvan Scochi 
3. Profa. Dra. Ianê Nogueira do Vale 

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 03/07/2002

A Deus pela oportunidade desta existência.

Aos meus pais, José Maria Bianchi (*in memorian*) e Dalva Ap. Bella Bianchi, pessoas responsáveis por todo o progresso obtido pelo caminho que ainda se inicia, por toda compreensão, amor e carinho.

Ao meu marido, Marcelo, companheiro de todos os momentos e pelo apoio oferecido.

Às minhas irmãs, Cíntia e Carina, pela compreensão, estímulos e auxílio nos momentos mais difíceis.

A toda minha família pela compreensão nos momentos de ausência.

A todos os amigos e funcionários da UTIN, em especial a Valdirene e Rosângela, pela constante compreensão das ausências e cansaço apresentado em toda esta trajetória.

À professora Antonieta, pelo constante carinho, apoio, compreensão e auxílio para a execução deste trabalho.

Aos bebês e suas mães, sem os quais este projeto não seria possível. Deixo o meu agradecimento e dedicação.

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xix</i>
ABSTRACT	<i>xxiii</i>
1. INTRODUÇÃO	<i>27</i>
1.1. Visualizando a importância deste estudo	<i>31</i>
2. REVISÃO DA LITERATURA	<i>35</i>
2.1. Revendo a amamentação sob os aspectos histórico-sociais e culturais	<i>37</i>
2.2. Revendo a lactação sob o aspecto anátomo-fisiológico	<i>42</i>
2.2.1. Anatomia da mama e fisiologia da lactação	<i>42</i>
2.3. Adequação do leite materno para o bebê	<i>45</i>
2.3.1. O bebê a termo e o prematuro	<i>47</i>
2.3.1.1. Sinais de maturidade para amamentar	<i>53</i>
2.3.1.2. O mamilo e o bebê prematuro	<i>54</i>
2.4. Maternidade	<i>55</i>
2.4.1. Ser mãe	<i>55</i>
2.4.2. A mulher no período puerperal	<i>56</i>
2.4.3. A mãe do prematuro	<i>58</i>
2.4.4. O bebê e a amamentação	<i>66</i>
3. OBJETIVOS	<i>69</i>
4. REFERENCIAL TEÓRICO	<i>73</i>
4.1. O cuidado humano	<i>75</i>
4.2. Rede de apoio social	<i>80</i>

5. METODOLOGIA.....	85
5.1. Abordagem metodológica.....	87
5.2. Aspectos éticos da pesquisa.....	89
5.3. Contexto onde se realizou o estudo.....	89
5.4. Sujeitos da pesquisa.....	92
5.5. Coleta de dados.....	92
5.6. Análise dos resultados.....	99
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
6.1. Apresentando as participantes do estudo.....	105
6.2. Dados de identificação.....	111
7. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A AMAMENTAÇÃO DE RNTPs.....	115
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
10. ANEXOS.....	183

LISTA DE ABREVIATURAS

UTI	Unidade de Tratamento Intensivo.
RNPT	Recém-nascido pré termo.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo.
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.
AM	Aleitamento Misto.
AA	Aleitamento artificial.
RN	Recém-nascido.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

	PÁG.
Figura 1: Movimento de ordenha da língua do recém-nascido.....	49
Figura 2: Relação mandíbula-maxilar e dinâmica da sucção do recém-nascido.....	50

LISTA DE QUADRO

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1: Caracterização das mulheres-mães.....	112



RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que procurou desvendar a amamentação do bebê prematuro, tendo como informante a mulher/mãe. Para melhor compreensão do processo de aleitamento materno, realizamos uma revisão da literatura sobre: aspectos histórico-sociais e culturais da amamentação; anatomia da mama e fisiologia da lactação; aspectos do recém-nascido a termo e pré-termo, com o intuito de estabelecer parâmetros do desenvolvimento normal e o que pode ser encontrado com relação ao prematuro; revisamos também noções sobre a maternidade e o significado da prematuridade para os pais. O referencial teórico escolhido foi o cuidado humano e a rede de apoio social tendo como objetivo geral: analisar a vivência do processo de amamentar em mulheres-mães de bebês prematuros internados em uma UTIN de um hospital filantrópico do interior do estado de São Paulo; e objetivos específicos: 1- identificar o significado atribuído pelas mulheres em relação à amamentação de RNPT, comparando-o com sua prática; 2- identificar os sentimentos e as dificuldades que as mulheres-mães vivenciam no processo do aleitamento materno do filho prematuro; 3- descrever as estratégias utilizadas pelas mulheres para a manutenção da lactação, e 4 - identificar a rede de apoio social. Para a coleta de dados utilizamos entrevistas semi-estruturadas gravadas em dois momentos distintos: antes da amamentação ao peito e depois da amamentação ao peito. Utilizamos também a observação participante e a construção do mapa de rede social pessoal. A análise de conteúdo temático foi a estratégia escolhida para analisar os dados, emergindo três núcleos de sentidos: 1- Desvendando o processo de alimentação do RNPT, através do qual pudemos identificar que as dificuldades e estratégias utilizadas pelas mulheres/mães de RNPTs são muito semelhantes às utilizadas pelas mães de recém-nascidos a termo, inclusive com relação à sua culpabilização diante dos insucessos; 2 – Desvendando a rede de apoio; pudemos identificar as necessidades das mães em ser cuidadas para se tornarem boas cuidadoras, rede esta onde também se insere a equipe de saúde que cuida e se relaciona com o binômio: bebê-mãe; 3 – Exercendo o papel de ser mãe; neste núcleo percebemos que a mulher só se sente mãe quando tem oportunidade de cuidar de seu bebê e oferecer-lhe um produto que só ela é capaz de fornecer – o leite materno. A partir da compreensão desse processo, propostas foram elaboradas com o intuito de minimizar as dificuldades das mulheres-mães, principalmente com relação à capacitação do pessoal que cuida desse binômio: bebê-mãe; e da sua família.

Palavras-chave:

recém-nascido, mãe,

aleitamento materno,

bebê prematuro, família.



ABSTRACT

This work is an exploratory-descriptive study with qualitative approach that aims to unmask breast-feeding of the premature baby, having as informer the woman/mother. For a better understanding of the process of maternal breast-feeding, we carried out a revision of literature on: social-historic and cultural aspects of breast-feeding; the anatomy of the breast and the physiology of the lactation; aspects of the new-born on term and pre-term with the intention of establishing parameters of normal development and what can be found in relation to the premature; we have also revised the maternity and the meaning of the prematurity for the parents. The chosen theoretical referential was the human care and the net of social support. Having as general objective: to identify the motherly difficulties in relation to breast-feeding of pre-term new-born in the Neonatal ICU of a private hospital; and as specific objectives: 1- to compare their speech and practice in relation to PTNB; 2- to describe the strategies used by the mothers for the maintenance of the lactation, and 3- to identify the net of social support. For collection of data we use half-structured interviews recorded at two distinct moments: before breast-feeding and after breast-feeding. We have also used participative observation and the construction of the map of personal social net. The analysis of thematic content was the chosen strategy to analyse the data, from where it emerged three sensorial nuclei: 1- Unmasking the process of feeding of the PTNB, through which we were able to identify that the difficulties and strategies used by the women/mothers of PTNB's are very similar to those used by the mothers of NB's on term, also when it comes to their culpability facing failures; 2. Unmasking the support net, we were able to identify the needs of the women/mothers in being well taken care of in order to become good care takers themselves, in such nets we also include the health team which takes care and relates to the binomial: baby/mother; 3. Playing the role of being mother, in this nucleus we notice that the woman/mother only feels like a mother when she has the chance of taking care of her baby and by offering a product that only she is capable of supplying the maternal milk. From the understanding of this process, proposals are elaborated with the intention of minimising the difficulties of the women/mothers, mainly regarding staff qualification which takes care of this binomial: baby/mother; and its family.

Key words:

newborn, mothers,

maternal lactation,

premature baby, family.



1. INTRODUÇÃO

O interesse por assuntos relacionados à amamentação surgiu durante o curso de graduação, no qual pudemos por em prática orientações como exercícios para o preparo da mama, posicionamento do bebê ao peito, cuidados com relação à presença de escoriações, etc., para as gestantes, parturientes e puérperas. Porém, faltava-me a prática que propiciasse a visualização de problemas enfrentados pelas mulheres-mães na amamentação de seus filhos, principalmente aos vivenciados pelas mães de recém-nascidos pré-termo (RNPT).

Como enfermeira assistencial, visualizei sempre a amamentação como base de recuperação e proteção do bebê prematuro, e mantive um trabalho de orientação às nutrizes tendo em vista sempre o sucesso deste relacionamento. Entretanto, apesar de todo empenho, os índices de aleitamento materno exclusivo (AME) em nossa cidade, eram muito baixos.

Optei por aprofundar meus conhecimentos pela aquisição de livros, porém algo me escapava para auxiliar efetivamente essas mulheres. Procurei entender sua vivência como mães de prematuros, a relação dessa vivência com o aleitamento materno e as dificuldades advindas desse processo.

Dessa forma, resolvi partir da visão materna e estudar como ocorre o enfrentamento das dificuldades dessas mulheres-mães de RNPT com relação à amamentação de seus bebês prematuros.

Atualmente, existe uma preocupação constante de profissionais e pesquisadores que lidam com gestantes e parturientes em relação à amamentação, no tocante a estar desvendando os fatores físicos, emocionais e da rede de apoio que interferem na amamentação. Estes estudos têm sido divulgados especialmente em eventos científicos nacionais e internacionais relacionados ao aleitamento materno, sendo em menor proporção publicados em periódicos.

Nesta última década surgiram estudos que se preocupam com a visão da mulher-mãe que amamenta. Neste sentido, merecem destaque as reflexões feitas por KING (1998) ao relatar que, atualmente, as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o bebê são bem conhecidas pelos profissionais de saúde e clientela, e então, ***o que precisa agora é estar bem alerta das dificuldades que a mãe encontra para amamentar e como se pode ajudá-la nesta tarefa.*** (grifo nosso).

Olhando para as mulheres-mães que tiveram um parto a termo, observamos que elas atravessam um período especial de adaptação à nova rotina diária pela presença e cuidado de um novo ser. No entanto, ao observarmos as mães que tiveram partos prematuros, pudemos notar nelas uma maior ansiedade, estresse e dúvidas em relação a este fato. É notório que o seio materno é o melhor meio de nutrir um bebê. LANG (1999, p.XV) explica: *“Entretanto, se a amamentação do recém-nascido a termo já é complicada, isso vale duplamente no caso do bebê doente ou prematuro”*.

Em nossa vivência profissional na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), identificamos alguns fatores, descritos a seguir, que em nossa opinião dificultam o processo de amamentação de bebês prematuros, entretanto esta é a nossa visão e não a visão da mãe de RNPT, que procura por cuidados a ser-lhe prestados em nossa unidade.

Fatores maternos: falta de orientação prévia às mães quanto à importância do aleitamento materno, dificuldade em manter a lactação devido ao não estímulo do mamilo pela sucção, não drenagem das mamas, mamas ingurgitadas durante o período da apojadura e estresse de ter um filho internado.

Fatores do RNPT: dificuldade do prematuro em desenvolver mecanismos de deglutição e sucção eficazes, dificuldades estas inerentes à imaturidade anátomo-fisiológica.

Fatores profissionais: falta de capacitação profissional, refletindo esta na inabilidade em lidar com mulheres durante o ciclo gravídico puerperal. Há também, insuficiência do número de profissionais para atender à demanda existente para questões relacionadas à amamentação.

Além destes fatores, cremos também que essas mulheres enfrentam a discrepância entre o “bebê imaginário” e o “bebê real”. Dependendo do estado da prematuridade/vitalidade, elas vivenciam essa discrepância em maior ou menor grau, com os estágios de negação e isolamento, ira, barganha, depressão, aceitação e esperança, descritos por KÜBLER-ROSS (1987), em relação à morte, que também são vivenciados pelas nutrízes em questão, pois elas podem ter a sensação iminente de perder seus bebês.

Segundo JAVORSKI (1997, p.7),

“(...) o aleitamento natural é um tema complexo, abordado sob diferentes perspectivas na literatura, entretanto, a amamentação materna no prematuro sob a óptica materna tem sido pouco explorada”.

Partindo da concepção de que a amamentação e o desmame, principalmente o precoce, são influenciados por múltiplos fatores, e tendo consciência também de que focalizar somente um dos fatores não responde às questões sobre o aleitamento materno, desenvolvemos um estudo sob a óptica da mulher-mãe de RNPT, a fim de identificar seus sentimentos no processo do aleitamento materno e rede de apoio social, cujos resultados possibilitarão a constatação dos fatores que influenciam ou dificultam a amamentação de seus bebês, internados na UTIN. Justifica-se este estudo para, conhecer essas mulheres e modificar o atendimento a elas fornecido, desenvolvendo práticas facilitadoras do processo de amamentação, ou seja, minimizando ou solucionando estas dificuldades.

1.1. VISUALIZANDO A IMPORTÂNCIA DESTE ESTUDO

Há múltiplos aspectos envolvendo o processo de amamentação.

No cotidiano podemos indicar alguns, que ao nosso critério, interferem na amamentação do RNPT:

- estresse por: angústia e preocupação da mãe do prematuro internado na UTIN, expectativa de sobrevivência/ sobrevida, perda, culpa, separação do filho, etc.;
- falta de estímulo no mamilo: pelo fato de o bebê não poder ou não conseguir sugar a mama, principalmente em seu início de vida;
- falta de apoio de familiares, profissionais e comunidade;
- obrigação de levar leite ordenhado para seu filho: mesmo com períodos de internação prolongados.

A produção de leite, nesses casos, fica prejudicada. O leite materno é um importantíssimo alimento para os bebês, principalmente para os prematuros, que necessitam de um aporte calórico elevado e de proteção para manter seu metabolismo e processo de crescimento e desenvolvimento. Entretanto, como será a concepção relativa ao aleitamento, para as mães de RNPT?

A preocupação com a amamentação, levou-nos a fazer um levantamento da situação do aleitamento em nosso meio, realizando uma pesquisa em nossa própria unidade no ano de 2000.

Os dados foram obtidos em consultas de enfermagem, realizadas após 15 dias da alta hospitalar dos RNPT, e em entrevistas abertas com as mães, quando estas estavam em controle do peso dos bebês na própria unidade.

A pesquisa foi realizada com 34 mães, categorizadas de acordo com o seu período de internação, identificando qual o tipo de aleitamento materno foi estabelecido, da seguinte maneira:

- até 10 dias de internação: nove estabeleceram AME (aleitamento materno exclusivo), duas AM (aleitamento misto) e quatro AA (aleitamento artificial) (devido a problemas que contra-indicavam o aleitamento materno);
- de 11 a 20 dias de internação, três mães estabeleceram AME, três AM e duas AA;
- acima de vinte dias de internação apenas uma mãe estabeleceu AME, quatro AM e seis AA.

Portanto, 13 mães estabeleceram AME, 9 AM e 12 AA, num total de 34 mães acompanhadas.

A partir dos dados levantados nessas entrevistas, observamos que quanto menor o período de internação, maior o favorecimento do aleitamento materno exclusivo (AME), e que quanto maior o tempo de internação, menor o índice de AME. Torna-se maior, então, o índice de aleitamento artificial (AA) e de aleitamento misto (AM) (CODO & MENCONI, 2000).

Diante desses dados, podemos observar que a situação da amamentação em nossa unidade é preocupante.

Orientações e apoio são oferecidos às mães, pela equipe da UTIN durante a internação de seus filhos, mas não conseguimos aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo, mesmo sabendo que a qualidade da assistência pode influenciar nesse índice. O que nos preocupa é investigar as dificuldades dessas mães em manter sua produção láctea para amamentar seus bebês quando estes forem considerados aptos para mamar.

A maioria das UTINs baseiam a liberação da amamentação no peito em indicadores como o peso do bebê, sua idade gestacional e sua clínica. Em nosso serviço, o estado clínico do bebê e a capacidade deste se alimentar ao peito são os principais indicadores, além do peso e idade gestacional.

Esta capacidade é avaliada pela fonoaudióloga de plantão, e o estágio de desenvolvimento do recém-nascido (RN) é discutido com uma equipe composta por duas fonoaudiólogas, quatro enfermeiras e dois médicos de plantão.

Apesar de freqüentemente estimuladas a amamentar, não temos atingido com as mães o sucesso esperado. Neste contexto, emergem alguns questionamentos:

- Qual o significado atribuído ao leite materno?
- Quais as estratégias utilizadas para manutenção da lactação enquanto o filho permanece na UTIN? Elas querem amamentá-los?
- Qual o significado de amamentar seu filho prematuro no peito?
- O que diferencia uma mãe de RNPT que não consegue manter a lactação, daquela que consegue?
- Que dificuldades essas mães de RNPT encontram?
- Será que a mulher que já teve outros filhos tem mais facilidades?
- Qual a rede de apoio social acessada nesse processo?

Poderemos também verificar se a prática vivenciada por essas mulheres difere do discurso referido pelas mesmas na pesquisa.

As respostas a essas questões nos ajudarão a compreender o processo da amamentação do RNPT sob a óptica materna, ou seja, da sua vivência, auxiliada ainda pela literatura a este respeito.



2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. REVENDO A AMAMENTAÇÃO SOB OS ASPECTOS HISTÓRICO- SOCIAIS E CULTURAIS

A amamentação pode ser considerada um processo fácil para algumas pessoas, porém pode tornar-se dolorosa e complicada quando ocorre desinformação da mulher-mãe que irá amamentar, e falta de um profissional qualificado para acolhê-la e acompanhá-la. O processo de amamentação, demonstra a história, é aprendido pela mãe, por seu filho e pela pessoa que a auxilia (profissional ou não).

“Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura” (ALMEIDA, 1999, p. 23).

ICHISATO (1999) relata que fazem parte da construção do aleitamento materno os costumes, crenças e tabus, como herança sócio-cultural, o que irá acarretar diferentes significados para a mulher, que pode levar esta a amamentar ou não o seu bebê.

ALMEIDA (1999) relata que sempre na humanidade, o homem buscou substitutos para o leite materno, construindo alternativas para responder à demanda das mulheres-mães que, por opção ou imposição, escolheram o caminho do desmame precoce. E complementa que esta busca se inicia:

“desde a secular figura da ama-de-leite até a emblemática vanguarda científica construída pelo marketing dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido aos propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de auferir lucros de toda a espécie” (ALMEIDA, 1999, p.15).

ICHISATO (1999, p.18) fazendo uma interpretação de diversos autores conclui que *“(...) a busca por um substituto da amamentação vem desde o início da raça humana”*.

No Antigo Testamento, temos relatos a respeito da utilização de substitutas de aleitamento para as mães, como um trabalho remunerado: *“Então a filha do Faraó disse para a mulher: ‘Leve este menino, e o amamente para mim, que eu lhe pagarei’”* (BÍBLIA, êxodo, cap. II, v.9, 1990, p.71).

ALMEIDA (1999) esclarece: com a colonização do Brasil por Portugal, muitos costumes foram transmitidos, principalmente o das mães ricas de não amamentarem seus filhos, desta maneira foi incutido na cultura brasileira a figura da ama-de-leite, que promoveu na classe escrava um alto índice de desmame em favor da amamentação da criança branca.

Segundo COSTA (1983), a relação entre aleitamento mercenário e mortalidade infantil, leia-se criança de elite, detonou o processo de criação de mãe higiênica, onde a vida dessas crianças passou a ter importância econômico-política. (séc. XIX). A culpabilização da mulher aparece nesse momento, relacionando a amamentação com ato de amor. Todo esse movimento era em favor da criança.

ICHISATO (1999, p.20), tendo por base a análise histórica realizada por Costa, conclui que os higienistas detectaram a necessidade de criar uma organização nova para a família, na qual ocorresse uma participação mais justa e igualitária entre homens e mulheres e comenta: *“Caberia ao pai, homem, dar à criança os bens materiais e à mãe, mulher, os cuidados físicos, intelectual...”*.

ALMEIDA (1999, p.27) continua seu relato a respeito do aleitamento materno explicando:

“... abandono da amamentação engendra o paradoxo do desmame, que traz consigo uma grande questão: por que as mães tendem a desmamar aos seus filhos cada vez mais precocemente? A lógica imediata impulsiona o raciocínio para respostas rápidas e diretas, que relacionem o hábito da amamentação ao novo papel social da mulher. Na verdade, o perfil do feminino e da família brasileira mudou, notoriamente ao longo da década de 80, quando quase

dobrou o número de unidades domésticas compostas por famílias chefiadas por mulheres. Em decorrência, houve um aumento expressivo da participação das mulheres no mercado de trabalho”.

Torna-se importante ressaltar, o desejo dessas mulheres-mães em amamentar ou não, já que estão inseridas em um contexto social e histórico de emancipação. Nessa situação, o trabalho - seja como fonte de subsistência ou como forma de auto realização - é interrompido a fim de que a mulher possa dar à luz seu(s) filho(s), cumprindo as prerrogativas da sua “função social”: a de mulher-mãe. Todavia, o retorno ao trabalho muitas vezes representa o fim do processo de amamentação, já que este pode se tornar um empecilho ou ameaça para a realização profissional, para a busca da autonomia ou mesmo para a viabilização econômica da sua estrutura doméstica.

BRAZELTON (1988, p. 20) também relata este aspecto quando discorre sobre a luta por um espaço no mercado de trabalho vivenciado pelas mulheres e o conflito em ser mãe:

“as mulheres lutaram, e ainda lutam, por uma situação mais igualitária. A entrada de um bebê, em seu plano de vida conquistado arduamente, traz à tona o conflito entre o desejo de ser uma boa mãe e à vontade de estar disponível para o progresso de sua carreira”.

CHODOROW (1990), fazendo uma análise do desenvolvimento do papel da mulher desde os tempos primitivos até os dias atuais, nos informa que foi necessário para o grupo (em formação na idade pré-histórica) e para o interesse da sociedade (durante o capitalismo, para fornecer mão-de-obra e mercado de consumo) que a mulher assumisse um papel onde ficasse mais recolhida e preservada para cuidar da sobrevivência dos filhos e manter a própria sociedade existente.

Assim, com base nestes dados históricos, a autora constrói uma definição de “maternagem¹” e do porquê as mulheres “maternam”, baseando esta maternagem no cuidar necessário à subsistência do grupo.

1 “ Maternação é marcadamente uma função de base psicológica. Consiste na experiência pessoal e psicológica do eu em relação com o filho ou filhos” (CHODOROW, 1990, p. 52).

Aliado a este fator de subsistência do grupo surge a vontade das mulheres-mães de não amamentarem os seus bebês porque isto se contrapõe à sua vida social. Crenças nos revelam discursos antigos a respeito do aleitamento. SILVA (1990) cita que frases ou expressões como “leite fraco” e “o leite secou”, foram introduzidas pela classe médica dominante em tempos atrás e incorporadas na sociedade atual.

Talvez os higienistas tenham sido os maiores responsáveis pela introdução destas crenças, pois não tinham estratégias para fornecer suporte às mulheres com queixas de dificuldades em amamentar.

ALMEIDA (1999, p.36-37) revela:

“(...) apesar dos esforços despendidos para a promoção da amamentação, certos grupos de mulheres não conseguiam êxito, em virtude do pequeno volume de leite produzido, ou pelo fato de ser este fraco ou secar com facilidade. (...). O higienismo criou e introjetou na cultura brasileira a figura do leite fraco”.

ALMEIDA (1999, p.39) ressalta que a mistura de dois ingredientes, leite industrializado e mamadeira, forneceu alternativas seguras para as mães que enfrentavam dificuldades com relação ao seu aleitamento materno. O leite artificial surge como um forte substituto para o leite fraco e para os casos em que a hipogalactia foi instituída, “... *que além de transformar-se em uma das principais preocupações da medicina (...), configurou-se como mediador que permitiu a institucionalização do desmame precoce como prática sócio-cultural, sob os auspícios da medicina*”.

SILVA (1990) relata que o surgimento do leite pasteurizado e em pó ajudou no desmame precoce, mostrando que o aleitamento materno não é um comportamento instintivo, e que sempre ao longo da história a mulher-mãe procurou substitutos para seu leite, como por exemplo a oferta de leite de cabra *in natura* para os bebês, o emprego de amas-de-leite, e finalmente o leite industrializado, sendo considerado o mais “seguro” e amplamente utilizado nos dias de hoje.

SILVA (1990) nos fala ainda que no princípio, isto é, no Brasil Colônia, a mulher buscou alternativas para ser substituída, por intermédio da ama-de-leite. Porém, com o surgimento da medicina higienista, passou-se a acreditar que o humor e pecados eram transmitidos à criança através do leite, portanto, o mais natural era a própria mãe amamentar seus filhos. Esta regra trouxe novamente conflitos, agora colocando em jogo a necessidade de vida social desta mulher, de um lado, e a necessidade de cuidado da criança, de outro. A partir deste entrave, amamentar ou ter vida social ativa, surgiram comportamentos por parte dos profissionais de saúde, especialmente os pediatras, diagnosticando nessas mulheres “leite fraco”, ou criando a hipogalactia, com o intuito de apaziguar a consciência materna em relação às dificuldades em amamentar.

A hipogalactia e o leite fraco, apesar de ainda serem utilizados nos dias de hoje para assegurar motivos da não-amamentação por parte das mulheres-mães, não são mais aceitos como verdadeiros pela equipe de saúde, pois foi demonstrado que não existe leite fraco, e que a falência da produção láctea só se instala quando a nutriz não recebe apoio e orientação adequados às suas necessidades. Entretanto temos que ter em mente que para um conhecimento novo chegar a abranger todas as classes sociais, é filtrado e transmitido da classe mais esclarecida, ou melhor posicionada financeiramente, para a menos favorecida, e isto ocorre de forma lenta, permitindo muitas vezes o emprego de práticas não mais utilizadas (ALMEIDA, 1999).

Igualmente VINHA & SCOCHI (1989, p.820) opinam:

“... desde o início da espécie humana a mulher tem buscado substituto satisfatório para a amamentação. O aleitamento materno não é um ato regido somente pelo instinto da fêmea humana, pois se assim o fosse, as mães das antigas civilizações não teriam usado das amas-de-leite para alimentarem seus filhos”.

Temos que entender, portanto, que muitas vezes a mãe não quer amamentar por acreditar que a amamentação poderá prejudicar sua progressão profissional, realização pessoal, ou por acreditar em crendices. Esta mãe pode sentir-se culpada por não amamentar, e ao mesmo tempo ter medo de prejudicar seu filho, principalmente quando este é

premature. Assim, pode acabar optando por práticas como a introdução de mamadeira, que a deixa livre para muitas outras atribuições sociais, porquanto qualquer pessoa pode alimentar um bebê utilizando mamadeira.

“Podemos afirmar que as atitudes das mulheres, ainda que de forma inconsciente estão atrelados à questão histórica do aleitamento materno” (ICHISATO, 1999, p.98), o que torna ainda mais difícil o sucesso com relação à prática do aleitamento exclusivo.

2.2. REVENDO A LACTAÇÃO SOB O ASPECTO ANÁTOMO-FISIOLÓGICO

2.2.1. Anatomia da mama e fisiologia da lactação

Acreditando ser a anatomia da mama e fisiologia da lactação parte do conhecimento que todos os profissionais da área da saúde deveriam conhecer, principalmente aqueles que têm como objetivo de trabalho a amamentação, é que faremos uma revisão desta temática.

As mamas são glândulas exócrino-túbulo-alveolares, com 15 a 25 unidades lactíferas (ou lobos) envolvidas por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos, preparadas para a produção do leite durante toda a gestação, principalmente pelos hormônios estrógeno e progesterona.

As unidades lactíferas, ou lóbulos são compostas de alvéolos, que por sua vez são compostos por uma estrutura formada por glândulas secretoras pequenas, envolvidas por células mioepiteliais (musculares). Esses alvéolos comunicam-se com a parte externa da mama através de um sistema de drenagem formado por canalículos e canais, que se unem e se dilatam formando os seios lactíferos, que no mamilo irão abrir-se através dos poros mamilares (MURAHOVSKI, 1997).

Os alvéolos são os grandes produtores de leite. As células mioepiteliais que os envolvem são, na verdade, musculares, *“entretidas como a fibra de um cesto”* (LANG, 1999, p. 4), que sob a ação da oxitocina se contraem, fazendo com que o alvéolo expulse leite dos canalículos para fora.

Durante a gestação, a produção de leite é inibida pelos níveis de estrógeno e progesterona (produzidos pela placenta). Essa inibição cessa após o nascimento, “*o que permite que os efeitos lactogênicos da prolactina assumam seu papel natural*” (IBFAN, 1997, p. 14).

No início, as mamas secretam colostro, e dentro de dois a três dias começam a secretar leite.

Quando o bebê suga a mama, mais especificamente o mamilo e parte da aréola, impulsos nervosos são transmitidos para a hipófise, provocando a secreção de prolactina (hipófise anterior) e de oxitocina (hipófise posterior) ao mesmo tempo (IBFAN, 1997). Quanto mais cedo o RN mamar, mais prolactina será secretada e mais leite será produzido.

Quando a mamada se inicia, ocorre a liberação da prolactina, que é responsável pela produção de leite, e a oxitocina auxilia os alvéolos a expelir esta produção, promovendo a descida e ou ejeção do leite. No auge da lactação, a mulher pode produzir até 1,5 litro de leite por dia (GUYTON, 1985).

A descida do leite ou reflexo da ejeção “*pode ser deflagrado por estímulos visuais, olfatórios ou auditivos*” quando a mãe ouve o bebê chorar, vê seu filho, cheira sua roupinha, ou pensa nele (IBFAN, 1997, p.13).

“*A sucção de uma das mamas provoca a descida do leite nas duas*” (IBFAN, 1997, p.13), porém é a eficiência da sucção do bebê e/ou a remoção de leite que governam o volume produzido por cada mama. Isso pode ser observado em mulheres que conseguem amamentar com sucesso em apenas uma mama. As duas sofrem a mesma influência hormonal, porém somente aquela mais estimulada produz maior quantidade de leite. Quando não ocorre estímulo adequado, o leite é produzido em quantidade insuficiente, não atendendo assim às necessidades do bebê, seja a termo ou prematuro.

O estado emocional da mãe pode alterar a descida do leite, mas não interfere na sua produção (MURAHOVISCHI, 1997) porque a adrenalina² ocupa o lugar da oxitocina, compete com esta, e inibe a descida ou ejeção de leite, porém não inibe a prolactina que continua a estimular a produção do leite (IBFAN,1997).

Pode ocorrer ainda um acúmulo de leite nas mamas devido ao aumento da produção do mesmo, que normalmente surge a partir do terceiro dia do pós-parto, ou devido a uma sucção limitada. Às mamas então tornam-se ingurgitadas e a “*alta pressão intraductal*”, provocada por este acúmulo, “*impede que as células mioepiteliais se contraiam mesmo sob a ação da oxitocina*” (IBFAN,1997, p.14), provocando uma diminuição da saída de leite para o bebê. Este estado é agravado pelo edema periareolar que o ingurgitamento pode provocar, dificultando ou impedindo a pega adequada da região mamilo-areolar pelo bebê e, portanto, de o leite ser extraído.

A protractibilidade³ do mamilo e aréola influenciam grandemente no sucesso da pega correta do mamilo pelo bebê, ou seja, esta pega correta é determinada pela quantidade de tecido do mamilo e aréola que podem adentrar de maneira eficiente na boca do bebê. Essa característica é encontrada mais facilmente em mamilos protrusos e diminuída nos mamilos semi-protrusos ou umbilicados, dificultando sobremaneira a pega adequada, e provocando diminuição da extração do leite.

Mesmo em mamilos protrusos ou desenvolvidos, a protractibilidade pode estar prejudicada quando há ingurgitamento mamário, principalmente na região da ampola, sendo necessário, então, o esvaziamento dessa região antes de iniciar a mamada, a fim de facilitar a pega do bebê.

A produção de leite pode continuar por vários anos se a criança continuar a sugar o seio materno, porém a produção do leite diminui dentro de sete a nove meses (GUYTON, 1985), período em que outros alimentos são introduzidos na dieta do lactente.

² Sua liberação ocorre quando um indivíduo passa por estímulos físicos ou psicológicos extremos, desagradáveis ou dolorosos.

³ Capacidade de protrair-se, de tornar protruso auxiliado pela elasticidade do tecido.

Essa afirmação prova que a amamentação pode ser prolongada por mais de seis meses, fator que, combinado à dieta da criança nos dois primeiros anos de vida, pode reduzir a incidência de morte infantil e a desnutrição nos países em desenvolvimento (UNICEF/OMS, 1993).

Mesmo que a mãe tenha uma nova gestação, sua produção de leite é mantida, porém sua composição pode ser alterada (IBFAN, 1997).

Normalmente após 40 dias, sem o estímulo da sucção na mama, a produção do leite pára, mas se a mama for estimulada novamente, poderá voltar a produzir leite (IBFAN, 1997).

O conhecimento dos aspectos descritos é relevante para instrumentalizar as orientações e o apoio à mãe do prematuro, visando incentivar e manter a produção láctea.

2.3. ADEQUAÇÃO DO LEITE MATERNO PARA O BEBÊ

O leite produzido durante a gravidez e secretado nos primeiros dias pós-parto é um alimento de alta densidade e pequeno volume (em média 30 ml por dia) e que supre as necessidades do recém-nascido nos primeiros dias de vida (ALMEIDA, 1999).

Em sua composição encontramos menos lactose, vitaminas hidrossolúveis e gordura, e encontramos mais proteínas, vitaminas lipossolúveis (incluindo E, A e K) e minerais como sódio, zinco, etc. Tem ainda alta concentração de imunoglobulinas e outros fatores protetores, podendo ser considerado até como bactericida (UNICEF/OMS, 1993; ALMEIDA, 1999).

O colostro evolui para leite maduro entre 3 a 14 dias após o parto. Quando a mamada se inicia, o bebê retira do peito o leite inicial, que possui muito mais água, o que ajuda o bebê a eliminar sua sede (possui baixo teor calórico). Conforme este continua sugando a mama, passa a receber o leite posterior, muito mais rico em gorduras, de maior poder calórico, e que o fará ganhar peso e ficar satisfeito. O leite maduro contém mais lactose, gordura e vitaminas hidrossolúveis (ALMEIDA, 1999).

Quando uma mãe tem um filho prematuro, produz um leite diferente, mais energético e protéico, e que se adequa melhor ao metabolismo do bebê (ALMEIDA, 1999). O prematuro tem uma “*necessidade nutricional especial, decorrente de sua alta velocidade de crescimento e imaturidade funcional*” (IBFAN, 1997, p.55), que é conseguida através do leite materno.

CANDELLA (1995) explica que o leite da mãe do prematuro atende de forma específica às necessidades do bebê pré-termo, pois o atende fornecendo tanto nutrientes ideais, como proteção e fator de crescimento ideal para seu ganho de peso.

Através da ampla revisão da literatura sobre o aleitamento de bebês prematuros, SILVA (1990), afirma que o leite humano apresenta propriedades bioquímicas, nutricionais, imunitárias e anti-infecciosas, bem como aspectos psico-emocionais e sociais importantes para o processo de crescimento e desenvolvimento do RNPT, tornando a amamentação materna como o método mais adequado a este seguimento populacional.

A este respeito CANDELLA (1995) relata também que o leite materno é de melhor digestão, causa menos sobrecarga renal para o RN normal principalmente para o prematuro e que em sua composição encontramos todos os nutrientes necessários à criança em seus primeiros anos de vida.

Concordando com as autoras, consideramos extremamente importante a manutenção da produção desse leite, para proporcionar um ganho ponderal adequado, uma maior proteção a esses bebês e apoio ao seu processo de crescimento e desenvolvimento.

No entanto, temos que ter em mente que seja qual for o método para manter a lactação, isto é, ordenha manual ou com bomba de sucção, o estímulo natural falta nos casos de mães que têm filhos prematuros, “*fato capaz de comprometer a capacidade da mãe para manter a lactação a longo prazo e a instituir o aleitamento natural exclusivo*” (LANG, 1999, p.6).

A maioria dos prematuros demora para iniciar a sucção direta no peito materno em decorrência de suas características fisiológicas, as quais descrevemos a seguir.

2.3.1. O bebê a termo e o prematuro

Para entendermos algumas dificuldades encontradas pelos prematuros, consideradas desvios da normalidade, sentimos necessidade de descrever quais são as características normais esperadas para os recém-nascidos a termo.

Todo RN nascido a termo, isto é, com nove meses ou mais de 37 semanas de gestação (de acordo com a OMS), é considerado apto a mamar e a desenvolver o mecanismo de sucção logo ao nascer (SEGRE, 1995).

Esse bebê já nasce com os reflexos necessários para a amamentação, que são os de busca, de sucção e deglutição. Estes reflexos iniciam-se na vida intra-uterina, como relatam os autores a seguir.

Segundo KUDO *et al.* (1994), a língua começa a se movimentar na 16ª semana, o reflexo de sucção surge na 20ª semana e a partir da 32ª semana ocorrerá a coordenação entre reflexo de sucção e de deglutição, que atinge o seu auge acrescido da respiração, no período neonatal.

Para BASSETO *et al.* (1998), citando Bu'lock e colaboradores, descrevem que, os primeiros reflexos orais a se desenvolverem no feto, são observados por volta de 9,5 semanas de gestação, na qual o feto tem a capacidade de abrir a boca. Por volta da 10ª a 11ª semanas de vida, podemos observar a deglutição. Na 18ª a 24ª semana a sucção se inicia, somente a partir da 34ª semana que o bebê estará apto para sugar, deglutir e respirar coordenadamente.

Pelo exposto, podemos verificar que há algumas diferenças entre autores acerca do período fetal de desenvolvimento dos reflexos. Neste sentido, a coordenação entre sucção, deglutição e respiração é apontada como ocorrendo entre a 32ª e 34ª semana de gestação.

Portanto, a cada etapa do desenvolvimento fetal, novos reflexos se desenvolvem, tornando o RN apto para mamar eficientemente logo após o seu nascimento.

A interrupção da gestação, devido ao parto prematuro, prejudica o desenvolvimento destes reflexos ou de alguns deles, pois o bebê que ainda não está pronto, continuará seu desenvolvimento na vida extra uterina, e somente quando atingir maturidade suficiente para desenvolver todo o mecanismo da mamada, ou seja, sucção, deglutição e respiração de maneira coordenada, conseguirá mamar adequadamente.

VINHA (1999) relata que quando o bebê mama ao peito, utiliza toda a musculatura da boca e face para ordenhar e retirar o leite da mama. Nesse processo, 20 músculos orofaciais estão trabalhando ativamente promovendo o correto desenvolvimento da mandíbula, bochecha, lábios e músculos da face. Este desenvolvimento ideal, só é possível quando a criança mama somente no peito materno.

Os bebês a termo acumulam, durante sua gestação, gordura na região do músculo masseter. Este acúmulo confere maior estabilidade ao processo de sucção. Deste modo, o bebê normal terá maior facilidade em extrair o leite (LANG,1999).

O ato de mamar envolve coordenação de vários reflexos complexos. O reflexo de busca não é percebido durante a vida fetal, mas é imprescindível, pois sua função é a de encontrar o mamilo (BASSETO *et al.*, 1998; IBFAN, 1997). Ao mesmo tempo em que procura o mamilo, o recém-nascido abre a boca para abocanhar o mamilo e porção da aréola. Seu lábio superior envolve a aréola por cima e a ponta da língua e o lábio inferior envolvem-na por baixo, completando a vedação da boca (KUDO *et al.*, 1994).

Segundo LANG (1999) o bebê forma com o tecido mamário uma teta longa, posiciona sua língua acima da gengiva inferior e por baixo dos seios lactíferos, a língua se movimenta de frente para trás, através de um movimento ondulatório, que irá comprimir os seios lactíferos, ordenhando o leite para fora do mamilo, através de movimentos peristálticos que podem ser observados abaixo.

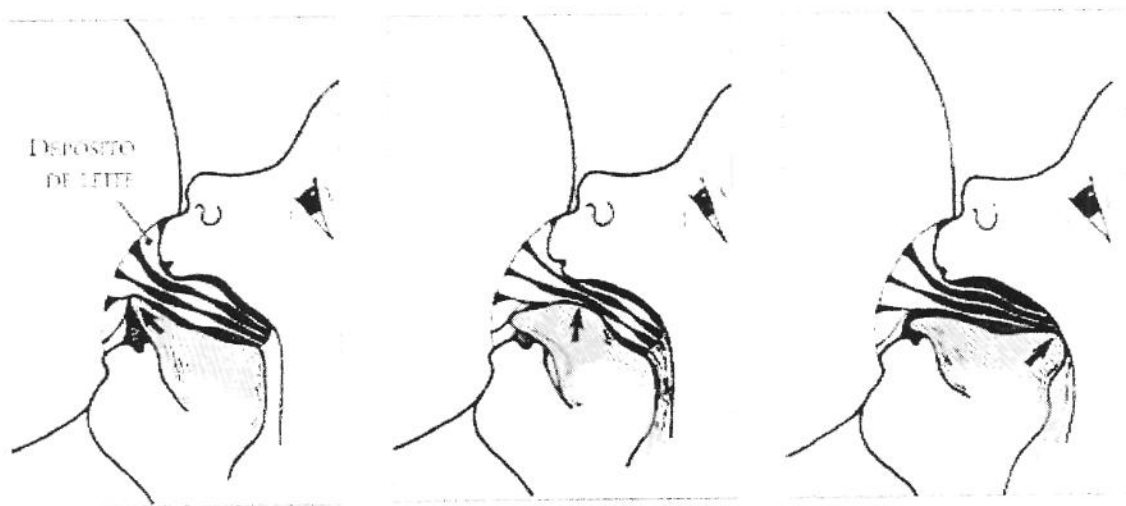


Figura 1 – Movimento de ordenha da língua do RN. Alimentação no peito materno. A língua faz pressão progressiva (veja as setas) para retirar o leite dos depósitos que ficam sob a aréola e depois dos canais do bico do peito. A ação fisiológica da língua é correta. (VINHA, 1999, p.24).

ALTMAN (1993) também encontrou em seus estudos esse processo de sucção.

FALTIN Jr. *et al.* (1983, p.14) esquematizam o mecanismo da sucção, da seguinte maneira:

- “- a criança apreende o mamilo e seus lábios promovem um verdadeiro vedamento periférico contra o seio;*
- em seguida abaixa a mandíbula, provocando uma zona de pressão negativa intrabucal, succionando o leite do seio para o mamilo (seta 1);*
- a mandíbula é levada para uma posição anterior (protrusa), comprimindo o mamilo (setas 2 e 3);*

- a partir desta posição a criança exerce o verdadeiro ato de ordenhamento, mantendo o mamilo comprimido e levando a mandíbula à posição anterior (seta 4);

- o leite coletado na cavidade bucal alcança o palato mole, provocando o reflexo da deglutição. A partir daí, reinicia-se o processo”.

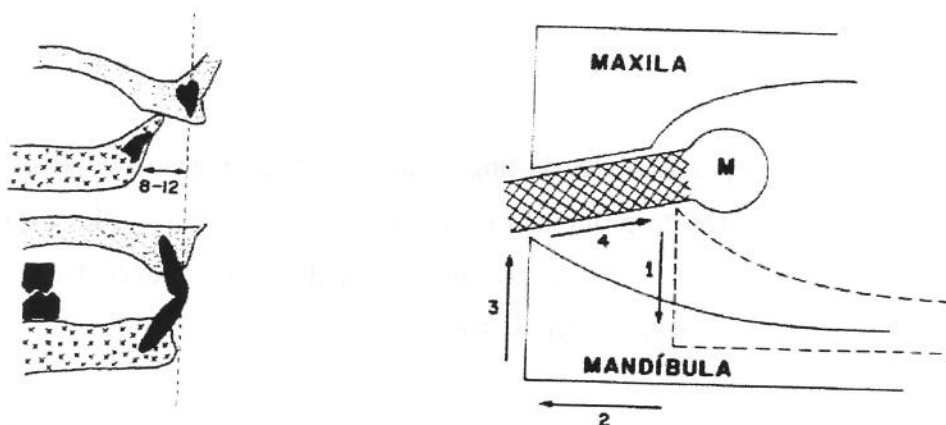


Figura 2- Relação mandíbula-maxilar e dinâmica da sucção do recém nascido (FALTIN, Jr. et al., 1983, p.14).

Segundo KUDO *et al.* (1994, p. 115), a língua é o principal órgão de todo este processo, e “...irá responsabilizar-se por tarefas vitais como a coordenação entre a sucção-deglutição-respiração”.

A partir do momento que o RN posiciona corretamente sua boca, língua e mandíbula, o reflexo de sucção se inicia, tendo como função retirar o leite da mama, e é deflagrado quando o bico ou mamilo, ou outro objeto, por exemplo, o dedo, toca no palato

mole ou papila palatina e na ponta da língua simultaneamente. O reflexo de sucção “*é um reflexo motor simples presente em todo o RN a termo, sob controle nervoso de medula e ponte*” (BASSETO *et al.*, 1998, p.265).

Com este processo o bebê começa a armazenar leite no interior da boca. A partir de um determinado volume, a língua leva o leite para a garganta, estimulando o reflexo da deglutição, portanto esse reflexo é deflagrado quando o bebê está com a boca cheia de leite (LANG, 1999).

Para ALTMAN (1993, p. 291) “*a deglutição nos bebês é reflexa*”, o bebê retira através de movimentos combinados de sucção e deglutição o leite do seio materno. Os reflexos se iniciam pela estimulação “*mecânica dos lábios e das partes mais profundas da cavidade oral*”. A coordenação da deglutição “*é uma função primária, envolvendo vários nervos cranianos e um centro específico para a deglutição, localizado na substância reticular da medula oblonga e ponte*”.

O conhecimento do mecanismo de sucção do RN a termo leva-nos a concluir que para obter adequadamente o leite materno é necessário, além de uma pega correta, o desenvolvimento neurológico para a coordenação da sucção-deglutição-respiração. Assim sendo, o auxílio de um profissional neste momento torna-se importante.

Quando se “*têm exemplos de desenvolvimento normal, fica mais claro para o profissional perceber a complexidade da atuação hospitalar*”, com o objetivo de direcionar suas ações para a estimulação adequada, do aleitamento materno (BASSETO *et al.*, 1998, p. 255).

Conhecer estes aspectos abordados é relevante para instrumentalizar a prática profissional, atentando-se para as particularidades do prematuro, considerado neste estudo como todo bebê nascido antes de 37 semanas de gestação e/ou com peso inferior a 2000g (SEGRE *et al.*, 1995).

Para LANG (1999), o prematuro apresenta sucção débil, fica cansado com facilidade, tem falta de coordenação entre a sucção, deglutição e respiração.

BASSETO *et al.* (1998, p.263) ressaltam que os RNPTs apresentam:

“pouca estabilidade, falta de coordenação durante movimentos globais, sucção fraca ou inexistente, vedamento labial inadequado, pouca estabilidade das bochechas (devido pouca quantidade de gordura nesta região), estabilidade de mandíbula insuficiente para manter uma boa sucção (o RN apresenta muitas vezes excursão exagerada de mandíbula, o que leva à falta de eficiência e cansaço), alterações no ritmo da sucção-deglutição-respiração, reflexos motores orais incompletos”.

Isso mostra como o processo de sucção e de aprendizado desse processo para o prematuro é complicado.

Segundo LANG (1999), o prematuro, antes da idade gestacional de 30 semanas, provavelmente não será capaz de se alimentar sugando o peito. Ela afirma que o aleitamento eficiente só é possível a partir de 35 semanas, porém, na maioria das vezes isso não é observado na nossa prática. Alguns RNPTs antes de 35 semanas de gestação, mostram-se capazes de sugar o peito com eficiência, quando corretamente estimulados.

O bebê pode levar dias ou semanas até conseguir se alimentar no peito (LANG, 1999), pois todos os problemas de adaptação ao meio externo que um bebê normal enfrenta, nos RNPTs estão muito mais exacerbados. Todos os seus sistemas e órgãos ainda estão em desenvolvimento e são muito instáveis (GUYTON, 1985).

O início da amamentação precisa ser retardado normalmente devido às condições clínicas do prematuro. ALTMAN (1993, p.285) menciona que o médico se vê *“obrigado a proceder à nutrição através de sondas, este procedimento retarda a transição para a alimentação por via oral”*. Esse processo causa algumas desvantagens, como o retardo do início do desenvolvimento da habilidade de sucção, promove maior fator de regurgitamento e dificulta o fechamento adequado da boca além de comprometer a sensibilidade da cavidade oral. Muitas vezes, porém, este é o único meio de se oferecer a alimentação sem maiores riscos ou perdas para o prematuro.

Quando o bebê nasce prematuro, o reflexo de sucção pode “*não estar presente, e caberá ao profissional levar o bebê a desenvolver, dentro de suas possibilidades*”, este reflexo (BASSETO *et al.*, 1998, p.265). Este procedimento, deve estar aliado ao cuidado prestado pela mãe no estabelecimento de um padrão de sucção adequado, para que o bebê consiga mamar adequadamente mantendo seu bem estar físico.

Para estes bebês, a estimulação oral do palato e da língua pode ser importante, pois irá incentivar o aprendizado “*de movimentos corretos durante o ato de mamar*” (LANG, 1999, p.14). A língua do RNPT deve ser estimulada para se fortalecer, a fim de que ele consiga movimentá-la corretamente, aprendendo a posicioná-la e a usá-la de forma adequada. “*A melhor estimulação oral é junto ao seio da mãe*”, pois não irá provocar desvios do padrão de sucção” (LANG, 1999, p.41). O que se observa com muita frequência é a posição da língua do prematuro que se mantém retraída (para trás e elevada em sentido ântero-posterior), dificultando ainda mais a pega e sucção (KUDO *et al.*, 1994).

O bebê deve ser incentivado a abrir bem a boca para que possa realizar uma pega correta. Para que isto ocorra devemos orientar a mãe para que estimule com mamilo a bochecha do bebê. O mamilo deve conter um pouco de leite espremido para auxiliar o estímulo.

2.3.1.1. Sinais de maturidade para amamentar

O bebê deverá ser levado para sugar o peito quando der sinais de que está pronto para isso, como por exemplo quando suga o tubo endotraqueal ou a sonda gástrica. Estes sinais também podem ser observados através do estímulo digital que identificará o correto posicionamento da língua, pela observação dos movimentos da língua e boca quando o RN recebe leite por sonda (o que é caracterizado pela extrusão da língua e fechamento e abertura da boca), ou até mesmo a sucção desta nos intervalos das mamadas ou durante a mesma (UNICEF/OMS,1993; LANG, 1999).

Todo profissional da UTIN deve ser capaz de avaliar os movimentos da língua através do exame digital. Nessa avaliação ele deve observar se a língua “*movimenta-se de forma rítmica, de diante para trás, formando um sulco em torno do dedo*” (LANG, 1999, p.155). Esses movimentos também indicam que o bebê está apto para mamar.

Alguns movimentos da língua, observados durante o exame digital, podem indicar que o RNPT não está pronto para mamar, por exemplo: quando o bebê produz movimentos aleatórios da língua, que exercerão pressão “sobre áreas do palato que são impróprias para a sucção ou para desencadear o reflexo de deglutição” (LANG, 1999, p.155).

2.3.1.2. O mamilo e o bebê prematuro

O tipo de mamilo da mãe pode dificultar a sucção do prematuro, como afirma LANG (1999):

“A forma natural do mamilo materno pode prejudicar a fixação do bebê ao seio. O mamilo plano ou invertido, por exemplo, pode criar dificuldades para o recém-nascido pré-termo ou fraco, em sua tentativa de puxá-lo para dentro de sua boca, a fim de formar uma chupeta longa do tecido mamário. Por outro lado, a fixação correta pode tornar-se difícil quando o mamilo é muito comprido. O bebê, sobretudo quando prematuro, pode não alcançar os seios lactíferos durante o ato de sucção. A atenção para a fixação e o posicionamento assume importância crítica em tais casos”.

Quanto à complementação da mamada, deve-se observar que quando o RNPT está começando a ser estimulado, será capaz de sugar o mamilo e a aréola por um pequeno período de tempo, sendo necessário complementar sua mamada com o copinho. Na medida em que o bebê se desenvolve, essa complementação deixa de ser necessária. A mãe deve ser orientada a respeito do motivo dessa complementação, para não se sentir desmotivada ou insegura.

A administração de leite através do copinho é mais uma forma de estimular e treinar o recém-nascido como nos mostra LANG (1999, p.144): “A alimentação no copinho irá estimular o desenvolvimento e coordenação dos reflexos de sucção e deglutição, além de estimular a secreção de saliva e das lipases pela língua”.

A mesma autora ainda recomenda que a criança deve ser também levada ao peito para sugar, evitando assim os desvios, ou preferência para se alimentar apenas em copinho.

A técnica de alimentar o bebê através do copinho evitará desvios de comportamento de sucção. Estes desvios ocorrem quando o lactente recebe leite através de mamadeira, portanto, sempre que a mãe não estiver presente, a dieta deve ser oferecida ao bebê através da técnica do copinho. Sempre que possível utilizar o leite materno ordenhado pelas suas vantagens aportadas anteriormente (LANG, 1999).

Não só todo o processo de aleitamento materno se torna importante a ser referido neste estudo, como também se faz necessário estudar a mulher, sendo ela mãe de bebês prematuros ou não.

2.4. MATERNIDADE

2.4.1. Ser mãe

“Ser mãe, (...), não é só dar luz um filho, é ser uma pessoa que socializa e cuida. É ser o principal responsável ou cuidador” (CHODOROW, 1990, p. 28).

“Quando a mulher se torna mãe, tem como tarefa principal, forjar uma imagem de mãe que lhe seja própria. Vem o sonho de ser para o filho, a mãe que gastaria de ter tido” (MALDONADO, 1989, p. 32).

Na reprodução da masculinidade, desigualdade entre os sexos e na força de trabalho, a função materna, tem profundos efeitos para a mulher. As mulheres são agentes decisivos na sociedade e em sua esfera de reprodução (CHODOROW, 1990).

Com a introdução no Brasil da medicina higienista, muitas crenças, foram instituídas para a população. De acordo com COSTA (1983), a medicina higienista instituiu aos pais que deviam converterem-se incondicionalmente as funções de pai e mãe, funções estas que passaram a ser e fazer parte da natureza sentimental de cada um deles.

“A redução da mulher à figura de mãe-higiênica processou-se de modo idêntico à passagem do patriarca ao novo pai. O argumento de choque era o mesmo: aumento da responsabilidade para com os filhos” cita COSTA (1983, p.255). A mãe higiênica nasceu, portanto, de um duplo movimento histórico: de um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; de outro, “colonização” da mulher pelo poder médico.

CHODOROW (1990, p.52) enfatiza que o fato das mulheres maternarem é um resultado do comportamento e intenção individual de cada mãe, porém a maternagem não ocorre de forma isolada mas sim é fator constituinte da divisão de trabalhos por sexos. *“A amamentação é marcadamente uma função de base psicológica. Consiste na experiência pessoal e psicológica do eu em relação com o filho ou filhos”*.

“Como consequência de terem sido cuidadas por uma mulher, as mulheres são mais propensas que os homens a buscarem ser mães, isto é, a se reposicionarem num relacionamento primário mãe-filho, a obter satisfação no relacionamento maternante e ter capacidades psicológicas e relacionais para a maternação” (CHODOROW, 1990, p.256).

2.4.2. A mulher no período puerperal

Profundas modificações são percebidas em toda família, com a gestação e o nascimento do filho, surgem novos vínculos afetivos, que modificam a família que nunca será a mesma antes e depois da gravidez, por tudo que esta implica (VIEGAS *et al.*, 1996).

E ZUGAIB (1997, p.10-11) declaram:

“Durante o ciclo gravídico-puerperal tudo é de natureza processual. A gravidez em si, o desenvolvimento do feto, as alterações neuroendócrinas, metabólicas e clínicas, bem como seus correlatos vivenciais, tais como o desenvolvimento e aceitação do papel de mãe, as alterações graduais do esquema corporal e a interrupção abrupta desses processos no pré-parto e parto (vivenciado também como o momento de maior ansiedade, fantasias e expectativa). Segue-

se depois o puerpério com suas características e vulnerabilidade maior do ponto de vista emocional, devido ao acúmulo e conjunção de fatores também orgânicos, psi- cológicos e sociais”.

Durante a fase puerperal, a mulher passa por mudanças que são únicas em sua vida, sendo que *“as alterações fisiológicas ocorrem nas seis primeiras semanas... enquanto que as de ajuste psicossociais se prolongam de três a quatro meses após o nascimento da criança”* (ZIEGEL & CRANLEY, 1985, p.451). Em cada mulher a adaptação é gradativa e variável, e depende do número de filhos *“que esta tenha; sua própria infância; nível de relacionamento com o pai da criança; seu auto-conceito; fatores culturais, entre outros”* (MACHADO, 2001, p.33). Na mulher que tem um filho prematuro, todas essas transformações são precoces e inacabadas, todo esse processo não se inicia ou é lento.

ZIEGEL & CRANLEY (1985 p.439), citando Reva Rubim, descrevem que na fase puerperal, a mulher passa por duas fases, sendo a 1ª de “reabastecimento” - momento em que necessita de repouso, tem fome de sono e alimentos - e a 2ª de confiança e “participação” - a mulher começa a ter iniciativa, busca assumir atribuições e responsabilidades. E dizem: *“Há ansiedade e impaciência para ter controle absoluto do corpo, preocupação com a capacidade de amamentar em quantidade e qualidade adequada e cuidar do bebê”*. Porém, continuará a precisar de ajuda.

ICHISATO (1999) estudando um grupo de mulheres no pós-parto atesta que na fase puerperal é difícil para as mulheres assimilarem muitas informações, devido ao seu estado físico e psicológico inerentes ao estado pós-parto imediato e mediato, entretanto mostra também que estas informações são valiosas para o sucesso do aleitamento materno. Complementa o seu achado, referindo que, neste momento as mães irão se sentir inseguras e fragilizadas frente ao seu novo papel de mãe assumido.

A primeira semana após o nascimento é caracterizada por rápidas mudanças emocionais, tanto para o pai quanto para a mãe, e para a mãe mudanças físicas devido ao retorno dos hormônios e de seu corpo ao seu estado anterior, *“podem ocorrer períodos de abatimento ou de melancolia, ao mesmo tempo em que ela está acostumando-se ao recém-nascido”* (KLAUS & KLAUS, 2001, p.92).

Conforme ZIEGEL & CRANLEY (1985,p.439), durante o puerpério, “*mães que não recebem apoio afetivo de outras pessoas estão mais sujeitas à inadaptação à maternidade*”. Acresça-se a isso a depressão puerperal, que pode influenciar a capacidade e a disponibilidade da mulher em desenvolver vínculo afetivo e em desenvolver as “tarefas maternas” de maneira socialmente aceita.

As mães de RNPTs, além de estarem em pleno período puerperal, lidam concomitantemente com a realidade da prematuridade do bebê. Vêem-se, na obrigação de levar leite para seu filho prematuro, diferente de seu bebê imaginário, e quando a internação é prolongada não conseguem manter sua produção láctea. É, pois, necessário ouvir suas angústias, suas necessidades e dificuldades, para visualizar melhor essa situação.

Como SEGRE *et al* (1995, p.693) destacam,

“Se no útero todas as experiências fetais dependem exclusivamente da fisiologia materna e a mãe fornece ao feto estímulos quando anda, quando fala ou pelas batidas de seu coração, após o nascimento, o comportamento dos pais passa a ser o fator mais importante para a sobrevivência e bem-estar da criança. Pai e mãe são considerados o foco das influências ambientais sobre seu filho; a interação pais/filho não é intuitiva e resulta, isto sim, de comportamento sócio-econômico condicionado e aprendido”.

2.4.3. A mãe do prematuro

Quando um parto prematuro se inicia, a mãe acaba por:

“defender-se das dúvidas terríveis acerca da sobrevivência de seu bebê e dos sentimentos igualmente terríveis, de culpa por tê-lo trazido a esta situação perigosa. Não se admira que uma mãe, em tal situação, queira fugir, esconder-se ou proteger-se sob uma depressão ou alienar-se para se proteger de ter que cuidar desse bebê. Estas respostas são previsíveis em uma experiência como esta, elas não são anormais” (BRAZELTON, 1988, p.74).

Para WONG (1999), ocorre um afastamento emocional, além do físico por parte dos pais, que podem seriamente lesar a capacidade de agir como pais do recém-nascido. A natureza débil e as condições do recém-nascido agravam ainda mais esse afastamento. Os pais podem relutar em estabelecer um relacionamento com seus filhos quando há dúvidas quanto à sobrevivência do mesmo. Este fato também é referido por CANDELLA (1995) e LARGUIA (1998).

Ocorre uma profunda quebra de continuidade com o parto prematuro, que faz surgir na maioria das vezes, inconscientemente, a sensação de culpa, incapacidade e inadequação por ter ‘expulsado’ o filho antes da época de seu nascimento ideal. É esta mesma sensação de insuficiência que se *“reflete também no medo de acabar o leite e não conseguir alimentar o filho, da mesma maneira que não consegue completar o tempo de gestação”* (MALDONADO, 1989, p.42).

São necessários tempo e um árduo trabalho pessoal individual, para que os pais superem os sentimentos por terem produzido um filho prematuro (BRAZELTON, 1988).

“O nascimento de um bebê prematuro é um acontecimento inesperado e estressante para o qual as famílias não estão emocionalmente preparadas. Elas se encontram simultaneamente lutando com as suas próprias necessidades, as necessidades do recém-nascido e as de suas famílias (...)” (WONG, 1999, p. 211).

Se, ser mãe já gera muitos conflitos internos na mulher, ser mãe de um bebê prematuro parece gerar nelas um conflito ainda maior. Este conflito materno ambivalente é descrito por PARKER (1997, p.17) como *“experiência compartilhada de diversas formas por todas as mães, na qual coexistem lado a lado, em relação aos filhos, sentimentos de amor e ódio”*, referindo que a possibilidade imaginária que a mãe tem em perder seu filho, lhe mostra a total intensidade do desejo e do amor que ela nutre pela criança, este processo demonstra a dinâmica da ambivalência materna. Este fato é também referido por LARGUÍA (1998).

Interpretando Parker, podemos dizer que muitas vezes na maternidade a mulher busca afirmação, autonomia, independência, mas ao mesmo tempo em que encontra isto, vai do amor pelo filho ao extremo de odiá-lo de forma velada, por se sentir presa a um ser que depende dela totalmente, por não ter a tão desejada autonomia, por identificar no filho qualidades ou defeitos seus, até o medo de perdê-lo.

No nosso cotidiano de trabalho, observando os pais de RNPTs podemos verificar que os pais do prematuro vivenciam sentimentos de frustração e medo por diversas situações bem explicitadas por MALDONADO (1989, p.41) como:

“... medo que o bebê não sobreviva, que não consiga atingir o mínimo razoável de peso, de que não resista às eventuais infecções e complicações ou que venha a apresentar seqüelas neurológicas graves ... vivenciam um anticlímax, no pêndulo que os transporta da preocupação à esperança, do ânimo ao desalento”.

Para BRAZELTON (1988), é inevitável que os pais tenham um sentimento de luto após o nascimento de seu filho prematuro. Os pais demonstram esta reação pelo fato de perderem o bebê imaginário que esperavam, lamentando os defeitos que produziram, se sentem culpados por este fato consciente ou inconscientemente.

Os pais do recém-nascido ao mesmo tempo em que aguardam sua recuperação se preparam também para a sua perda. Demonstrando um luto antecipado e hesitação de se envolver emocionalmente com o bebê. Este fato pode ser observado através de comportamentos como demora em colocar um nome no RN, enfoque nos equipamentos ao invés do RN no momento da visita e relutância em visitá-lo no berçário ou mesmo manifestar comportamentos de negação, raiva, depressão e outros sintomas psicológicos e somáticos, de intensidades variáveis (WONG, 1999).

MALDONADO (1989, p.41) adverte que há também a “*necessidade de fazer o ajuste entre o bebê imaginário e o bebê real*” através de um trabalho lento e progressivo por parte dos pais, pela aceitação do ideal perdido, o que os levará a adaptação da realidade (CANDELLA, 1995; LARGUIA, 1998).

E WONG (1999, p. 211) elucida:

“Para piorar ainda mais a situação, a natureza precária das condições de seu bebê desperta uma atmosfera de apreensão e incerteza. Eles enfrentam múltiplas crises e sensações intensas de responsabilidade e frustração. Todos os pais têm certas ansiedades acerca do resultado final de uma gravidez, mas após o nascimento de um bebê prematuro a preocupação é aumentada pela viabilidade e incolumidade de seu filho”.

Esta crise também é relatada por VIEGAS *et al.* (1996, p.279) que dizem:

“O nascimento de um recém-nascido pré-termo traz consigo a sensação de choque, negação da realidade, pena antecipada da fragilidade do filho e seu possível óbito, dúvidas sobre seu desempenho futuro como um ser normal, sentimento de fracasso materno por não conseguir conduzir a gestação até o final, antagonismo entre os pais por sentimentos de culpa, vontade de adquirir conhecimentos especiais para atender e auxiliar a criança, insegurança pessoal e encargos econômicos freqüentemente pesados”.

Neste período, a mãe/mulher se vê ante a necessidade/obrigação de manter sua produção láctea através da ordenha manual ou, como define MALDONADO (1989), *“amamentação a distância”*, expressão que revela que este período é conflitante do mesmo modo que se esta mesma mulher estivesse amamentando um RN, sendo necessário o apoio de toda a sua família ou comunidade (rede de apoio).

A chegada de um bebê prematuro altera toda a rotina familiar. A mãe/mulher vê-se presa a uma rotina de visitas diárias para obter informações, e a uma rotina de extração manual de leite, sendo orientada a realizar esse procedimento a cada três horas, no intuito de manter a sua produção de leite. Muitas vezes, a não-retirada de leite, bem como a percepção de que sua produção começa a cair geram sentimentos de culpa.

Nesse período, o medo de se ligar afetivamente ao bebê também surge com muita intensidade, devido à sensação da iminência de vir a perdê-lo (MALDONADO, 1989). A mãe tem medo e freqüentemente não consegue estabelecer vínculo com o filho.

O vínculo ou apego afetivo ocorre, como nos mostram LEONE & TRONCHIN (1996, p.55) *“entre a mãe e o filho, como consequência do contato prolongado e íntimo entre eles. Nos seres humanos esse processo de afeto se baseia, principalmente, na interação íntima e na linguagem corporal”*.

VIEGAS *et al.* (1996, p.275) também discorrem sobre o assunto, afirmando que *“vínculo mãe-filho surge precocemente por percepção no plano inconsciente materno das modificações bioquímicas e orgânicas”*.

SEGRE *et al.* (1995, p.694) asseguram que: *“A separação imediata dos pais/RN pode alterar ou distorcer a ligação normal que deveria existir”*.

VIEGAS *et al.* (1996, p.276) ao comentarem a formação de vínculo, trazem Caplan, o qual relata a formação do vínculo em três fases:

“Gestação – planejamento, confirmação da gravidez, percepção dos movimentos fetais, aceitação do feto como indivíduo. Parto – nascimento. Pós-parto – visão do filho, importância do contato precoce e de cuidar da criança”.

WONG (1999, p. 212) relata que quando o bebê é separado fisicamente de sua mãe, esta separação é acompanhada por uma separação emocional, que acaba interferindo no processo de formação de vínculo entre mãe e filho. *“O vínculo materno é um processo crescente que tem início antes da concepção, é fortalecido por eventos significativos durante a gravidez e amadurece através do contato mãe-filho durante o período neonatal”*.

SEGRE *et al.* (1995) também afirmam que a separação entre mãe e filho pode trazer comprometimentos com relação à formação do vínculo.

Portanto, o vínculo pode ficar prejudicado quando o bebê permanece longe de sua mãe, como ocorre com o prematuro internado. WONG (1999, p. 211-212) comenta:

“As mães vêem o filho somente um breve período de tempo, (...) o que as deixam com a justa lembrança do pequeno tamanho e do aspecto incomum do recém-nascido. Elas, via de regra se sentem sós ou perdidas na enfermaria da maternidade, não pertencendo nem ao grupo das mães que perderam os seus recém-nascidos nem àquele que os tiveram saudáveis e a termo”.

O estabelecimento de um vínculo para o sucesso do aleitamento materno é tão importante, que hoje muitas UTINs estão abrindo suas portas para a participação mais efetiva das mães e dos pais nos cuidados dos prematuros, e alargando (prolongando) o tempo de visita para aumentar este vínculo. WONG (1999, p. 212) prossegue: *“Poder ver, tocar e (se possível) segurar seu recém-nascido facilita o processo de ligação”.*

VIEGAS *et al.* (1996, p.277) também confirmam este fato:

“No processo de formação do vínculo afetivo mãe-filho verificou-se ser importante a precocidade de contato entre ambos, sobretudo nos três primeiros dias de vida, com vantagens quando se inicia logo após o parto”.

Segundo CANDELLA (1995), a manutenção da lactação promove um aumento dos laços afetivos entre a mãe e filho, pois possibilita que a mesma cuide em algum momento de seu bebê, preparando-a para a continuidade do aleitamento após a alta hospitalar.

Com relação ao RN, VIEGAS *et al.* (1996), relatam que logo após o nascimento o RN tem capacidade de estabelecer intensa relação com o meio ambiente e sobretudo com sua mãe, acompanha objetos principalmente o rosto humano, procura a direção de vozes, estabelecendo desta forma um contato precoce com as pessoas que a cercam, com o fortalecimento do vínculo afetivo, já suavemente iniciado pela mãe durante a gestação.

BRAZELTON (1988, p.11) afirma que:

“O apego com relação a um novo bebê não acontece da noite para o dia. Muitos pais acham tentador crer que ter um bebê e ligar-se a ele é algo instintivo e que todo mundo está “pronto” para assumir o papel de pai ou mãe, quando o bebê chega (...). Em uma larga extensão naturalmente o vínculo com o bebê é instintivo, mas não é instantâneo e automático (...), deve-se visualizar o vínculo como um processo contínuo”.

O contato físico obtido pelo cuidado canguru⁵, estimula o vínculo e a sensação de continuidade da gestação, e como dizem LEONE & TRONCHIN (1996, p.55):

“... pesquisas têm demonstrado que esses contatos, quando antecipados e contínuos, prestam-se ao estabelecimento de uma amamentação mais consistente e duradoura. No binômio mãe/filho, esta intimidade física proporciona aos dois a oportunidade de desenvolverem reações sincronizadas, levando a um relacionamento bidirecional, ou seja, tanto a mãe como o filho provocam reações que são mutuamente gratificantes e que, por sua vez, reforçam a simbiose entre eles”.

Porém não são todas as mães que se mostram disponíveis para um contato mais íntimo, podendo o processo do aleitamento tornar-se prejudicado pela falta deste contato.

LEONE & TRONCHIN (1996) atestam que, quanto maior o contato pele a pele entre a mãe e o RN, maior o sucesso com relação ao aleitamento materno com conseqüente diminuição da rejeição de sua cria.

WONG (1999) considera que todas as mães apresentam um padrão de estabelecimento de vínculo com o seu bebê, que se procede com o exame minucioso da criança nua, com o estabelecimento do contato olho a olho, face a face, numa espécie de reconhecimento mútuo.

⁵ Método que propicia contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, aumentando o vínculo e o sucesso com a relação ao aleitamento materno.

Com prematuros e suas mães o contato pele a pele e o contato olho a olho só acontecem após a estabilidade clínica do RN, que pode demorar para ocorrer, principalmente se o bebê for um prematuro extremo.

CHODOROW (1990, p.47) relata que quando a mãe é exposta ao RN, os seus sentimentos de maternagem acabam aflorando. Porém, isto acontece de forma mais rápida nas parturientes, mas nas mães que tiveram um filho prematuro este processo se apresenta diferente:

“Mães que foram separadas de seus filhos prematuros durante poucas semanas após o nascimento, tendem a sorrir menos para seus bebês, a segurá-los menos junto a seu corpo e a tocá-los menos afetuosamente que as mães de bebês normais”.

Falando de mães de prematuros, WONG (1999, p. 212) avisa: *“Ir para casa sem o bebê somente ajuda a piorar ainda mais as suas sensações de desapontamento, incapacidade e privação”.*

Se os sentimentos de perda fazem parte dos aspectos psicológicos *“de todas as mulheres depois de qualquer tipo de parto”* (BRAZELTON, 1988, p. 95), mais intensos ainda são os sentimentos da mãe do prematuro, pois normalmente ela tem medo de se apegar a este novo ser tão frágil.

BRAZELTON (1988, p. 93) adverte: *“A separação do novo bebê neste período crítico interfere com o processo de apego especialmente se a mãe não teve uma boa experiência com os outros vínculos em sua vida”.*

Consideramos como mais crítico o período em que o bebê prematuro é transferido para uma unidade de cuidados intermediários, pois a mãe, nessa época, sente-se muito mais confiante, e alguns RNPTs podem apresentar uma piora de seu estado geral, sendo necessário que retornem para o local de tratamento intensivo, trazendo novamente para a mãe sentimentos de culpa e de incapacidade.

Muitas vezes, aos olhos da equipe e dos pais, o prematuro apresenta um retrocesso, para depois emergir deste num patamar de recuperação e desenvolvimento maior do que o início deste processo. BRAZELTON (1988, p.183) fala que:

“... o mais puro sinal de apego é a capacidade de enfrentar a separação nos estágios apropriados do desenvolvimento da criança. Isto é muito importante para sua capacidade de agir por si mesmo e de aprender sobre a excitação da autonomia”.

Este mesmo autor relata ainda que o período que antecede a alta de um bebê prematuro provoca nos pais um sentimento de angústia e susto. Mesmo que os pais tenham passado por um treinamento, sentem ansiedade e medo, tendo no momento que antecede a alta sua última oportunidade de verbalizar estes medos, pois para eles toda a responsabilidade dos cuidados com o bebê recai sobre eles, o que pode resultar na recuperação dos sentimentos de culpa por terem produzido um bebê prematuro e sentem um medo muito grande de danificá-lo ainda mais com os cuidados prestados a domicílio longe da equipe de saúde.

WONG (1999, p. 212) assevera:

“Os pais precisam ser informados acerca da evolução do recém-nascido e assegurados de que ele está recebendo os cuidados adequados. (...) Os pais precisam de uma avaliação realista, honesta e direta da situação”.

2.4.4. O bebê e a amamentação

O leite materno é muitas vezes encarado pelos profissionais da saúde, como um produto mágico, capaz de possibilitar uma recuperação maravilhosa para o bebê prematuro. MACHADO (2001, p.25), argumenta que:

“é imputada às mulheres, principalmente às dos países subdesenvolvidos, a responsabilidade sobre a sobrevivência infantil, como se o leite materno, por si só, garantisse as condições de vida da criança sem, contudo se ater em outros determinantes sociais geradores de doenças e mortes na população infantil”.

Podemos visualizar desta forma a pressão em que se encontram essas mulheres com relação à amamentação de seus filhos prematuros.

BRAZELTON (1988, p.26) considera que a importância da amamentação para a mãe está voltada tanto “*para sua recuperação física e para ela própria como pessoa (trazendo um sentimento de integridade através do uso de seus seios)*”, como a importância física e psicológica para o bebê.

“Muitas mulheres sentem-se pressionadas a tomar uma decisão firme e permanente sobre a amamentação pelo seio, durante a gravidez. Seus conflitos sobre se serão adequadas como mães, suas lembranças acerca do modo como a própria mãe alimentava os filhos, sua relutância em testar e mesmo utilizar de forma errônea seus seios tudo isto pode interferir como uma decisão racional” (BRAZELTON, 1988, p. 27).

VIEGAS *et al.* (1996) exprimem que todo animal que tem sua cria separada de si logo após o nascimento não estabelece aleitamento natural. Os autores observam este tipo de comportamento também nas mães de RNPTs que permanecem por um período separadas de seus bebês, podendo ser observado até mesmo a ruptura ou afrouxamento do vínculo materno.

Com base no exposto e na nossa experiência profissional consideramos que o aleitamento materno favorece o estabelecimento do vínculo afetivo mãe e filho e, conseqüentemente, o processo de cuidar. Assim, levantar a vivência das mães dos bebês prematuros no aleitamento materno trará importantes subsídios para a organização da prática assistencial no sentido de auxiliá-las na tarefa de amamentar sua prole, cujos impactos repercutem na maior satisfação materna nesta prática e melhoria dos índices de aleitamento materno neste seguimento populacional de risco.



3. OBJETIVOS

Geral: analisar a vivência do processo de amamentar em mulheres-mães de bebês prematuros internados em uma UTIN de um hospital filantrópico do interior do estado de São Paulo.

Específicos:

- 1) Identificar o significado atribuído pelas mulheres em relação à amamentação de RNPT, comparando-o com sua prática;
- 2) identificar os sentimentos e as dificuldades que as mulheres-mães vivenciam no processo do aleitamento materno do filho prematuro;
- 3) descrever as estratégias utilizadas pelas mulheres para a manutenção da lactação;
- 4) identificar a rede de apoio social.



4. REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que o estabelecimento da amamentação de RNPT é procedimento relacionado ao processo de formação do vínculo mãe-filho-família, propomo-nos a verificar como as mulheres/mães elaboram esse processo e quais elementos/estratégias elas necessitam e ou utilizam para a efetivação da amamentação do seu bebê prematuro. Assim, optamos por eleger o cuidado humano e a rede de apoio social como referenciais para analisarmos o fenômeno em estudo.

4.1. O CUIDADO HUMANO

Cuidar, de acordo com o dicionário AURÉLIO (1988, p.190) é: “(...). *Aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; atentar, pensar, refletir, ter cuidado; tratar. Ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação.* Segundo o dicionário LAROUSSE é: “*Tratar de assistir, ter cuidado. Empregar a atenção, pensar*” (LAROUSSE CULTURAL, 1999, p.282).

Portanto, se analisarmos essas definições, podemos verificar que sempre o cuidar está voltado para o tratamento ou desvelo para consigo mesmo e para o contato com outrem, ao desvelo para com outro indivíduo, visando sempre ao seu próprio bem-estar, ou o bem-estar de outro indivíduo.

ROSSI (1991, p.17) sugere que:

“A palavra nos traz a idéia de responsabilidade, inquietação de espírito, pessoa que é objeto de desvelos. Sugere atitudes e sentimentos que podem levar a uma relação entre pessoas, isto é, a uma prática, uma ação social”.

WALDOW (1998, p.129) orienta que:

“O cuidar humano sempre esteve presente na história humana. O cuidar como forma de viver, de se relacionar... nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação, de um afeto, o qual, em geral, implicitamente inclui o maternar e o educar que, por sua vez, implicam ajudar a crescer. Ele é imprescindível em todas as situações, de enfermidades, incapacidades e durante o processo de morrer”.

SANTOS (1993, p.77) salienta que:

“O cuidado... tem ampla dimensão e se impõe aos níveis biológicos, psicológico, e socioeconômico-cultural, ou seja, as variáveis das quais as pessoas, famílias enfim, os grupos humanos, necessitam para garantir seus processos de crescimento e desenvolvimento, enquanto parte do processo de viver”.

Para Leninger, citado por BOEHS (1994, p.123), *“... os atos e processos de cuidar são essenciais ao nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos”.*

O relacionamento de ajuda aos outros é importante para o desenvolvimento do processo de cuidar, segundo SILVA (1995), o envolvimento é o requisito básico para este relacionamento, e só acontece, quando existe amor.

Em CHODOROW (1990), temos o relato que o cuidado humano é uma função de base psicológica. A mãe sempre preparou suas filhas para o cuidado do lar, para as tarefas domésticas e para com os cuidados com os filhos, tornando outras mulheres como responsáveis pelo cuidado doméstico de responsabilidade produtiva e reprodutiva. Salienta ainda que a importância do relacionamento do bebê com quem lhe presta cuidados, tem suma importância na sobrevivência física e mental do bebê.

TEDESCO (1999, p. 257) explica que: *“a interação mãe-bebê tem sido valorizada em diversos trabalhos. Admite-se que o bem-estar físico e emocional da criança dependa intimamente da qualidade do vínculo materno”.*

Ainda citando CHODOROW (1990, p.85):

“O cuidado que é fornecido em qualquer sociedade não é atribuído a alguém por acaso, nem desempenhado por acaso. Quando mulheres individualmente – mães - cuidam de crianças, a dependência em relação à mãe é total”.

ROSSI (1991) esclarece que as tarefas destinadas ao trabalho doméstico associadas simbolicamente ao sujo eram atribuídas às mulheres, destinadas culturalmente ao feminino, como por exemplo: dar à luz, ter menstruação, prantear os mortos, cuidar dos outros, dos velhos, dos doentes e amamentar.

Em geral, o papel de cuidadora tem sido atribuído às mulheres, muitas vezes associado a uma extensão da reprodução, portanto do cuidado com a prole, ou seja, da sua sobrevivência, que envolve o tomar conta, cuidar, garantir as funções básicas como comer, beber, amamentar, vestir, abrigar, educar. A esse respeito, ROSSI (1991, p. 17) diz: “... *na conceituação de cuidar, ou “arte de cuidar”, encontramos todos os elementos situados e descritos como constantes do papel feminino*”.

Em 1990 CHODOROW (1990, p.17) cita:

“As mulheres maternam em nova sociedade, como na maioria das sociedades, as mulheres não apenas geram filhos. Elas também assumem a responsabilidade inicial pelo cuidado da criança, dedicam mais tempo aos bebês e crianças do que os homens, e mantêm os primeiros laços emocionais com os bebês”.

ZUGAIB *et al.* (1997, p.55) comentam: “*Tentando... recompor nossos primórdios, os pesquisadores atribuem à mulher de 25 mil anos atrás a função de coleta de frutos e folhas comestíveis, e o cuidado com a prole*”.

Isto demonstra claramente que o cuidar esteve vinculado ao papel feminino, pois como os autores relatam, cuidar sempre fez parte do cunho feminino de saber. Somente com a institucionalização da saúde em hospitais e a utilização de medicamentos no combate às doenças, o cuidar passou a ter uma conotação de domínio masculino devido ao domínio do médico sobre todos os que atuam nos hospitais, o que mudou o conceito do cuidar ao longo da história.

BOFF (1999) elucida que cuidar faz parte da essência humana. Assim, todos são capazes de cuidar de outrem, bem ou mal, de um jeito extremo ou um pouco desleixado, mas todos cuidam. É o que também afirma SILVA (2000, p.14-15):

“Todos cuidam. De um jeito ou de outro. Por ser mãe, por ser irmão, por ser filho, por ser amigo, por gostar de alguém. A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional. Se os pais não cuidam dos filhos, estes dificilmente se tornam maduros e autônomos, se um esportista não cuida de sua alimentação, dificilmente supera as próprias marcas “.

WALDOW (1998) nos mostra que não temos como seguir uma receita de como prestar um cuidado a outra pessoa. O cuidado deve ser sentido, exercitado e vivido.

SILVA (2000, p.15) corrobora:

“Cuidamos todos porque queremos ser mais felizes, mais plenos. Sabemos que para alcançar a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. A condição humana é tão frágil como efêmera, requer equilíbrio e constantes cuidados pessoais, sociais e ambientais”.

O cuidado pode ser entendido como uma forma de doar carinho, é uma forma de se relacionar com o outro, de zelar por alguém, como nos ensina BOFF (1999, p. 33) *“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.*

De acordo com SILVA (2000), o melhor instrumento para cuidar são as pessoas e a capacidade destas de interagirem com o outro, com o meio, através da utilização de nossas mãos, olhar, ouvidos e capacidade em fornecer, em doar ao outro a atenção.

A cuidadora, salienta WALDOW (1998, p.64):

“... utiliza o próprio corpo, esse expressa, comunica cuidados, não só através do ato de gerar a vida e de mantê-la, mas através do toque – acariciando, pressionando, massageando, esfregando....”.

SANTOS (1993) propõe que sempre o homem irá necessitar de cuidados, independentemente do caminho que a humanidade trilhar. Este cuidado não está restrito somente ao individual mas, também deve e é direcionado ao coletivo, principalmente com relação aos cuidados que são necessários a serem empregados para a manutenção da vida ou para melhorar a qualidade desta.

O cuidado, como um processo interativo, é descrito por WALDOW (1998, p.135), citando os estudos de Pollock-Latham, que descreve três dimensões para o cuidado: pessoal, social e profissional.

“O cuidado pessoal (ou privado), no que tange à saúde de outra pessoa, consiste em um relacionamento mais íntimo envolvendo família e amigos. O cuidado social (ou público) inclui o cuidado de estranhos e, em geral, não se caracteriza por um relacionamento tão intenso e íntimo como o pessoal. O cuidado profissional, por sua vez, implica a responsabilidade por parte da cuidadora, em usar conhecimentos e habilidades no sentido de ajudar a pessoa que necessita do cuidado”.

A intensidade desse relacionamento é variável, dependendo da continuidade e do nível de envolvimento por parte da cuidadora, assim como a percepção de sua importância e necessidade. A mesma autora conclui que, variáveis como motivação, capacidade para cuidar, natureza das ações e atributos críticos do processo de cuidar podem influenciar essas três dimensões do cuidado.

Neste estudo, enfocaremos o cuidado pessoal da mulher/mãe para alimentar o seu bebê prematuro. Para tanto, é necessário que ela produza e consiga manter o seu leite.

WINNICOTT (1997, p.161) científica:

“O leite materno não desce como uma espécie de excreção; é uma resposta a um estímulo, que consiste exatamente na visão, no cheiro e no contato com o bebê, bem como no som de seu choro, que indica uma necessidade. Tudo isso é uma coisa só: o cuidado que a mãe dá a

seu bebê e a alimentação periódica que se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre os dois – uma comunicação sem palavras”.

MALDONADO (1989) relata que algumas mulheres têm necessidade de se sentirem protegidas e cuidadas já na gravidez, para outras esta necessidade aparece no puerpério imediato principalmente devido à dependência física que a mulher se vê voltada após o processo do parto, principalmente se passou por uma cesárea.

Então, é necessário acionar a sua rede de apoio social, ou a sua rede pessoal de apoio social para prestar-lhe este cuidado tão necessário.

4.2. REDE DE APOIO SOCIAL

SLUZKI (1997, p.41-42) salienta:

“A rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise”.

A efetivação do processo de aleitar o bebê prematuro através da manutenção por um longo tempo da sua produção láctea, sem estímulo tátil ou de sucção do seu bebê, requer da mulher/mãe, esforços que, muitas vezes vão além de suas possibilidades. Nesse sentido, é importante contar com uma rede de suporte social que dê conta de acolhê-la nesse processo.

É sabido que o ambiente social/familiar tem sido associado por muitos autores à satisfação na vida e no trabalho. Por outro lado, sabe-se também que a qualidade do suporte social percebido pode funcionar como continente e proteção contra os estressores na vida do indivíduo.

SLUZKI (1997) lembra que a rede de apoio dos familiares pode ser entendida como uma rede social, determinada pelo conjunto de relações que certo indivíduo tem com o meio e as pessoas que o cercam.

Nesta concepção, podemos determinar que a mãe do RNPT é o centro da rede de apoio, influenciada pela equipe médica, por familiares, e pelo comportamento do seu bebê prematuro, no tocante ao tipo de atitude que irá se propor com relação ao cuidado de seu filho, a amamentação. Esta relação pode ser tanto em sentido positivo como negativo, e depende da mulher aceitar ou não esta influência.

Wortman, citado por BIFFI (1997, p.20-21) justifica que:

“... o suporte social percebido pelo paciente está associado aos resultados positivos, tais como melhora no ajustamento emocional e uso de estratégias adaptativas de enfrentamento, incluindo saúde física, bem estar e relacionamento social”.

Este autor descreve as várias categorias do apoio social como sendo aquelas que:

- ✓ envolvem demonstração de afeto positivo, dando informação a uma pessoa, levando-a a acreditar que ela é cuidada, amada, estimada e valorizada por outros. Este tipo de suporte tem o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão;
- ✓ envolvem expressão de concordância com, ou reconhecimento da pertinência das crenças, interpretações ou sentimentos da pessoa apoiada. Este tipo de suporte fortalece a auto estima da pessoa,
- ✓ envolvem o encorajamento ou estimulação da expressão das crenças e sentimentos, de forma aberta, pela pessoa apoiada;

- ✓ oferecem assistência, consideração, informação ou acesso a informações novas e diversas, permitindo ações educativas. Este tipo assegura a disponibilidade de recursos, e a sensação de ansiedade e a vulnerabilidade são diminuídas;
- ✓ fornecem ajuda material e/ou econômica;
- ✓ referem-se àquele tipo de suporte que pode ser conduzido através da promoção de integração social, em que a pessoa se sinta parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

SLUZKI (1997, p. 48) informa que a rede tem como funções decorrentes do intercâmbio interpessoal entre os seus membros “... *companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos*”.

A família, nesse processo, desempenha um papel inestimável. A manutenção do apoio que ela pode dar à mulher/mãe é relevante, principalmente no processo de decisão sobre como manter a sua produção de leite pela ordenha, como cuidar do bebê internado e como manter a estrutura de suporte necessária depois da alta do bebê. BIFFI (1997, p.22) acentua:

“As pessoas, de alguma forma, estão ligadas ou unidas por laços de afeto, confiança, direito e obrigação, e estes laços sociais têm uma influência sobre o comportamento e a cognição dos participantes, formando e indicando assim a função da rede social”.

A mesma autora fala que o termo apoio social refere-se, quando utilizado aos mecanismos pelos quais o indivíduo é protegido de fatores de estresse:

“As propriedades da rede de apoio e as características das pessoas que a rede contém podem variar através de todo o período de vida da pessoa. Elas podem ser influenciadas pela cultura e sociedade onde o indivíduo vive. Assim, os traços, as características marcantes da rede de apoio social e as fontes de suporte, bem como sua qualidade percebida, podem variar dentro de um tempo de vida de uma pessoa” (BIFFI, 1997, p.23).

MARCOM (2002) assegura que não obstante, todo ser humano cuida de si e de outros, e que só percebemos o cuidar em relação ao outro no caso em que se instala uma doença, pois os membros que compõem a rede de apoio, têm como responsabilidade o cuidado do outro, a manutenção da saúde do outro. A família é identificada como a unidade responsável pelo cuidado de seus membros, em diferentes épocas, mesmo com toda a reestruturação que tem sofrido atualmente, sendo considerada como o principal agente socializador da criança e responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas; sendo responsável pela formação dos referenciais de vida que lhe possibilitarão enfrentar um mundo em permanente mudança.

Porém, nem sempre a cuidadora enfrenta ou encontra um apoio efetivo e afirmativo. CHODOROW (1990, p. 20) relata que:

“... o cuidado de bebês e meninos veio a ser domínio exclusivo de mães biológicas, que estão cada vez mais isoladas de outro parente, com menos contatos sociais e com pouco auxílio na prática, durante o período em que tem de cuidar dos filhos. A participação na força de trabalho remunerado não muda isso. Quando as mulheres estão em casa, ainda têm responsabilidade quase total pelos filhos”.

É nesse sentido que a proposta de realização deste estudo vem tentar trazer uma contribuição para o entendimento de como a mulher-mãe de RNPT elabora o processo de enfrentamento das dificuldades advindas da manutenção da lactação, bem como os elementos de suporte social que ela acessa.

Assim, identificar as dificuldades que a mulher vivencia e procurar entender esse processo, tendo como referência o cuidar pessoal e o suporte social percebido, traz importante subsídio para o enfrentamento dos problemas com a amamentação decorrente do nascimento de um filho prematuro. Constitui também um desafio, uma vez que o nascimento prematuro trata de um fato atualmente muito freqüente, cujos efeitos repercutem no vivenciar a maternidade, podendo comprometer as relações afetivas mãe-filho-família.



5. METODOLOGIA

5.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Como nosso intuito foi trabalhar com sentimentos, crenças e dizeres maternos, realizamos um estudo exploratório com uma abordagem qualitativa para buscar uma realidade que não pode ser quantificada, realidade que obtivemos pela ótica materna de fatores que interferem na manutenção da lactação e na amamentação do bebê prematuro. Acreditamos ser esta abordagem mais adequada para desvendar os aspectos subjetivos e interacionais da vivência das mulheres/mães com bebês prematuros. Dados quantitativos serão apontados na descrição das características da população estudada.

O estudo exploratório, para POLIT & HUNGLER (1995), caracteriza-se pela exploração das dimensões de interesse de algum fenômeno, isto é, o modo como este se manifesta e os fatores que a eles se relacionam.

Segundo CHIZZOTTI (1991, p. 79),

“... a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

Conforme MINAYO (1999b), a pesquisa qualitativa trabalha com os significados, motivos, valores, atitudes e crenças, demonstrando um relacionamento mais profundo dos fenômenos que não podem ser transformados em variáveis.

Porém, é importante salientar, como destacam ALVES MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER (1998, p.47), *“...que ao contrário do que ocorre com as pesquisas quantitativas, as investigações qualitativas, por sua diversidade e flexibilidade, não admitem regras precisas, aplicáveis a uma ampla gama de casos”.*

VICTORA *et al.* (2000) consideram que toda pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde ocorre o fenômeno, permitindo a observação de vários elementos ao mesmo tempo, principalmente em uma pesquisa em grupo, permitindo que o pesquisador conheça seu objeto de estudo de maneira mais aprofundada, possibilitando a explicação de comportamentos.

A abordagem qualitativa veio ao encontro de nossas necessidades de trabalho, pois buscamos, nas concepções maternas sobre o aleitamento, levantar as dificuldades encontradas pelas mulheres, buscando uma maior aproximação com a realidade. CHIZZOTTI (1991, p.70), argumenta que o pesquisador deve se envolver com o universo onde será realizada a pesquisa, e que:

“o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados conectados por uma teoria explicativa; o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado”.

Porém, como em toda pesquisa qualitativa, temos que entender que o objeto de pesquisa, de acordo com MINAYO (1999a, p.22), *“... é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação”*. E esses objetos têm uma rede de relações, o que é determinado por CHIZZOTTI (1991, p.79), *“...o objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações”*.

Portanto, não tivemos o intuito de esgotar o assunto em questão, mas apenas de levantar um pouco mais o véu que cobre todo o universo dos sentimentos maternos.

As metodologias qualitativas são muito importantes na construção do conhecimento sobre saúde. MINAYO (1999b, p.251) ressalta:

“Como em qualquer processo social, o objeto saúde oferece um nível possível de ser quantificado, mas ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis”.

Enfim, o que buscamos é a percepção do sujeito em relação à amamentação, em relação à situação real. Como nos mostram BICUDO & ESPOSITO (1994, p. 39 e 40),

“...a principal tarefa metodológica é a interrogação dos princípios gerais, segundo os quais o homem/ sujeito organiza as suas experiências na vida cotidiana (...), ou seja, a compreensão das percepções da situação real existencial do sujeito”.

Assim, procuramos encontrar, através da abordagem qualitativa, os sentimentos expostos pelas mulheres/mães de RNPTs em relação à amamentação no “período de ordenha⁶” e após o início da amamentação ao peito, pois, como revela CHIZZOTTI (1991, p.89):

“...a finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, onde o pesquisador e pesquisado assumem voluntariamente uma posição reativa”.

5.2. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O primeiro passo para a operacionalização do estudo foi apresentar este projeto à instituição na qual a pesquisa ocorreu, a fim de obter a autorização para desenvolver a mesma (anexo 6), encaminhada à mesma em 22/06/2001.

O presente trabalho foi submetido para aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM – Unicamp, tendo sido aprovado (anexo 7) em 14 de agosto de 2001.

Por se tratar de estudo que envolve seres humanos (mulheres/mães e seus respectivos RNPT), foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido das mulheres mães de RNPT, que concordaram em participar desta pesquisa (anexo 4).

5.3. CONTEXTO ONDE SE REALIZOU O ESTUDO

Este estudo foi realizado na UTIN de um hospital filantrópico de Limeira considerado referência regional para atenção terciária na área de perinatologia. Sua capacidade é de 360 leitos, sendo 227 leitos ativos⁷, divididos no atendimento de pacientes do SUS, conveniados e particulares. Possui em seu quadro de funcionários 29 enfermeiros para chefia e supervisão das unidades de internação.

⁶ Período em que a mãe tem que, através de técnicas manuais, retirar seu leite a fim de administrá-lo ao bebê.

⁷ Dados fornecidos pela assessoria de enfermagem do hospital onde se deu o estudo.

Destinados à maternidade, existem 20 leitos reservados para o SUS, em esquema de alojamento conjunto. No quadro de funcionários deste setor há uma enfermeira que é responsável por todos os plantões e que responde por qualquer erro que aconteça, mesmo que não esteja presente no hospital; e seis auxiliares/ técnicos por plantão para atender à demanda. Os leitos de convênios e particulares, destinados à maternidade e alojamento conjunto são flutuantes, pois são preenchidos de acordo com a demanda.

A UTIN, cuja capacidade é de 20 leitos - dos quais 8 são destinados ao cuidado intensivo (UTI) e 12 ao cuidado intermediário (CI) -, atende pacientes do SUS, de convênios e particulares. Em seu quadro de funcionários conta com quatro enfermeiras e 32 técnicos/auxiliares (em sua maioria técnicos), distribuídos nos quatro turnos, trabalhando com um mínimo de seis funcionários por plantão mais a enfermeira.

O município não possui hospital público. Sua rede básica é composta por 15 postos de saúde e um ambulatório de especialidades. Tem em seu quadro de funcionários 12 enfermeiras em cargos administrativos ou de coordenação⁸. Não dispõe de um grupo de orientação às gestantes.

A cidade conta ainda com outros três hospitais que pertencem aos convênios, os quais atendem a um número bastante reduzido de partos. Qualquer criança que apresente problemas após o parto e precise de internação é encaminhada até a unidade de tratamento neonatal do hospital referido em nosso estudo.

Devido ao baixo índice de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, constatada no município, foram criados nesse hospital o ambulatório de aleitamento materno e a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), um projeto que prevê o treinamento de todos os funcionários envolvidos com a questão do aleitamento materno.

A IHAC prevê o estabelecimento da amamentação já na primeira meia hora após o nascimento, no qual não tenha ocorrido intercorrência, tanto para a mãe quanto para o neonato. Após o nascimento, a mãe e o bebê são retirados do centro obstétrico e encaminhados para o alojamento, juntos, na mesma maca.

⁸ Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde

Neste tipo de hospital, o aleitamento materno é amplamente incentivado e a criança recebe somente leite humano. Se a mãe apresenta alguma intercorrência com relação ao aleitamento, o RN irá receber leite humano pasteurizado (LHP) do banco de leite, que deve ser instituído em toda unidade que busca tornar-se amiga da criança. Nenhum tipo de bico artificial é introduzido, como também não é ensinado a nenhuma mãe como preparar o leite artificial. Toda mãe que apresenta dificuldade ou não amamentou durante seis meses algum filho anterior, é encaminhada para o ambulatório de amamentação.

Nesse ambulatório são encaminhadas todas as mães da UTIN e alojamento conjunto, especialmente primigestas e puérperas que apresentaram dificuldades em manter sua lactação em puerpérios anteriores.

A instituição conta ainda com o Projeto Canguru, implantado em novembro de 2000, com o encaminhamento das mães de prematuros ao alojamento conjunto tardio, a fim de melhorar as condições da amamentação para a alta. Entretanto, os períodos de internação ainda são muito prolongados, o que não propicia êxito com a amamentação.

Durante o período em que os RNPTs ficam internados na UTIN e ainda não podem sugar a mama, as mães são orientadas a ordenhar seu leite (amamentação a distância) para levá-lo aos seus filhos, e este é justamente um dos pontos que buscaremos abordar neste projeto.

Ainda realizamos a introdução precoce da amamentação através da avaliação da capacidade do neonato em realizar corretamente todo o processo de sucção, deglutição e respiração. Graças a este procedimento obtivemos alta precoce do binômio (mãe e filho), muitas vezes, inclusive com peso igual a 1500 gramas, tendo a tendência de liberar em cuidado canguru até com peso inferior a este.

Contudo nem todas as mães atendidas na UTIN aderem a este projeto, e aquelas que aderem, após um curto espaço de tempo introduzem o aleitamento artificial para o seu filho, fato este observado em nosso ambulatório de amamentação.

Através da vivência diária nesse hospital, encontramos a indagação e o levantamento do problema, razão pela qual devemos a escolha do mesmo para o desenvolvimento do presente estudo.

5.4. SUJEITOS DA PESQUISA

Nossos sujeitos da pesquisa foram as mulheres/mães com os seus RNPTs internados na UTIN do hospital em estudo. A delimitação do tamanho da amostra foi feita através da saturação de dados, ou seja, como diz VICTORA *et al.* (2000, p.51) “...aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação”.

Desta maneira, foram incluídas treze mulheres/mães, que concordaram em participar do estudo em questão, cujos filhos estavam internados na UTIN por um período superior a 10 dias e que foram, por sua vez, pré-selecionados a partir de seu peso de nascimento, o que já indica um período de internação maior.

5.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da observação participante e de entrevista.

A observação participante ocorreu na sala de amamentação da UTIN, e a entrevista com as mães deu-se em dois momentos: durante a manutenção da lactação através da ordenha e após o início da amamentação, conforme descrevemos a seguir.

1.º momento: antes da liberação do RNPT para amamentação, isto é, durante o período em que a mãe tenta a manutenção da lactação através de ordenha manual ou “amamentação a distância”. Por ocasião da primeira visita ao seu bebê na UTIN, as mulheres/mães eram orientadas sobre como manter a lactação e realizar a ordenha manual, acondicionar e transportar o leite até o hospital. Nesse momento, as mães foram convidadas

a participar do estudo, e quando estabeleciam uma rotina diária de coleta e entrega do leite, eram encaminhadas até a sala de enfermagem para participar da **entrevista semi-estruturada**.

A entrevista semi-estruturada foi conduzida através de um roteiro-guia (anexo 1 e 2), consentida e gravada (anexo 4).

A entrevista, como sugere MINAYO (1999b, p.57), é :

“um meio de deter informes contidos nas falas dos atores sociais... meios de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos de pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”.

CHIZZOTTI (1991, p. 55) declara que a entrevista tem: *“o objetivo de suscitar importantes respostas por escrito ou verbalmente que os informantes saibam opinar ou informar”.*

POLIT & HUNGLER (1995), salientam que a entrevista semi-estruturada oferece ao pesquisador algumas vantagens, como a observação direta dos sujeitos, a obtenção de dados retrospectivos ou futuros, dados sobre sentimentos, valores, opiniões e motivações, o que vem ao encontro de nossa proposta de estudo.

Os mesmos autores ainda ressaltam que nessas entrevistas procuramos elucidar as percepções dos entrevistados a respeito do mundo, sem impor a visão do pesquisador (POLIT & HUNGLER, 1995).

MINAYO (1999b, p. 99) ensina que o roteiro de entrevista, deve conter poucas questões, e ser uma base de orientação para a conversa: *“... deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto”.*

A **observação participante** foi realizada depois da primeira entrevista na sala de amamentação, onde se encontravam outras mulheres/mães que não participavam do estudo. Por esse motivo, nem todas participaram da pesquisa. Durante o período de

observação, os dados eram anotados em uma folha, numa espécie de roteiro realizado ali mesmo na sala de amamentação, e diferente devido à dinâmica desta sala para cada dia. Após o término da observação, com o auxílio do roteiro-guia (anexo3), todas as informações obtidas eram registradas.

Nossos encontros para a observação ocorreram nas tardes de segundas e quartas-feiras, durante dois meses.

VICTORA *et al.* (2000, p.62) destacam:

“Observar, na pesquisa qualitativa, significa ‘examinar’ com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo. A observação na pesquisa qualitativa não é uma observação comum, mas voltada para a descrição de uma problemática previamente definida”.

Este fato é extremamente valorizado pelas pesquisas qualitativas.

A observação está mais voltada para obter e analisar os comportamentos, de acordo com o que esclarecem POLIT & HUNGLER (1995, p.179):

“Os métodos não estruturados possibilitam uma compreensão mais profunda e rica dos comportamentos humanos e das situações sociais do que seria possível mediante procedimentos mais estruturados”.

ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER (1998, p. 166) também opinam:

“... na observação não-estruturada, os comportamentos a serem observados não são predeterminados, eles são observados e relatados da forma como ocorrem, visando descrever e compreender o que está ocorrendo numa dada situação”.

Estas mesmas autoras relatam que a observação permite:

“chegar na prática, a sinceridade de certas respostas que, às vezes, são dadas só para causar boa impressão, permite identificar comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir” (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSNAJDER, 1998, p.164).

“Na observação participante, o pesquisador se torna parte da situação observada, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação” (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSNAJDER, 1998, p.169).

POLIT & HUNGLER (1995, p.180) comentam:

“Os métodos observacionais não-estruturados parecem extremamente lucrativos no caso de pesquisas em profundidade, em que o pesquisador deseja estabelecer uma conceitualização adequada de variáveis importantes, em um ambiente social, ou formular um conjunto de hipóteses”.

Como buscamos levantar junto às mães suas dificuldades e angústias, enfim, os motivos da não-manutenção da lactação, esse tipo de observação e de coleta de dados nos auxiliou na aproximação da realidade dessas mulheres.

POLIT & HUNGLER (1995, p.183) citam que o observador *“...deve informar o motivo pelo qual se encontra no posto de informação”*. Já ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSNAJDER (1998), propõem que o grupo não deverá saber que estamos observando a rotina diária e as falas, devendo ser uma situação velada porquanto buscamos um complemento para a aplicação da entrevista semi-estruturada. Como desejamos conhecer em profundidade as angústias das mulheres/mães não informamos que elas estavam sendo observadas para fins de pesquisa, apesar de estarmos no mesmo local e respondendo a todos os questionamentos referentes ao bebê internado.

O pesquisador deve, portanto, ter muito cuidado para que ele mesmo não deturpe os dados, ou observar somente o que deseja ver, sendo necessário também, como sugerem VICTORA *et al.* (2000, p.62), “*saber medir os efeitos da presença na própria observação, o que é provavelmente o procedimento mais difícil e importante envolvido nesta técnica*”.

POLIT & HUNGLER (1995, p.177) explicam que em determinados tipos de pesquisa, “*a observação direta do comportamento das pessoas... permite a obtenção de muitas espécies de informações*”.

No nosso caso utilizamos a observação com o ‘posicionamento único’ “*que significa a permanência em um só local, durante determinado período, para a observação dos comportamentos e transações naquele local*” (POLIT & HUNGLER, 1995, p.179).

Nossa observação se deu na sala de amamentação, local restrito às mães e profissionais que freqüentam a UTIN. Como instrumento de coleta de dados, utilizamos o roteiro de observação proposto por VICTORA *et al.* (2000, p. 63) (anexo 3).

O diário de campo foi um outro recurso do qual nos valem para o registro de dados. No entanto, o pesquisador não deve fazer registros durante o período de observação, e sim posteriormente, para não influenciar o grupo, sendo necessário estabelecer um registro mental de tudo o que ocorreu na prática (POLIT & HUNGLER, 1995). É o que relatam também VICTORA *et al.* (2000) quando dizem, que toda observação obtida deve ser registrada posteriormente no diário de campo, onde deverão constar também na íntegra as transcrições das entrevistas gravadas.

Este meio de coleta de dados é portanto, muito fidedigno ao capturar a realidade estudada, trazendo-nos uma complementaridade dos fatos capitados durante as entrevistas.

A união da observação participante com a entrevista, através da entrevista semi-estruturada, proporcionou-nos uma idéia mais abrangente de toda a realidade, de todo o universo pesquisado. Assim, buscamos analisar se as respostas obtidas com a entrevista direta também eram verbalizadas pelas mães, fora do momento específico da entrevista.

ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER (1998, p.163) justificam:

“As pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Podemos dizer, entretanto, que observação, a entrevista em profundidade e a análise de documentos são os mais utilizados, embora possam ser complementados por outras técnicas”.

Durante o período de internação até a fase em que a criança estava apta para ser amamentada, foi desenvolvido um vínculo entre a entrevistadora e a mulher/mãe, o que foi relevante para o desenvolvimento da próxima etapa de coleta de dados.

2.º momento: após a liberação do RNPT para a amamentação, a partir da terceira mamada, realizamos a segunda entrevista orientada por um roteiro. Consideramos que, na fase de alta do RNPT a mãe apresentava mais condições para emitir sua opinião a respeito da amamentação do filho prematuro (anexo 2). A mãe que conseguia manter sua produção láctea, mesmo após um período longo de internação, era convidada a responder à segunda parte da entrevista, mas somente quando o seu RN conseguia manter uma boa sucção e desenvolver o mecanismo da mamada na mama por um tempo mais prolongado do que o apresentado até aquele momento.

Ao término da segunda entrevista, solicitamos que cada mulher/mãe construísse a sua rede social pessoal, quando um modelo da rede de relações era oferecido para que ela mesma, após a explicação do que se tratava, o preenchesse, mencionando as pessoas que lhe fossem significativas (próximas ou não), para identificar melhor quais as pessoas da sua rede pessoal social haviam se comportado como rede social de apoio (anexo 5). Esta compreensão se faz necessária para apreendermos o processo de a mulher/mãe ser cuidada, a fim de que ela tenha condições de ser uma boa cuidadora para o seu bebê.

A inclusão da rede social pessoal surgiu após as primeiras entrevistas de pré-teste, pela importância de verificar se a rede social pessoal é a que se transforma em rede social de apoio. Como comenta SLUZKI (1997, p. 15) “...quanto maior a rede social pessoal, o indivíduo terá melhores condições de enfrentamento para as adversidades”.

SLUZKI refere (1997, p.37):

“Por rede social pessoal podemos entender um conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais. As fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais”.

A rede social pessoal pode ser registrada na forma de um mapa gráfico, no qual temos, como menciona SLUZKI (1997, p.42): “...um círculo interno de relações mínimas, um círculo intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso e um círculo externo de conhecidos e relações ocasionais”. Nesse modelo, a mãe é o centro das relações.

A construção da rede pode ser obtida por meio de perguntas, nas quais procuramos identificar e definir seus integrantes como propõe SLUZKI (1997, p.44): “*Quem são as pessoas importantes da sua vida?*”. Foi solicitado ainda que as participantes do estudo incluíssem neste círculo de relações a equipe da UTIN, que a estava assistindo naquele momento.

Nosso objetivo maior foi o de ter mais um parâmetro para avaliar sua rede de apoio, verificando se esta era significativa para ela (mãe) ou não, comparando os dados encontrados com o que foi exposto em sua fala.

SLUZKI (1997) considera que:

“O conjunto de habitantes desse mapa mínimo (marcados com pontos), constitui a rede pessoal do informante (p.42). “... a incorporação da dimensão, “rede social”, (...) expande a capacidade descritiva e nos permite observar processos adicionais, que até então eram simplesmente não reconhecidos” (p.16).

Entretanto, nesse estudo, a rede pessoal de apoio não foi explorada em profundidade devido ao grande número de dados existentes. Essa questão será melhor analisada em trabalhos futuros.

Qualquer coleta de dados em pesquisa qualitativa deve ter a intenção de captar as representações subjetivas dos participantes, a fim de favorecer a intervenção no problema, modificando a *“realidade para transformar as condições problemáticas”* (CHIZZOTTI, 1991, p.90).

Nosso universo de coleta de dados foi bastante variado. Essa diversidade do universo é recomendada por VICTORA et al. (2000, p.51), que sugerem a contemplação das diferenças respectivas do problema e a obtenção de uma adequada saturação de dados, através de uma maior discrepância entre os sujeitos pesquisados.

Desta maneira, acreditamos ter conseguido captar um abrangência maior do universo em estudo, tendo consciência de que o assunto ainda não foi esgotado.

5.6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao analisarmos os dados obtidos buscamos organizá-los através de um processo continuado, observando categorias, padrões e relações, desvendando-lhes o significado. ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER (1998, p. 170), acentuam:

“À medida que os dados vão sendo coletados, o pesquisador vai procurando identificar temas e relações, construindo interpretações e gerando novas questões e/ou aperfeiçoando as anteriores, num processo de sintonia fina que vai até a análise fina”.

Análise, em seu sentido enuncial, significa, segundo QUEIROZ (1988), transformar em texto os dizeres, separando-os de acordo com os comportamentos e elementos fundamentais, para obter o que se busca com a pesquisa, o que é interessante para o objeto de estudo. VICTORA *et al.* (2000, p.73-74) também mostram que, para uma primeira análise, faz-se necessário realizar uma síntese dos dados, que consiste em ordená-los e lapidá-los.

Assim, utilizaremos a análise de conteúdo, definida por BARDIN (1979, p.42) como:

“...um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos interativos e objetivos, a descrição de conteúdo das mensagens indicadoras (qualitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos à condição de produção/recepção (variáveis inferidas)”.

VICTORA *et al.* (2000, p.75) opinam que a análise de conteúdo também pode ser:

“...desenvolvida através da discussão que os temas e os dados suscitam. No momento da discussão, o pesquisador adota e descarta teorias existentes com base na argumentação que seus achados lhe facultam. Também na discussão, apresenta-se a relação entre as hipóteses de trabalho e sua confirmação ou não na pesquisa empírica”.

Para MINAYO (1999b, p.203),

“...a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo relaciona estrutura semântica (significantes) com estrutura sociológica (significados) dos enunciados. Articula superfície dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características, variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”.

Procedemos a um “*recorte transversal*” de todo o corpus, (conjunto de discurso produzidos pelos entrevistados e entrevistadas, transcritos de maneira literal), onde elegemos referências como unidades de contexto (categorias/ temas).

MINAYO (1999b, p.209) complementa que:

“... a análise temática consiste em descobrir “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Com o intuito de alcançar essa etapa utilizamos temáticas que deram origem às categorias, as quais agrupam elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger o todo pesquisado.

Assim, para a análise de conteúdo, seguimos o recomendado por MINAYO (1999b):

- 1) na pré-análise: fizemos a leitura do material obtido, organizando-o para análise, definindo unidades de registro, de contexto, trechos significativos e categorização das falas;
- 2) num segundo momento realizamos a exploração do material: através de leitura exaustiva, delimitação das falas codificando-as e transformação dos dados em núcleos de compreensão;
- 3) num terceiro momento interpretamos os dados para obter os resultados.

Para a execução do relatório final, resolvemos participar das idéias de VICTORA *et al.* (2000, p.75-76): “...trazer as explicações para os fenômenos. A explicação da realidade é a tentativa de encontrar os princípios subjacentes aos achados no decorrer da pesquisa”.

Portanto, através da observação participante e dos dados transcritos das entrevistas buscamos formar categorias que expliquem os questionamentos por nós levantados.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após serem realizadas, pela própria pesquisadora, que realizou algumas mudanças no sentido de corrigir as falas das mulheres-mães com relação ao português, sem contudo comprometer o sentido e a realidade do estudo. Após a transcrição as falas foram lidas exhaustivamente. Desta forma, delimitamos as categorias que, acreditamos, esclarecerem os questionamentos por nós levantados. MINAYO (1999) lembra:

“A palavra categoria, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com categorias comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de classe ou série (1999b, p. 70). Um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto de informações e se for produtivo, no plano das inferências” (1999a, p.233).



6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. APRESENTANDO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Ao optarmos pela abordagem qualitativa, os valores, saberes, dizeres, sentimentos das mulheres/mães de prematuros internados são dados importantes, principalmente para desvendar seus processos de produzir e manter a lactação, e para saber o que o leite ordenhado ou a amamentação significa para essas mulheres. Assim, ao mesmo tempo em que respeitamos o anonimato sem despersonalizar os sujeitos, decidimos identificá-las por codinomes que representem a beleza da mulher, sua individualidade, delicadeza e fragilidade, chamando-as por nomes de flores, representando o pensamento de KUMARIS (1999, p.5): *“Assim como as flores que compõem um jardim têm diferentes formas, fragrâncias e cores, e nisso está a sua variedade e beleza, da mesma maneira cada ser humano é uma flor única e especial”*.

Para a análise dos resultados também utilizamos a construção da rede social pessoal de apoio de cada mãe, conforme descrita anteriormente (anexo 5).

A seguir, referências de cada mãe analisada.

PALMA, 25 anos, tem o segundo grau completo, é casada, com vida financeira estável. Tentava engravidar há quatro anos, quando finalmente, após um árduo tratamento, conseguiu engravidar. Seu RN nasceu com 830 gramas, de 26 semanas de idade gestacional, ficando internado por um período de três meses e três dias. Palma sempre se mostrou extremamente transparente em seus sentimentos e em sua grande religiosidade, e mesmo não tendo conseguido levar até o fim a gestação, mostrava-se muito confiante graças ao presente recebido de Deus, sua filha. Em sua rede de relações recebeu grande apoio da família, principalmente do marido, companheiro em todos os momentos, apoiando-a sempre quanto aos problemas enfrentados pela criança. No momento da internação possuía um desejo muito forte de amamentar a pequena, porém após três meses e três dias de internação, não conseguiu manter sua produção láctea nos níveis que atendessem às necessidades do bebê, o qual foi para casa de alta com complementação de leite artificial. Para esta mãe não foi realizado o mapa de relações pessoais, todavia, observando-a na sala de amamentação, pudemos verificar que o mais importante para ela era o fato de seu bebê sugar seu peito: toda a sua conversa girava em torno do que fazer,

qual a melhor posição para colocar seu RN em seu peito para sugá-lo. Mesmo não tendo rede de apoio social colhida, incluímos Palma na pesquisa devido à riqueza de suas falas.

GÉRBERA, 28 anos, primeiro grau incompleto, amasiada, mãe de dois filhos, incluindo o atual. Gravidez não planejada, porém demonstrando uma alegria imensa e um sorriso cativante, de uma simplicidade e humildade incomparáveis, entretanto não conseguia expressar seus sentimentos com facilidade. Na maioria das vezes comparecia sozinha nos horários de visita, levando um tempo maior para conseguir maior interação com a equipe, dirigindo-se apenas a uma funcionária, a quem pedia apoio constantemente. Sua maior preocupação a todo instante era em relação à saúde do bebê, que nasceu com 28 semanas e 6 dias de idade gestacional e pesando 980 gramas, permanecendo internado por três meses e três dias. Não conseguiu manter sua produção de leite, mesmo após tentativas de relactação. Mostrava insegurança muito grande ao levar o filho para casa, telefonando constantemente para o hospital ao menor sinal diferente que o bebê apresentasse, como por exemplo fezes mais esverdeadas. Também desta mãe não colhemos rede de apoio pessoal, pelo fato desta metodologia ter sido adotada posteriormente. Na sala de amamentação Gérbera mostrava grande resistência em aceitar as instruções da equipe quanto à forma correta de realizar a ordenha, sugerindo a todas as mães presentes na sala, a utilização de bomba para retirar o leite, prática não utilizada em nosso serviço na época. Não mostrava grande interesse em manter sua produção láctea.

ORQUÍDEA, 19 anos, cursando faculdade, casada, com residência própria, e sendo este o seu único filho. Mostrava uma beleza delicada e exótica como a flor escolhida para denominá-la. Apresentava-se segura em relação aos cuidados prestados com seu filho e com a amamentação. O bebê nasceu pesando 1.360 gramas, com 31 semanas e 4 dias de idade gestacional, ficando internado por 43 dias. Recebia do marido e da mãe (membro da Pastoral da Criança) um apoio muito grande com relação ao aleitamento materno. Apesar da gravidez não ter sido planejada, continuou a amamentar seu bebê, tornando-se doadora do banco de leite do hospital. Toda a comunidade em que está envolvida pratica a amamentação. Sua rede pessoal de apoio mostra-se bem interessante, seu RN está em relação íntima com ela, o que demonstra um estabelecimento de vínculo adequado. Mais próxima a ela está a equipe da UTIN do que a própria família, mas ela colocou a equipe do

alojamento conjunto fora de seu círculo de relações devido a problemas enfrentados com relação a seu filho nesse setor. Em sua observação pudemos perceber interesse constante com relação a assuntos sobre aleitamento materno, sempre comentando na sala sobre as vantagens do aleitamento.

ROSA, 17 anos, do lar, tem primeiro grau completo, é solteira. Não planejou ficar grávida e se mudou de cidade com seu companheiro, ficando longe de toda a sua família. Teve o final da gravidez conturbado por problemas pessoais com o companheiro. Apresentava-se pouco falante, com dificuldade de interagir com a equipe e com as outras mães. Demonstrava um carinho muito grande por sua filha. O primeiro sorriso que nela percebemos foi quando segurou o bebê no colo pela primeira vez, mas sempre estabeleceu um contato olho-a-olho durante as visitas ou procedimentos. O RN nasceu com 36 semanas de gestação 2.645 gramas, permanecendo internado por 24 dias. Rosa mostrava-se bastante indecisa com relação ao aleitamento materno exclusivo, e no momento da alta solicitou informações sobre a diluição do leite artificial. Não foi observada na sala de amamentação, e sempre era arredia em interagir com as outras mães do grupo. Em sua rede de apoio social também inseriu o bebê muito próximo a ela, deixando a família, a equipe da UTIN e o marido distantes. Sua mãe foi quem mais se aproximou dela, mesmo assim a uma distância razoável, indicativa de um relacionamento íntimo porém distante entre elas.

VIOLETA, 23 anos, pajem, casada, tem primeiro grau completo. É de estatura baixa e robusta, mas aparentava ser muito delicada, como a flor escolhida para denominá-la. Já havia perdido um filho antes, devido a uma prematuridade extrema. Seu filho atual nasceu muito pequeno e apresentou diversas intercorrências comuns à prematuridade. Apresentava-se muito insegura, não se apegando ao bebê, espaçando as visitas, não aceitando as informações nem o apoio da equipe multidisciplinar. Permaneceu especialmente unida a uma funcionária do setor, considerando-a sua referência de apoio, não permitindo que acionássemos sua rede de apoio familiar. Apesar de receber apoio do marido com relação ao aleitamento materno, não conseguiu manter sua produção láctea e nem quis realizar relactação. Ficava muito nervosa com os cuidados prestados ao bebê filho, comuns e de rotina para toda a unidade de tratamento intensivo, tendo permanecido em alojamento conjunto tardio por 15 dias. O bebê nasceu com 28 semanas de idade

gestacional e 935 gramas, e ficou internado por seis meses. Violeta não fazia parte da sala de amamentação, nem inseriu o bebê dentro dela, representando que para esta mãe ele ainda não nascera. Toda a sua rede estava localizada em sua esfera mais íntima, demonstrando ser totalmente dependente de todos os que a cercava.

DAMA-DA-NOITE, 30 anos, primeiro grau incompleto, solteira, é acompanhante (não soube explicar direito o que ela realiza com o trabalho), já teve um aborto. Tem três filhos vivos, incluindo o atual, que não foi planejado. Apesar de todos os filhos serem do mesmo pai, não moram na mesma casa. Tem dificuldades financeiras, sua casa de dois cômodos é própria e foi construída com o auxílio do namorado, entretanto não tem luz elétrica nem água encanada. Sua maior preocupação é com relação à criação de seus filhos. RN nasceu com 29 semanas de idade gestacional e 900 gramas, tendo ficado internado por 46 dias. Como permaneceu em “cuidado canguru”, teve alta precoce e bem-sucedida, isto é, manteve o RN em cuidado canguru e AME. Na sala de amamentação estabelecia todo tipo de conversa que não estivesse relacionado com aleitamento materno, mostrando-se bastante resistente às orientações fornecidas pela equipe. Em seu mapa de relacionamento não inseriu o RN grudado a seu corpo, e deixou seu companheiro mais distante dela, por manter união consensual contra a sua vontade. A equipe da UTIN também não estava muito próxima a ela, mesmo localizada em seu círculo interno de relações.

MARGARIDA, 43 anos, promotora de vendas, união consensual, segundo grau completo, condição de vida estável. Mostrava uma pessoa muito frágil e delicada, apesar de ser uma mulher com a vida resolvida. Sua aparência lembrava a de uma menina. Planejou ficar grávida, apesar da idade. Seu filho foi muito desejado por todos de sua família, principalmente pelo marido. Deu à luz o seu RN com prematuridade extrema, o qual teve recaídas constantes, passando da UTI para os cuidados intermediários e vice-versa, várias vezes. Nasceu com 30 semanas e 3 dias de idade gestacional e 1.120 gramas, e ficou no hospital durante 47 dias. Permaneceu em cuidado canguru e manteve sua lactação apesar do tempo grande de internação. Num segundo momento de internação, o RN não conseguia ganhar peso, sendo constatado que a mãe complementava a dieta do RN com leite artificial, indo para casa com AM. Também não se referia a assuntos sobre

aleitamento materno na sala de amamentação, mostrando-se bastante fechada. Não interagiu com as outras mães e só prestava atenção à televisão e às reações de seu filho. Seu mapa de rede inseriu seu RN grudado a ela, estando a equipe da UTIN, sua mãe e marido próximos em representação de importância em seu círculo mais íntimo.

CAPITÃO, 26 anos, segundo grau completo, casada, do lar, com condições financeiras adequadas. Planejou a gravidez atual e possui mais um filho. Mostrava-se o tempo todo muito autoritária, comandando a sala de amamentação e tentando impor sua opinião às outras mães a respeito dos cuidados a serem prestados aos bebês internados. Mostrava-se também muito segura, não se deixando levar pelas idéias das outras pessoas, principalmente de sua mãe, que havia insistido que ela oferecesse leite artificial ao seu primeiro filho. Como queria amamentar, provou à sua mãe (empecilho, segundo a mesma, para o sucesso do AM de seu outro filho) que o leite artificial fazia mal para o mesmo (1.º filho), e continuou a oferecer-lhe o peito. Assim seu nome foi inspirado em uma flor cujo nome representa a autoridade desta mulher. Seu bebê nasceu com 2.760 gramas e 34 semanas e 2 dias de idade gestacional, ficando internado por 20 dias, estabelecendo AME. O tempo todo em que Capitão foi observada, referia-se ao seu sucesso anterior com relação à amamentação do filho mais velho, e mais falava da relação com seu marido do que qualquer outra coisa. Seu mapa de rede mostrava uma proximidade do marido e do bebê em similaridade, e sua família, mãe e equipe da UTIN também estavam inseridos em seu círculo mais íntimo de relações.

TULIPA, 21 anos, secretária, segundo grau completo, casada, com condições de vida estáveis. Gravidez planejada e muito desejada. Diferentemente de outras mães, não apresentava problemas com relação à internação de seu filho, e por este motivo recebeu o nome de uma flor diferenciada das demais, existente na Europa. Seu filho nasceu com 36 semanas e 2 dias de idade gestacional e 2.735 gramas tendo permanecido na UTI por 15 dias, estabelecendo AME. Não foi observada, por desencontro com a pesquisadora. Na rede de apoio social o bebê estava junto a seu corpo. Mãe, marido e equipe da UTIN inseriam-se em seu círculo mais íntimo de relações.

BEGÔNIA, 24 anos, primeiro grau incompleto, do lar, casada. Teve seis gestações, com três filhos vivos, contando o atual, todos prematuros. Não planejou ficar grávida. Sua casa é alugada e não possui condições monetárias estáveis. Mostra-se bastante simples (com relação ao vestuário e a conhecimentos). Percebe a amamentação como um meio de sobrevivência para seu filho e economia de dinheiro para a família. Apresentava-se bastante isolada com relação à equipe de saúde. Interagia bem com as outras mães. Seu bebê nasceu com 34 semanas de idade gestacional, 1.270 gramas, ficando internado por 15 dias, estabelecendo AME. Begônia também não foi observada. Na rede de apoio, o bebê próximo a ela, mas não grudado em seu corpo. Em seu círculo de relações mais íntimas incluiu somente os seus filhos. A equipe da UTIN, o marido e a mãe ficaram em seu círculo secundário de relações.

LÍRIO-DO-CAMPO, 18 anos, do lar, primeiro grau completo, amasiada. Tem somente o filho atual. Apresenta-se acanhada, sofre maus-tratos por parte do marido, que não lhe permite realizar nenhuma atividade sem a sua autorização. Em casa o seu maior ponto de apoio é sua sogra, que a protege. Não pôde permanecer em alojamento conjunto tardio, pois o marido não permitiu que ela ficasse longe dele. Devido a essas características, recebeu o nome de uma flor que representa simplicidade e delicadeza. RN nasceu com 32 semanas de idade gestacional 1.305 gramas e ficou internado por 30 dias, estabelecendo AME. Quando Lírio-do-Campo era observada, mostrava-se bastante acanhada e medrosa, não questionando sobre aleitamento materno em nenhum momento. Na rede de apoio, o RN estava inserido em seu corpo, e as demais pessoas localizavam-se em de seu círculo de relações íntimas ou em suas proximidades.

FLOR-DO-CAMPO, 20 anos, ourives, segundo grau completo, amasiada. Mora em casa alugada e não possui condições financeiras estáveis. Tem três filhos vivos, não planejou a gravidez atual e nem se lembra das consultas de pré-natal que realizou. Apresenta-se desconfiada de tudo e de todos, também sofre maus-tratos por parte do marido, a ponto de não conseguir colocá-lo no gráfico de relacionamento interpessoal. RN nasceu com 29 semanas e 4 dias de idade gestacional e 1.395 gramas, tendo permanecido internado por 28 dias, estabelecendo AME. Flor-do-Campo não permanecia na UTIN por ordem do marido, portanto não foi observada. Não conseguiu inserir o marido em sua rede de apoio, e colocou o RN junto ao seu corpo.

AZALÉIA, 24 anos, do lar, primeiro grau completo, amasiada, mora em residência própria, tem cinco filhos incluindo o atual. Não planejou esta gestação e já teve outro filho prematuro internado por um período menor nessa mesma unidade. Tem condição financeira precária e não consegue arrumar emprego devido aos filhos pequenos. O RN nasceu com 30 semanas de idade gestacional e 1.255 gramas. Ficou internado durante 28 dias, estabelecendo AME. Na sala de amamentação mostrava-se preocupada constantemente com a recuperação de seu RN. A rede de apoio pessoal não foi colhida.

6.2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

As principais características de identificação das entrevistadas e internação dos bebês estão apresentadas no Quadro 1.

A amostra constituiu-se de treze mulheres, mães de RNPT que estavam internados no hospital filantrópico de Limeira.

Quadro 1: Caracterização das mulheres/mães segundo a idade, escolaridade, situação marital e número de filhos e de seus RNPTs de acordo com idade gestacional, tempo de internação e aleitamento na alta hospitalar.

Ordem Entrevista	Nome	Idade	Escolaridade	situação marital	n.º de filhos	idade gestacional	tempo de internação	aleitamento na alta
1	Palma	25	2GC	Casada	1	26s	93d	AM
2	Gérbera	28	1GI	UnC	2	28s 6 d	93 d	AA
3	Orquídea	19	3GI	Casada	1	31s4d	43d	AME
4	Rosa	17	1GC	Solteira	1	36s	24d	AM
5	Violeta	23	1GC	Casada	1	28s	6m	AA
6	Dama-da-Noite	30	1GI	Solteira	3	29s	46d	AME
7	Margarida	43	2GC	UnC	1	30s3d	47d	AME (1.ª in), AM (2.ª int.)
8	Capitão	26	2GC	Casada	2	34s2d	20d	AME
9	Tulipa	21	2GC	Casada	1	36s6d	15d	AME
10	Begônia	24	1GI	Casada	3	34s	15d	AME
11	Lírio-do-Campo	18	IGC	UnC	1	32s	30d	AME
12	Flor-do-Campo	20	2GC	UnC	3	29s4d	28d	AME
13	Azaléia	24	1GC	UnC	4	30s	28d	AME

Legenda:

s – semanas

situação marital: casada; solteira; união consensual UnC.

d – dias

m – meses.

escolaridade:

1GI – 1.º grau incompleto

1GC – 1.º grau completo

2GI – 2.º grau incompleto

2GC – 2.º grau completo

3GI – 3.º grau incompleto

3GC – 3.º grau completo

Observa-se que a maioria das mães (11 – 84,61%) encontravam-se entre a faixa etária de 17 a 28 anos, e apenas duas ficaram excluídas desta delimitação por terem 30 e 43 anos. Este dado nos indica que a população de mães atendida na unidade no momento da pesquisa era de mulheres jovens.

O grau de escolaridade variou entre 1º grau incompleto (1ºGI) a 3º grau incompleto (3ºGI), sendo que a maioria (7 mulheres, 53,84%) possui 1º G completo ou incompleto.

O tempo de internação dos bebês variou de 15 a 63 dias, com exceção de uma mãe que teve seu filho internado por seis meses.

A maioria dos RNs (8 - 61,53%) apresentou idade gestacional (IG) acima de 30 semanas de gestação, chegando no máximo a 36 semanas e 6 dias. Os demais (5 - 38,46%) apresentaram IG abaixo de 30 semanas de gestação, chegando ao mínimo de 26 semanas.

Segundo a situação marital, 2 (15,38%) mulheres eram solteiras, 5 (38,46%) apresentavam-se em união consensual e 6 (46,15%) eram casadas. O que podemos destacar diante destes dados é que há companheiros fixos vivendo maritalmente com a maioria das mulheres pesquisadas (84,61%).

Em relação ao número de filhos, 7 (53,84%) mães eram primíparas, 2 secundíparas (15,38%), 2 tercíparas (15,38%) e 2 múltíparas (15,38%).

Durante a coleta de dados, ocorreu a implantação da IHAC de forma mais incisiva, o que provocou na nossa observação, uma mudança brusca no período de internação e um conseqüente aumento no índice de AME. As primeiras sete entrevistas ocorreram antes da implantação, e as outras, após a implantação do IHAC. Assim, a somatória de todos os dias de internação dos sete primeiros bebês de mulheres/mães pesquisadas totaliza 466 dias, contra 175 dias dos demais bebês. Numa análise simplista, este fato pode ser explicado porque no IHAC o contato entre o trinômio se dá de forma mais freqüente, e o cuidado canguru é estabelecido mais precocemente, aumentando o vínculo entre o trinômio, promovendo um menor tempo de internação e alta precoce.

O aumento do AME também foi verificado. Infere-se que promovendo uma maior aproximação e antecipando-se o estabelecimento do vínculo do binômio mãe-filho podemos auxiliar na promoção do aleitamento materno. Entretanto, não podemos afirmar este fato com certeza, pois, após a implantação da IHAC, não tivemos internações de RNs em grande número com IG menor que 30 semanas de gestação. Para maior elucidação dos aspectos apontados há necessidade de estudos posteriores.

Podemos constatar ainda que no momento da alta, 7 (61,5%) das mães estabeleceram AME (aleitamento materno exclusivo), contra 4 (38,46%) que estabeleceram aleitamento materno misto (AM) ou aleitamento artificial (AA), estando este nos casos relacionados à prematuridade extrema e ou a tempo prolongado de internação.

Comparando o tempo de internação com as semanas de gestação, os dados sinalizam que os RNs mais imaturos tiveram maior tempo de internação e menor índice de aleitamento materno exclusivo. Dos 7 RNs (53,84%) que nasceram com menos de 32 semanas de gestação e tiveram internação superior a 40 dias, três (42,85%) conseguiram estabelecer AME contra quatro (57,14%) que estabeleceram AM ou AA.

Dos cinco bebês nascidos com 32 semanas de gestação ou mais quatro, (80%) dessas mães conseguiram manter sua produção láctea e o AME, contra uma (20%) que estabeleceu AM.

Apesar da implantação da IHAC ter mostrado neste estudo um aumento do índice de aleitamento materno na alta hospitalar, o reduzido tamanho da amostra não permite análises estatísticas que comprove essa relação causal. Há necessidade portanto, de um estudo específico.



***7. CONSIDERAÇÕES GERAIS
SOBRE A AMAMENTAÇÃO
DE RNPTs***

A fim de facilitar o entendimento dos significados sobre a alimentação/amamentação do RNPT e as dificuldades que este processo requer, procedemos à leitura exaustiva de todas as entrevistas transcritas (primeira e segunda). As unidades temáticas foram emergindo na medida em que fomos reconstruindo cronologicamente a vivência de cada mulher/mãe de RNPT, durante a internação do seu filho na UTIN, resultando em três núcleos temáticos, que por sua vez foram categorizados em outras unidades temáticas:

1 - Desvendando o processo de manutenção da produção láctea.
(cuidando-se para cuidar do outro- o RNPT).

A – Enfrentando dificuldades para produzir, manter e drenar o leite

A1 – leite que não sai e/ou é insuficiente para encher o frasco;

A2 – dificuldade técnica para drenagem do leite;

A3 – outras dificuldades.

B – Tendo motivação para retirar o leite e ou continuar amamentando:

B1 – leite materno como fonte de vida/saúde;

B2 – leite de boa qualidade para o seu filho;

B3 - capacidade de produzir leite;

B4 – sentimentos gratificantes

B5 – medo de ingurgitamento.

C – Elaborando estratégias para a manutenção da lactação:

C1 – utilização de meios físicos;

C2 – utilização de lactogogos;

C3 – utilização de meios químicos;

C4 – controle emocional;

C5 – fé em Deus.

D – Tendo auto-suficiência.

E – Desejando amamentar.

2 – Desvendando a rede de apoio

A – Tendo apoio familiar.

B – Recebendo transmissão cultural.

3 – Exercendo o papel de mãe.

A – Tendo prazer por estar oferecendo um alimento/carinho para seu bebê.

B – Sentindo ser mãe.

C – Amamentando como dever e sacrifício.

D – Estando o bebê em primeiro lugar.

E – Aprendendo a conhecer e cuidar do bebê: os medos.

F – Lidando com outros filhos.

G – Tendo desejos.

Esta categorização foi elaborada com o intuito de promover uma análise mais profunda, para que na conclusão pudéssemos analisar todo o complexo do universo materno. Portanto, esta divisão em partes das falas de mulheres/mães de RNPTs não tem

em mente a fragmentação do conhecimento, mas sim a busca dos fatores determinantes ou subjetivos, que unidos formarão o todo, isto é, o sentimento materno em relação à amamentação de um bebê prematuro.

Conforme o referencial adotado, cada núcleo temático será analisado separadamente, buscando responder aos objetivos delineados para o estudo, ou seja, identificar dificuldades das mulheres/mães de RNPTs em relação à amamentação de seus bebês internados em uma UTI Neonatal, e especificamente as estratégias utilizadas para a manutenção da lactação e da rede de apoio social disponível.

1 - Desvendando o processo de manutenção da produção láctea. (cuidando-se para cuidar do outro – o RNPT).

Neste núcleo temático foram agrupadas as falas referentes aos esforços da mulher/mãe de RNPT em manter a produção do seu leite enquanto o seu bebê se encontrava internado na UTIN. Esse comportamento de cuidar, de dar a vida ao seu bebê através do leite, foi vivenciado com muitas dificuldades, como podemos verificar a seguir:

A – Enfrentando dificuldades para produzir, manter e drenar o leite.

Estas subcategorias emergiram predominantemente na primeira fase da entrevista, quando as mulheres/mães, já de alta, tentavam manter a sua produção láctea para poder drenar e levar para o seu bebê ainda internado na UTIN.

A1 – Leite que não sai e/ou é insuficiente.

O medo que o seu leite seque ou que seja insuficiente para o bebê é um sentimento encontrado com muita frequência nas nutrizes, e exacerbado nas mulheres/mães de RNPTs.

Para estas mulheres, o seu leite - devido ao próprio discurso verbalizado pela equipe e mídia, ou por campanhas governamentais - demonstra um poder de recuperação e significa saúde para o filho. O fato de não conseguir manter sua produção láctea para atender às necessidades do prematuro, gera sentimentos de angústia, de dever não cumprido, ou incapacidade de fornecer um “produto mágico” capaz de recuperar seu filho.

Este mesmo tipo de verbalização foi encontrado por SILVA (1990) e NAKANO (1996), que relatam que devido ao fato histórico de responsabilizar a mãe pelo sucesso da amamentação e pela criação dos filhos, ela introjeta também a culpabilidade por todos os insucessos que possam advir aos mesmos; e FELICIANO (1999) e SCOCHI (2000) destacam a importância do aleitamento materno durante a permanência do prematuro na UTIN favorecendo a relação mãe-filho; a mãe percebe que a amamentação é um cuidado que depende dela e que a faz sentir-se parte do processo de cuidar do filho.

As falas dessas mulheres, analisadas, demonstram a angústia em não poder cumprir um dos papéis socialmente construídos de mulher – amamentar – e, também um desejo de complementar, através do leite, a prematuridade do bebê, e muitas vezes encobrir o sentimento de culpa acarretado por este nascimento, mas isto geralmente ocorre de maneira velada ou oculta para cada uma delas.

A responsabilidade pelo cuidado do filho prematuro torna-se uma carga pesada para essas mulheres-mães que se responsabilizam pela internação de seu bebê. Seu desejo de amamentar muitas vezes traduz-se pelo esforço em promover o melhor para o bebê. Isto aparece representado pela fala dessas mulheres, e é o que também expressa MACHADO (2001, p.111):

“A mãe, como prestadora de cuidados, toma para si a responsabilidade e o compromisso. Se o ato de cuidar envolve um compromisso, então este deve ter um objeto, no caso específico aqui o leite materno.”

“... só quero tirar mais, não está sendo suficiente. Cada vez que eu vou tirar, eu quero que saia mais e não menos”. (Gérbera)

“(...) no outro dia, já parece que diminuiu, tal, daí eu fiquei preocupada”. (Margarida).

“... olha..., não, não está tendo bastante leite não, nos primeiros dias dava pra encher o pote (frasco de vidro, geralmente o de maionese de 500 gramas), agora diminuiu bem...” (Flor-do-Campo)

“Está sendo difícil, né, porque o leite mesmo, meu, não...não está descendo muito não, estou tirando e trazendo, entregando para a moça, né, eu estou trazendo o que eu estou podendo trazer, né, porque sai mesmo, ela (funcionária do banco de leite) falou que não vai sair muito agora. Vai sair só quando o nenê tiver sugando mesmo, né, daí vai descer o leite”.(Azaléia)

Esta diminuição do leite pode ocorrer, pois sabe-se que quando não ocorre estímulo no mamilo durante um determinado período de tempo, a produção de leite cai, inclusive quando este mamilo é estimulado somente através de ordenha manual ou com bomba de sucção, o que é reforçado também pela LANG (1999).

Sentimentos de impotência aparecem quando as mulheres/mães de RNPTs não conseguem retirar leite suficiente para encher o vidro. Isto pode ser interpretado também como angústia, ou até mesmo um sentimento de incapacidade de não obter um alimento necessário para auxiliar o bebê na recuperação de sua saúde, como também culpa por não oferecer um alimento interpretado como saúde (NAKANO 1996; JAVORSKI, 1997).

“incomoda, eu fico achando que não é suficiente para o bebê”.
(Orquídea)

“O pequenininho (frasco de maionese de vidro de 200 gramas) não, mas o grande, sim, me desanima”. (Begônia, referindo-se ao incômodo de ter que encher com leite o pote de vidro).

“Dava um sentimento de incapacidade... ah... eu ficava triste, né, porque eu quero pelo menos tirar o leite pra ele, já que eu não posso amamentar direto, né, não queria perder o leite, não diminuir”.
(Rosa, referindo-se aos seus sentimentos quando o leite começou a diminuir).

Quando uma mãe foi questionada a respeito de qual método poderia ser utilizado para ajudá-la a ter leite, ou o que poderia ser feito por outras mães, disse:

“Não tenho muita esperança que eu tenha mais leite, acho mesmo que fazendo a relactação, eu acho que do meu ponto de vista, eu..., que agora, depois de tanto tempo, às vezes eu aperto e sai uma gotinha uma coisinha bem... um líquido meio, meio gosmento, sei lá. Não sai mais leite do jeito que saía, e quando sai, daí eu aperto, mas eu acho que não... também depois de tanto tempo. Mas eu acho que vale a pena, sim, fazer de tudo para..., para tirar (leite). Eu acho que foi o tempo, muito tempo, né, eu acho que já nem tinha muito o mais o que fazer, eu fiz... e eu não sei na minha santa ignorância, eu acho que não tinha mais nada mesmo”. (Violeta)

Apesar da orientação de levarem para o Banco de Leite Humano a quantidade de leite que pudessem, ou que conseguissem ordenhar no domicílio, as mães demonstraram uma grande necessidade de encher o frasco e ver/sentir uma boa produção de leite. Demonstravam insatisfação quando não conseguiam, reforçando a idéia de que não eram capazes de produzir o leite, ou mesmo de não estarem cumprindo o dever de mães – fornecerem leite suficiente para os seus bebês.

“Que não falte leite, acho que isso é importante. (...) antes de ele pegar no peito, até hoje não faltou, eu acho que é uma quantia razoável até, não chega a ser exagerado, é uma quantidade que eu acho que está dando para ele”. (Margarida)

“... do jeito que está indo assim, até no primeiro dia eu fiquei preocupada, né (no dia em que foi com o bebê para o alojamento conjunto tardio), tanto eu como meu esposo, se o leite secar, né, ficamos com a pulga atrás da orelha, porque diminuiu bastante, eu cheguei a pensar que o leite não estava sustentando o menino”. (Begônia)

A esse respeito, NAKANO (1996, p.138) comenta:

“A amamentação como prática valorizada e cobrada socialmente, submete a mulher a responsabilidades ímpares na determinação presente e futura da condição de bem estar físico e emocional do filho (...)”.

JAVOSKI (1997) também encontrou relatos semelhantes em sua pesquisa: *“Na medida em que as dificuldades para tal integração tornam-se visíveis, experimentam o cansaço, as frustrações, passando de responsável a culpada”.*

A2 – Dificuldade técnica para a drenagem do leite.

O procedimento de retirada manual do leite, quando executado por mãos habilidosas, com técnica adequada, em mamas não-ingurgitadas, não provoca dor. Entretanto, algumas mulheres do nosso estudo queixaram-se de dificuldade técnica e de dor.

JAVORSKI (1997, p.126) esclarece que a mãe passa por dificuldades durante muito tempo, pelo motivo de ter que manter sua produção de leite sem ter a sucção direta do bebê no peito:

“...sem dúvida, é um período em que essas mães vivenciam, de maneira muito particular e, às vezes, solitária, os aspectos subjetivos do aleitamento. A dúvida e o conflito quanto à capacidade de manter a lactação através da ordenha, confrontando com as orientações recebidas, que enfatizam a sucção direta no peito, o medo do bebê não conseguir pegar o peito, os efeitos do ingurgitamento mamário e a dor que acompanha a ordenha manual ou mecânica fazem parte do cotidiano dessas mães, enquanto seus filhos não sugam diretamente o seio materno”.

“Tirar o leite com a mão dói a mão, né, cansa a mão”. (Gérbera)

“Ah... é difícil (período de silêncio extenso), não, não por nada, mas é que dói, né, dói”. (Rosa)

“Físico, é dolorido”. (Violeta)

“Às vezes eu sinto uma dorzinha, né”. (Begônia)

A dificuldade sentida pela inabilidade técnica - por ser uma coisa nova - é percebida nas seguintes falas:

“Está sendo difícil, porque é uma coisa diferente, né, porque nunca fiz isso, nunca fui tirar o leite, assim de ficar tirando e trazendo”.(Azaléia)

“Ah... eu acho muito difícil, porque..., ah, eu não sei colocar o copo, incomoda, eu acho que com a bombinha é mais fácil. (...) mas, dá um pouquinho de trabalho tirar assim e pôr no copo”. (Gérbera)

Outra dificuldade apresentada foi em relação ao trabalho exigido para o procedimento, necessitando, portanto, de muita paciência. JAVORSKI (1997, p.99), em seu estudo, concluiu que:

“O discurso técnico dos profissionais de saúde, quase sempre, enfatiza esse aspecto, (...) ‘fique calma e tenha paciência, mãezinha, que seu leite desce’. Tais atitudes do contexto do aqui-agora dessas mulheres reforçam a representação da maternidade e do aleitamento materno como sacrifício a ser suportado ou tolerado pacientemente”.

Isso está relacionado mais uma vez à concepção histórica do cuidar, como responsabilidade materna, ou da mulher que deve submeter-se a sacrifícios para atender aos seus entes familiares.

“Eu peço a Deus paciência, para sempre estar tirando também, exige paciência da gente, toda hora estar lá”. (Margarida, referindo-se à quantidade de vezes para realizar a ordenha).“O que eu

acho mais difícil (ênfatisa esta palavra), *não que é difícil, é que exige paciência, é ter que ficar tanto tempo tirando leite direto, vou dormir uma hora, duas horas da manhã, porque eu tenho que tirar leite, chega sete, oito horas já tem que acordar de novo, exige paciência*". (Margarida)

A vivência das dificuldades enfrentadas pelas mulheres nessa fase pode - na medida em que as dificuldades diante da continuidade da manutenção da lactação se mostram presentes - deixá-las de se aterem ao idealizado para se adaptarem à realidade, quando predomina a falência da lactação. O que representa também o sacrifício de ser mãe imposto pela cultura geral social, de que a cuidadora tem que se doar de maneira inteira para o bem estar de seu objeto de desvelos, o filho.

Por outro lado em uma das falas surgiu o fato de a mulher/mãe preferir oferecer o peito, por ser este um processo mais fácil de ser realizado com sucesso, ou por poder estar nela incutida subjetivamente a idéia de levar o bebê para sugar diretamente ao peito, representando uma melhora deste com relação ao seu estado de saúde.

"...eu acho que seria mais fácil, sabe, colocar ele no peito pra mamar...".
(Gérbera)

Com relação a este fato, SCOCHI (2000, p.189) com base em outros autores e na experiência profissional, acentua:

"na perspectiva da relação mãe-filho, a amamentação consiste na sua única contribuição para o bem estar do filho, oferecendo à mãe a oportunidade para se sentir parte do time".

Ao ter algo de somente seu para oferecer a seu filho, ela se sente capaz de lhe oferecer o seu peito, enfatizando a sua capacidade de ser boa cuidadora.

JAVORSKI (1997, p.97), a este respeito, enfatiza que além do aspecto de produto essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança:

“...para muitas delas, amamentar é a única coisa ou a mais importante que podem fazer por seus filhos no contexto do aqui-agora em que estão inseridas. Isto pode, por um lado, ajudá-las a minimizar os sentimentos de culpa pela prematuridade do filho que, não raro, estão presentes nessas mães, no caso de serem bem-sucedidas na amamentação; por outro lado, aumentar-lhes a culpa em caso de insucesso”.

A3 – Outras dificuldades.

As mulheres-mães entrevistadas verbalizaram outras dificuldades enfrentadas no cotidiano da manutenção da lactação:

“(...) mais difícil que foi pra mim, foi os primeiros dias, pra mim voltar pra casa sem ela, depois disso...”. (Begônia)

“Ter que vir todos os dias aqui, vê ele, sabe(...) A hora que eu chego em casa, é muito difícil ficar sem ele”. (Tulipa)

SCOCHI (2000, p.180), lembra:

“A separação entre mães e bebês prematuros de BPN⁹ geralmente é prolongada, acompanhada de estresse psicológico, distúrbios comportamentais, falência do aleitamento materno e de desconfiança da sua capacidade para cuidar do filho”.

⁹ BPN = Baixo peso ao nascer

B – Tendo motivação para retirar o leite e/ou continuar amamentando.

Ao nos depararmos com as dificuldades verbalizadas pelas mulheres/mães de RNPTs, interessa-nos desvendar a motivação para continuar o procedimento, que geralmente está associado à manutenção ou fornecimento de um alimento e saúde ótimos para seus filhos. Estes comportamentos revelam a preocupação das mulheres-mães com relação à recuperação de seus RNPTs.

B1 – Leite materno como fonte de vida/saúde.

As falas apontam para valores do leite materno como fonte de vida e saúde para seus filhos, fato este muitas vezes verbalizado pelos profissionais de saúde que lidam com o prematuro e acabam por infundir nas mulheres a crença no valor e na importância do leite, inculcando ainda através dos meios de comunicação a idéia de supermãe, como importante para o crescimento saudável e estável do RN. A este respeito NAKANO (1996), JAVORSKI (1997) e SERRA (2001), também encontraram relatos de mães que enfatizaram a importância do leite como fonte de saúde para seus bebês e para a recuperação de seu estado de saúde:

“Nossa, é muito importante, assim..., nossa, eu falava assim ‘Isso aqui é uma vida, né’, cada gotinha que eu apertava, pensava ‘isso é uma vida para ela, né’(...), falava, nossa, isso aqui que eu tenho para ela, né, prá saúde dela, para vida dela”. (Palma)

“... porque se não fosse o meu leite ele não estaria vivo”.
(Dama da noite)

“Tiro o leite, porque na minha cabeça é bom tirar o leite pra deixar pro moleque, né, e assim ele sai mais rápido daqui, se recupera mais rápido através do meu leite né, eu penso dessa maneira”. (Begônia)

“É um complemento de vida pra ele”. (Flor do Campo)

ICHISATO (1999, p.92) também encontrou em sua pesquisa sobre lactogogos a determinação da mãe, a motivação:

“O desejo das mulheres em amamentar e algumas vezes perpassando pelo sofrimento físico/psíquico em obter sucesso no aleitamento materno, está relacionado freqüentemente no ato de amamentar e à saúde do bebê”.

JAVORSKI (1997, p.75), confirma que:

“...além de vencer todas as questões de ordem pessoal e subjetiva no que se refere à decisão de amamentar, a mulher tem que lidar com as dificuldades apresentadas pela imaturidade biológica do bebê e com as suas próprias dificuldades para manter a lactação”.

“... fica forte, gordinho (...) que ele fique bem gordinho, que as pessoas cheguem e perguntem ‘como ele tá gordinho! O que você dá pra ele? Só o peito.’ Tem mulher que fala que dá mamadeira, amamentar deixa a criança forte”. (Orquídea)

“Eu sempre soube que o leite materno era o essencial, eu acho assim que pra ele, por ele ser prematuro é duas vezes melhor, né, engorda, parte de ... pra deixar ele pegar... sistema imunológico dele fica mais forte, por causa da quantidade de vitamina.(...) Que fizesse ele engordar, era o que eu (risos) mais penso, e que evite, né, alguma doença, né, alguma doença que pode dar”. (Violeta)

Percebe-se que nas falas de Orquídea e Violeta aparecem o “engordar” como meta. A primeira para demonstrar o seu potencial “de nutriz”, e a segunda significando “saúde”.

Esse referencial de saúde associado a “criança gordinha” é popularmente encontrado. Carece portanto, desconstruir a associação de criança gorda com saúde. A este respeito ICHISATO (1999, p.99) faz as seguintes considerações:

“Outro agravante que percebemos é o controle constante do peso da criança, levando a nutriz à incerteza, ou seja, se a quantidade do leite produzido está sendo suficiente ou não. Ela passa também a controlar o tempo de sucção do bebê, pois ainda não aprendeu a avaliar a satisfação nutricional do bebê mediante a observação”.

A mãe acaba por crer que o melhor será fornecer ao bebê um alimento que pela crença popular irá fazer com que o ganho de peso tão esperado ocorra.

No caso de criança prematura, o referencial de estado de saúde e bem-estar da criança continua sendo embasado no peso e em quanto esse RN consegue obter de ganho ponderal diário, sendo, então, largamente utilizado pela equipe de saúde.

Aparece ainda a consideração de ser o leite necessário ao bebê, e auxilia, na recuperação de sua saúde, como motivação para continuar a ordenhar o leite.

ICHISATO (1999, p. 93) expõe:

“Percebe-se que as mulheres/mães priorizam o bem-estar e a saúde do bebê, ficando o seu conforto, suas necessidades em segundo plano. Esse paradigma da supervalorização da criança na sociedade foi introduzido com o advento da criação da puericultura, permanecendo até a atualidade. Não raro, ouvimos mães estarem prontas/sujeitas a qualquer sacrifício pelos filhos”.

JAVORSKI (1997, p.128) também encontrou em seu estudo mães declarando a dificuldade em amamentar seus filhos prematuros: *“... amamentar um filho prematuro não é uma tarefa instintiva, natural e fácil”*. Quase todas as mães pesquisadas por Javorski ao se referirem à amamentação, representaram-na como uma prática difícil e que, de certa forma as angustiam.

“(...) porque eu estou ajudando ele, né”. (Gérbera)

“(...) não incomoda ter que tirar o leite, eu sei que ele precisa, não quero dar PN (pré-nam)”. (Orquídea)

“sempre pensando nele, quando eu estou tirando o leite, eu não sei, eu não sei. Ele precisa muito do leite”. (Margarida)

“Porque eu estou ajudando meu filho, saber que eu estou ajudando ele é muito bom. (...) eu vou estar ajudando ele mais ainda”.
(Flor-do-Campo, expressando seu desejo de que seu leite não diminua).

“Porque a gente tem que trazer o leite, sabendo que ela está precisando, né, às vezes não sai e a gente fica muito chateada”.
(Azaléia)

“...o leite que ela precisa”. (Rosa)

Ainda há afirmações simplesmente porque consideram a amamentação importante, sem justificar o porquê dessa importância:

“Todo mundo fala que o leite materno é um leite importante, né, então eu acho muito bom eu estar trazendo..., é importante porque é pro meu filho, eu acho importante”. (Gérbera)

“Eu acho ... é importante para o meu filho”. (Margarida)

B2 – Leite de boa qualidade para o filho.

SERRA (2001, p.87) assim se manifesta:

“As vantagens imunológicas e antivirais do leite materno são enfatizadas na literatura, nos programas de intervenção e na mídia falada e escrita. Tal ênfase torna-se particularmente importante para a população de risco, como é o caso das crianças nascidas pré-termo e de baixo peso, devido à vulnerabilidade biológica e social”.

A idéia de ser o próprio leite o melhor, o mais forte, o mais adequado para o seu filho é relatada nas seguintes falas em nosso estudo:

“Eu acho que ele é forte, sim, eu creio que é forte, sim”. (Palma)

“Forte, o melhor de todos”. (Orquídea)

“Acho que o meu leite é o melhor para ela, que tem mais vitaminas, a vitamina que ela precisa”. (Rosa)

“Eu acho que é bom, acho que assim, a quantidade... bom, pelo menos para ele até agora tem dado”. (Margarida)

“Eu acho que é bom porque ele satisfaz o meu filho, porque ele mama só de 3/3 horas mesmo, não acorda antes, nada, então acho que está sendo bom para ele”. (Tulipa)

“Acho que é bom, pelo menos ele sustentou meu menino”. (Capitão)

Falas semelhantes também foram encontradas por NAKANO (1996), JAVORSKI (1997), PESSOTO (1997), SCOCHI (2000) e SERRA (2001), como:

“Eu acho que... no começo eu achava que ele era forte, porque ele estava bem amarelo, grosso...”. (Dama da Noite)

Na fala acima percebe-se falta de informação adequada em relação à coloração do leite e à capacidade de nutrição do mesmo. Este aspecto também está relacionado à confiança desta mãe em seu leite e à sua possibilidade de produzir um alimento ideal para seu filho prematuro. JAVORSKI (1997, p.130) salienta que:

“As nutrizes estão imersas em um contexto institucional onde não só o discurso técnico reforça o poder do leite materno na recuperação do pré-termo, mas também constam do poder desse discurso ao conviverem com ‘nutrizes competentes’, cujos filhos não demoram a alcançar o tão almejado ‘peito livre’, critério importante para o recebimento da alta hospitalar”.

“Meu leite é normal”. (Lírio do Campo)

“Para mim meu leite , mesmo eu acho que é normal”. (Begônia)

Uma das mães falou sobre a questão do “leite fraco”, associando-a à consistência e cor do leite, demonstrando novamente desinformação e falta de orientação adequada por parte dos profissionais de saúde.

“(...) agora ele, apesar, agora ele já está mais ralo, por isso que muitas mães falam que o leite não sustenta o bebê”. (Dama da Noite)

A este respeito MACHADO (2001, p.78) informa: “... a vivência prática das mulheres fala mais alto, isto é na medida em que as dificuldades frente à continuidade da amamentação se mostram presentes”. PESSOTO (1997, p.21) elucida que em experiências com mães em vários serviços:

“ ... o sucesso do aleitamento materno entre os prematuros está associado a condutas, tais como encorajamento da mãe para ordenhar o leite; atitudes que favoreçam maior produção de leite; contato pele-a-pele da mãe com o filho; acesso das mães às unidades de internação, possibilitando-lhe auxiliar no cuidado de seu filho”.

SIMONTON (1990) também se manifesta, dizendo que conviver com a possibilidade da morte e da ruptura da família produz sentimentos de dor e insegurança. A raiva e o ressentimento são reações muito comuns, provocando comportamentos distintos: controle ou afastamento do ser doente, por ser difícil aceitar a perda. As famílias que conseguem verbalizar seus sentimentos de medo e raiva podem reagir de forma positiva, engajar-se no cuidado do seu filho, as que compreendem o significado do processo existencial que estão vivendo passam a assumir a doença do filho, adotando atitudes e formas estratégicas para enfrentar esta situação; ao engajarem-se no processo de cura têm um compromisso com o ser doente, lutando de todas as maneiras para a manutenção da sua existência, acreditando na vida e tendo esperança.

B3 – Capacidade de produzir leite.

O sentimento de medo em relação à capacidade de produzir leite suficiente para o bebê pode ser percebido como um obstáculo na manutenção da lactação, ou como um fator estimulador para continuar a ordenha. As falas a seguir demonstram o orgulho e a satisfação de sentirem e perceberem que ainda continuam com uma boa produção de leite:

“As pessoas falam ‘Nossa, tanto tempo! Ainda você tem! Não secou seu leite, né?’” (Palma)

“... é tão gostoso ver o pote cheio de leite, é gostoso, é meu. Eu sei que eu tenho leite mesmo”. (Orquídea)

“Me preocupo assim que não falte. (...) que eu tenha sempre o suficiente, que dê para aumenta, para alimenta o meu filho, isso que eu penso”. (Margarida)

“Que, que aumente o meu leite. Me deixa feliz, quando eu consigo, eu fico feliz”. (Flor-do-Campo, ao se referir à quantidade de leite que traz no vidro)

“Que eu tenha bastante para o moleque”. (Begônia)

“Que sustente meu filho, que dê para ele mamar bastante”. (Tulipa)

“Que ele seja suficiente, para eu amamentar ela até..., bom, por um bom tempo, né”. (Capitão)

“Que aumente, né (risos), para mim ter bastante leite, que aumente muito”. (Azaléia)

Com relação à capacidade de manter a produção de leite, NAKANO (1996, p.96), diz:

“A essência de toda a prática de amamentação não poderia deixar de estar concentrada no poder da produção láctea sobre o atendimento satisfatório das necessidades da criança, tendo em vista as representações que tais mulheres têm sobre o aleitamento materno.

Assim percebemos que a simbolização do aleitamento está direcionada à sua natureza biológica, com ênfase na produção láctea, e a ela podem ser implacavelmente justificados todos os atos”.

PESSOTO (1997, p.63) constata que:

“A mulher que ordenha grande quantidade de leite tende a ser mais tranqüila, centralizando suas apreensões em outras dificuldades ligadas ao aleitamento, como habilidade de sucção da criança e seu respectivo ganho de peso. Já naquela com escassa quantidade de leite, a estas preocupações se soma a dúvida a respeito de sua capacidade de aumentar a produção, além das dificuldades na realização da técnica de relactação que, provavelmente, será indicada. Todos esses fatores geram angústia e ansiedade, dificultando o êxito do aleitamento materno exclusivo”.

B4 – Sentimentos gratificantes.

As mulheres entrevistadas por ICHISATO (1999, p.95) mencionam:

“...Os sentimentos positivos em relação ao processo de amamentação... e mostram o lado bom e romântico da amamentação. O lado que a mídia e os profissionais de saúde reforçam constantemente”.

A certeza de estar produzindo leite é muito importante, e necessária, pois representa para as mães uma fonte de vida e saúde para seus bebês, um cuidado que suscita sentimentos positivos, como:

“Sensação muito importante, nossa, uma sensação maravilhosa, fico apertando e saindo aquela gotinha, eu aperto, aperto, eu quero que sai mais, mais para... é muito bom. Eu sentia amor. Sentimento de muita felicidade”. (Palma)

“Eu acho muito bom, eu acho gratificante, (...). Ah... eu não sei... quando eu estou tirando, dá prazer de tirar o leite”. (Gérbera)

“Muito prazer”. (Orquídea)

“(...) no emocional é maravilhoso, apesar de eu não estar amamentando assim direto, né, mas só de saber que é para ele... nossa, é maravilhoso”. (Violeta)

“Ah... eu fico emocionada, é uma sensação muito diferente, eu não sei explicar (risos), é uma coisa nova o que eu sinto”. (Margarida)

“Ah... eu acho bom. (...) acho que depende de cada mãe, né, querer o bem do seu próprio filho, que nem meu bebê, né, já nasceu com 900 gramas e depois passou para 700 gramas, hoje dentro de dias ele estará quase com 900 gramas de novo que ele nasceu”. (isto depois de 15 dias de internado) (Dama-da-noite)

“Para mim, um ato de amor”. (Flor do campo)

“Eu acho gostoso também”. (Tulipa)

“Ah ... um sentimento de muito carinho, né”. (Azaléia)

JAVORSKI (1997, p.125) opina:

“A prática da amamentação não é percebida da mesma forma por todas as mulheres. A amamentação pode ser percebida por algumas nutrizes como uma prática que proporciona prazer e gratificação, porém, outras poderão senti-la como uma prática conflitiva que evoca sensações desconfortáveis”.

NAKANO (1996, p.76) assegura que: “...as mulheres, de um modo geral, sentem-se gratificadas pela oportunidade de amamentar em razão de estarem proporcionando benefícios aos seus filhos”, e de acordo com ARANTES (1991, p.46),

“A amamentação insere-se na relação entre mãe e filho, e como em toda relação entre dois seres, o contato físico pode possibilitar uma maior ligação afetiva. É possível perceber (...) que as mulheres também sentem prazer e o carinho propiciados por este contato. (...). A gratificação proporcionada pelo contato com a criança foi o que pude aprender como momento que se mostra de forma positiva segundo o revelado pelas mulheres no seu vivenciar a amamentação”.

B5 – Medo de ingurgitamento.

Às vezes, a motivação para continuar ordenhando os peitos é o medo do ingurgitamento, ou seja, da dor que poderá sentir com o peito “empedrado”.

ALMEIDA (1999, p.77) descreve:

“O intumescimento mamário resulta de falhas na lactação. O leite acumulado no interior da mama, submetido ao aumento da pressão intraductal, muda progressivamente a sua viscosidade até atingir o estágio máximo que resulta no empedramento” .

Para resolver o ingurgitamento mamário, a equipe de saúde do hospital em estudo incentiva a drenagem manual como forma de alívio, e dá orientação sobre as consequências do acúmulo de leite no peito quando não esvaziado.

“(...) eu vi da minha colega (seio empedrado), quase morri de pena, o seio dela ficou, depois ela nem voltou a dar de mamar para o bebê dela, porque ela disse que não agüentava, morria de medo que isso acontecesse comigo. Chego em casa, tiro o leite do peito a cada três horas para não deixar empedrar”. (Tulipa)

“(...) porque eu noto que não está assim, meu peito não está enchendo que nem estava nos primeiros dias, né, depois que eu

deixei ele quase empedrar..., eu não tirei um dia direito, então ele não está enchendo que nem estava enchendo antes, eu não consigo tirar do mesmo jeito, acho que está diminuindo...”. (Capitão)

Sabe-se que quando há estase láctea, esta pode evoluir para o ingurgitamento mamário, e um dos principais indicadores é a presença de dor. Assim, detectando-se dor nas mamas, associada à sensação de peso, a ordenha é o procedimento preventivo mais recomendado (VINHA, 1994; IBFAN, 1997).

MACHADO (2001) sugere que no corpo feminino encontram-se impressos práticas e discursos de construção histórico-social também culturalmente mediados. A determinação biológica de ser mulher produtora de leite tem marcado histórica e socialmente seu corpo e sua sexualidade, normatizando-os.

As imposições morais e de comportamento sobre o corpo feminino fundamentam-se na reprodução, como função precípua da mulher. Nesse sentido, o corpo socialmente adaptado ao modelo de maternidade: de doação, dedicação e sacrifício, tem força para legitimar a prática efetiva da amamentação por um tempo duradouro e recomendado.

C – Elaborando estratégias para a manutenção da lactação.

C1 - Utilização de meios físicos.

Meios físicos - como aplicação de calor ou drenagem manual - são utilizados como estratégias para manter a lactação. A utilização da fonte de calor estimula a vasodilatação e um aumento do fluxo de leite para os ductos lactíferos, que aliados à extração manual conseguem retirar do peito uma maior quantidade de leite. A ordenha manual regular ou a intensificação deste procedimento também são utilizadas como estratégias para aumentar a produção de leite. Relatos das alternativas adotadas por mães para manter a lactação podem ser verificados nos trabalhos de ALMEIDA (1999) e ICHISATO (1999).

“(...) quando começou a diminuir, fazia compressa no chuveiro”.
(Violeta)

“Lavando o peito com água quente aumentou um pouco”. (Lírio do Campo)

“Muita massagem”. (Azaléia)

“Ah... eu acho que a maneira mais certa mesmo de tirar, é tirar com a mão mesmo”. (Dama da Noite)

“Todo dia fico apertando para tirar para ter bastante”. (Palma)

“Tiro o leite mais vezes. (...) Comecei a tirar o leite a cada três horas, o leite diminuía, diminuía, eu passei a tirar a cada duas horas, o leite foi aumentando, aumentando, até que eu enchi o pote”.
(Orquídea)

“Só retiro”. (Rosa)

“(...) às vezes a gente relaxa, né, passa da hora..., então, ao invés de estar tirando de 3/3 horas, às vezes passa um pouquinho, ela mandou (funcionária do banco de leite) estar tirando sempre de 3/3 horas para, para não faltar, né, se não se começar a dar um tempo maior acaba faltando...”. (Margarida)

ALMEIDA (1999, p.77) explica o mecanismo de aumento da produção de leite de diversas formas: aplicação de calor, frio e massagem

“A aplicação de calor local aumenta a irrigação dos alvéolos com substratos necessários à síntese do leite humano, o que minimiza a presença de peptídeos supressores e, conseqüentemente, aumenta o número de células alveolares operantes. As células inativas são induzidas a entrar em funcionamento pelo aumento da disponibilidade de substratos resultantes do processo de vasodilatação”.

Com relação ao estímulo físico, expõe:

“A fluidificação do leite, por sua vez, é facilitada pela massagem, em virtude da transferência de energia cinética que, como já foi dito, atua no rompimento das interações intermoleculares que se estabelecem no leite acumulado no interior da mama, além de estimular a síntese de ocitocina necessária ao reflexo de ejeção” (ALMEIDA, 1999, p.77).

E ainda fala com relação à aplicação do frio por meio de compressas, que estimula a síntese de peptídeos supressores, devido à “...vasoconstrição e, conseqüentemente, à diminuição de oferta de substratos necessários à síntese dos constituintes do leite” (ALMEIDA, 1999, p.77).

O esvaziamento da mama envia estímulos nervosos para a hipófise a fim de aumentar a secreção de prolactina, que é o hormônio responsável pela produção inicial de leite. Quando a mama está cheia de leite, este estímulo fica interrompido temporariamente.

C2 - Utilização de lactogogos.

ICHISATO (1999, p.101) descreve a utilização de alguns alimentos pelas nutrízes para obter uma melhora em sua produção de leite, citando que os alimentos de uso comum têm componentes essenciais para formar e produzir o leite. Justifica que há “...necessidade de aumentar metabolismo orgânico para a síntese do leite, portanto alimentos consumidos pelas mulheres entrevistadas eram energéticos, auxiliando no aumento da produção do leite”. Confirma ainda que as mulheres/mães consomem alimentos indicados por pessoas que consideram importantes em seu círculo de relações, criando uma crença de que o alimento ou substância ingeridos realmente fazem efeito.

A estratégia para aumentar o leite através de lactogogos foi verificada também nas nossas entrevistadas, muito semelhantes aos achados de ICHISATO (1999).

“Bebo muita água, aí um pouco pela crendice popular, você come isso, come daquilo, que melhora, come couve, que aumenta a produção, mas sobre tudo isso eu, bebo muito leite...”. (Violeta)

“(...) tomar bastante líquido”. (Margarida)

“Ah... eu tomo muito suco, né, laranja, tomo muita água, como muita verdura, acho que tudo isso ajuda...”. (Dama-da-Noite)

“Tomo bastante líquido, ...como neston com leite”. (Flor-do-Campo).

“Me alimento bem”. (Tulipa)

“Tento comer fruta, verdura, legume, que não é..., legume não é muito meu forte, não, nem verdura, fruta até que ainda eu como mais ou menos. A alimentação normal, né, evito de comer doce, chocolate, refrigerante”. (Capitão)

“(...) beber bastante líquido”. (Azaléia)

Mais uma vez nossos achados foram semelhantes aos de ICHISATO (1999) das respostas obtidas, nenhuma citou especificamente porquê ou por quais motivos/causas houve aumento na produção de leite. Podemos apreender nas falas a relação da boa alimentação/ boa produção de leite.

C3 – Utilização de meios químicos.

ICHISATO (1999, p.75) cita que a metoclopramida atua no organismo competindo e inibindo a dopamina, que é responsável pela supressão da liberação da prolactina. Em nosso serviço temos como rotina orientar as mulheres-mães a aumentar sua produção através da intensificação da ordenha ou pela aplicação de calor, porém muitas vezes não conseguimos resultados positivos, o que as leva a receber orientação médica a respeito do uso da metoclopramida.

“(...) tomei Plasil, quando começou a diminuir, a doutora passou”.
(Violeta)

“(...) ela falou que é normal diminuir, então a médica já passou um remedinho, já pra aumentar de novo a produção”. (Flor-do-Campo)

“Estou trazendo pouco, o médico receitou remédio para eu tomar, para juntar leite”. (Lírio-do-Campo)

“(...) a médica passou um remédio, comecei a tomar, daí começou a aumentar de novo”. (Begônia)

Estes fatos mostram a preocupação da mulher em manter sua produção láctea, acabando por optar pela utilização de meios químicos em vez dos de sabedoria popular, para manter talvez uma maior segurança com relação à sua produção de leite.

C4 – Controle emocional.

Para ARANTES (1991, p.58), “... o nervosismo, a ansiedade e o estresse, interferem na amamentação enquanto ato biológico, diminuindo ou bloqueando a composição do leite”. Encontramos correlação semelhante nas falas das nossas entrevistadas:

“Tento ficar calma. Quando eu estou calma, quando eu não estou ... muito assim, estressada, eu tenho bastante leite”. (Begônia)

“(...) porque minha mãe fala que não pode tirar o leite nervosa, tem que ser com bastante calma, paciência, então ela fica olhando as crianças pra mim”. (Dama-da-Noite)

A correlação entre o estado emocional e a capacidade de produção de leite é de conhecimento do senso comum. ALMEIDA (1999, p.72-73) elabora uma explicação com fundamentação científica:

“As células alveolares recebem do sangue todos os substratos necessários ao processo de síntese e os transformam em constituintes do leite humano por mecanismos complexos (...) para que todos estes mecanismos se desencadeiem é preciso que a prolactina carregada pelo sangue se ligue à célula alveolar materna por meio de receptores específicos, ligação esta que, por sua vez, pode ser bloqueada pela presença de alguns peptídeos no meio citoplasmático, os quais atuam como supressores da lactação. (...) o “estresse psíquico” vivido pela mulher, cujos mecanismos neuroquímicos terminam por induzir a síntese de peptídeos no citoplasma, exercendo deste modo uma ação eficaz de frenagem sobre a lactação”.

IBFAN (1997) e de ALMEIDA (1999) revelam que o estado de estresse provoca uma descarga no organismos de hormônios de estresse - que irão competir nos sítios receptores de ocitocina nas células mioepiteliais - causando falta de contração das mesmas e “déficit” no reflexo de ejeção de leite; conseqüente a isto, diminuição da saída do leite, que muitas vezes pode ser interpretada como diminuição da produção.

Uma participante referiu ser a sua própria força de vontade um estimulador para continuar com o processo de ordenha:

“É assim , acho que é mais uma coisa assim, minha mesmo, acho que esta preocupação é mais minha, assim eu tenho que ficar lembrando, assim, sabe, o horário, essas coisas, marcar o horário que eu tiro, assim, é mais assim eu mesma, que tem que ficar em cima de mim mesma (risos)”. (Margarida)

A maneira de cuidar de si e dos outros é um atributo inerente a todos os seres humanos existe uma tendência para percebermos o cuidar, predominantemente em situações de doença (MARCON, 2002).

C5- Fé em Deus.

Quando as possibilidades biológicas começam a mostrar sinais de falha, sentimentos de fé em Deus são referidos por algumas mulheres como meios de apoio psicológico ou crença em uma última esperança para que o sucesso com relação ao aleitamento seja estabelecido.

“Meu Deus! Meu leite não pode diminuir, né... Então sempre pedia para Deus: me abençoe, para ter mais para ela, né”. (Palma)

“(...) está pouco, eu fico pedindo para Deus para ajudar para dar leite, para não faltar leite para ele. (...) Bom Deus, me ajude que não falte”. (Margarida)

As falas acima demonstram o medo da perda do bebê e o grande amor traduzido pela necessidade da produção de leite para salvar a vida do filho. MOTTA (2002,p.158), destaca que:

“...a criança é um ser no mundo em processo de construção, nos diferentes aspectos biológicos e simbólicos, e necessita de amor e cuidado para manifestar-se plenamente como tal... os pais são os arquitetos na formação emocional dos filhos, através da comunicação de afeto, do cuidado amoroso e da expressão do sentimento de segurança e confiança”.

D – Tendo auto-suficiência.

Algumas mulheres ao serem inquiridas diziam não sentir dificuldade em proceder à ordenha manual, mostravam-se auto-suficientes. Tinham uma atitude com relação ao aleitamento como uma etapa vencida de seu processo de amamentar.

“Não tem dificuldade para mim”. (Orquídea)

“Não tem nada difícil, agora não tem”. (Rosa)

“Para mim é normal”. (Lírio-do-Campo)

“Para mim é fácil, sem complicação”. (Begônia)

“Eu acho fácil, simples”. (Tulipa)

“Eu acho que nada, não é difícil amamentar”. (Capitão)

Estas falas demonstraram que nesse momento essas mulheres/mães estavam se comportando como sujeitos do processo, vale dizer, ao vencer em uma etapa, estavam prontas para cuidar adequadamente da outra, os seus bebês.

E – Desejando amamentar.

O desejo de amamentar que emerge nesse momento está atrelado ao que representa o amamentar. O fato de a criança ter condições de ser amamentada significa que ela está em melhores condições, portanto, longe da possibilidade de perda. Aí está embutida a idéia de melhora do bebê.

ARANTES (1991, p. 72) mostra que o desejo da mãe de amamentar está inserido em como esta mulher revela seu desejo “...*sujeito de sua história-de-amamentação. E como sujeito dessa experiência, pode realizar sua opção pessoal*” (em amamentar ou não o seu bebê).

Portanto, conforme a impressão de sua história de aleitamento em sua formação psicológica, maior sucesso ou não com relação ao próprio aleitamento.

“... eu quero amamentar ela. Eu quero, ainda mais agora que ela está nesse processo, eu mais quero é que ela pegue mesmo. Será que a ... está mamando, agora o importante é ela mamar”. (Palma)

“Meu filho saia daqui. Não vejo a hora de pôr ele no peito para mamar”. (Gérbera)

“Ele mamar no meu peito, sentir como é, todo mundo fala que é muito prazeroso e eu quero sentir (sentir como experiência). Ele mamar no meu peito, é... é o que eu acho mais importante”. (Orquídea)

“Eu preferia que ela estivesse já mamando(...). Também porque eu quero”. (Rosa)

“(...) fico torcendo para ele pegar, pegar firme, né. Hoje mesmo ele pegou firme, né, fiquei muito feliz, né. (...) é importante que ele pegue (ênfatisou esta palavra), que ele aprenda a sugar bem o peito. Ah... que ele cresça com saúde, perfeitinho, que vá embora daqui logo, que fique em casa, tranquilo”. (Margarida)

“(...) nada melhor do que o bebê mamando mesmo. O que eu mais quero é que ele saia logo daqui. Ah... de aumentar mais e mais, para o nenê mamar bastante, não vejo a hora de ele estar mamando em mim.(...) queria, né, que ele mamasse mais, né, sugasse bastante.(...) Aí, aí que meu filho saia logo, que ele comece a mamar bem, que ele saia logo daqui, bem saudável, se depende de mim..., não vou mais dar chá para ele, porque antes eu não sabia, né, que fazendo ginástica nele parava de doer, então eu dava chá, remedinho. Agora, não, agora se depende de mim...(deixou em aberto). Que meu filho saia logo daqui, chega de hospital, que ele saia daqui saudável, sem perigo de vida ir pra casa”. (Dama –da-Noite)

“Ah... é assim, não é gostoso, mas seria mais gostoso se ela estivesse mamando mais, né, o prazer da gente é de amamentar e não ficar tirando leite para você trazer para criança mamar, né, então eu sinto vontade dela estar mamando, e não assim de eu ficar tirando leite para ela, né. Vontade dela estar mamando... . Importante que ela tenha uma melhora, que consiga sair logo né, que ela consiga mamar bem, né, para ir embora, porque a médica falou que só depende disto para ela ir embora. Ver minha filha em casa”. (Capitão)

A este respeito MARTINS (1998, p.113) revela que:

“...a interação entre mãe e filho tem início na concepção. No parto ocorre uma interrupção dessa aproximação entre mãe e feto com o corte do cordão umbilical; o feto passa a ser o filho”.

Esta interrupção é muito maior para as mulheres/mães de RNPTs, pois a distância estabelecida entre eles é ainda maior.

MARTINS (1998, p.113) prossegue:

“O aleitamento materno permite estreitar a interligação mãe-filho através do vínculo que se estabelece entre os dois, por meio do leite materno; enquanto ser-mãe oferece, o ser-filho recebe o leite, e enquanto o ser-filho oferece, o ser-mãe recebe o carinho, a gratificação”.

Podemos considerar que a mãe do bebê prematuro só irá estabelecer o vínculo adequado, e se sentir mãe, quando o seu filho estiver em contato direto com ela, estabelecendo uma interação de carinho e doação - gratificantes e mútuos - num momento de maior prazer para ambos.

2 – Desvendando a rede de apoio.

Conforme FELICIANO (1999), para analisar a rede de apoio social temos que ter em mente que ela existe em dois meios: o formal e o informal.

O formal, relacionado à ajuda profissional recebida desde a hospitalização do bebê, e o informal, que envolve a ajuda vinda da família e de outras pessoas da comunidade, formando o ambiente social das mães que participam do estudo. Em nosso estudo, foi solicitado às mulheres/ mães que colocassem num mapa a rede social pessoal. Nesse mapa a equipe da UTIN apareceu no círculo interno, demonstrando ser esta parte importante no apoio.

MACHADO (2001, p.35), lembra que *“... a amamentação tem se caracterizado em um momento de grandes interferências do meio relacional sobre o comportamento da nutriz”.*

Considerando a família como um sistema cultural de cuidados com a saúde, concordamos com ELSÉN (2002, p.12), quando ela avança ser a família:

“...um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual fazem parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as

ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. Este sistema inclui ainda um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma queixas e/ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais, (...) e o papel da família como cuidadora em situações de saúde e doença”.

ICHISATO (1999, p.100), relacionando o ato de amamentar com a rede de apoio, afirma que amamentar :

“...exige dois sujeitos para que ocorra o ato, ou seja, a mãe e o bebê, entretanto o processo de amamentação envolve muito mais pessoas/instituições: família, profissionais, amigos, vizinhos, instituições de saúde, escola e outros”.

Por conseguinte, é necessário compreender toda a relação desta rede com o binômio no sucesso do processo de lactação e, conseqüentemente, no cuidado de outrem.

Nesse sentido, no presente estudo tentamos desvelar qual papel a rede de apoio exerceu na manutenção da lactação da mãe do prematuro.

A – Tendo apoio do familiar.

Na rede de relações da mãe do prematuro, está inserido o relacionamento do pai, e principalmente da avó materna, que acabam por ajudar a nutriz em seu processo de ordenha e amamentação, muitas vezes auxiliando a mulher/mãe de RNPT a aumentar sua produção de leite, o que também foi enfatizado por ICHISATO (1999, p.102) em sua pesquisa sobre lactogogos:

“O aumento da produção de leite é atribuído também à influência de pessoas significativas, quer experimentando alimentos preparados por essas pessoas ou ouvindo seus conselhos, e o apoio constituído por familiares, profissional e amigos influenciaram na manutenção da lactação”.

ELSEN (2002, p.15), ao propor uma sistematização conceitual sobre o cuidado familiar, sintetiza as idéias de Cartana, Budó e Monticelli como:

“O cuidado familiar é fortalecido pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos... em situação de crise, e mesmo no cotidiano da vida familiar, as pessoas significativas desempenham um papel importante, cuidando..., orientando..., oferecendo ajuda...”.

A este respeito, NAKANO (1996, p. 103) observa:

“É no ambiente doméstico e feminino que essas mulheres tentam, em primeira mão, resolver as intercorrências mamárias. E em momentos como este a mulher torna-se mais susceptível às interferências do meio externo, adotando a primeira alternativa que lhe aparece no sentido de se livrar de situações desconfortantes, revelando portanto a participação de poderes múltiplos nesse processo”.

Percebemos nas falas das entrevistadas o apoio recebido de seus familiares, principalmente do marido, que se tornam cuidadores, propiciando à mulher forças para manter sua produção láctea e se tornar uma boa cuidadora.

“Meu marido assim... apoia, né”. (Palma)

“Ajudava... alguém ajuda a segurar o copo, ajuda a ferver, falam olha, está na hora de tirar” (referindo-se ao modo como é orientada para retirar o leite). (Violeta)

“Bom, meu marido, né, ele, ele assim..., porque eu não posso ficar abrindo a geladeira, essas coisas, daí ele ajuda nessa parte, vai lá, abre a geladeira, de madrugada eu acordo... ele vai buscar o vidro para mim, então ele me ajuda, o que mais ele me ajuda mesmo é isso, ficar abrindo a geladeira, guardar, levar para mim. No começo ele ficava mais junto, olhando como era, agora já não está tanto assim... . Daí tem minha mãe também, né, que fica em casa, me

ajuda nesta parte de levar, buscar, daí minha mãe, né, que fica em casa quando ele está trabalhando, daí ela também me ajuda a tirar o leite". (Margarida)

"No caso, meu marido que ajuda, se eu tiver sentada, ele pega máscara, ele pega copo... ele ajuda, quando eu venho trazer... às vezes é ele que traz, melhor ainda é saber que ele não tem vergonha, né, porque às vezes as pessoas têm vergonha, né, de ver assim ele ser pai tão cedo, né..., era para ele ter vergonha, mas ele não tem, não, ele me ajuda muito". (Flor-do-Campo)

"No caso é meu marido que cuida do meu menino, para mim tirar leite...". (Capitão)

"Meu marido que ajuda a tirar (risos animados), tudo ele quer participar, a hora que eu vou tirar o leite, ele já está lá no vidro de álcool, limpando a mão para vir me ajudar a tirar de novo". (Azaléia)

"Sempre tenho apoio... principalmente meu marido, né, se eu precisar de alguma coisa, ele me ajuda, me incentiva bastante, pega no pé". (Flor-do-Campo)

"Me dá apoio". (Tulipa)

Estas falas sinalizaram mudanças nos valores socio-culturais construídos em relação à função de cuidar ser eminentemente feminina, ou seja, o cuidado da prole e atenção à nutriz pelo cônjuge/companheiro demonstram esta mudança: de um lado a mulher "cobrando" esta ajuda, de outro o companheiro oferecendo apoio/ajuda.

Às vezes a mulher não percebe a ajuda que recebe como efetiva, e se queixa:

"Não, ninguém ajuda, o marido ajuda, quando estou tirando leite de uma ele faz massagem na outra, mas tudo sou eu mesma que faço". (Lírio-do-Campo)

O cuidado familiar, para ELSÉN (2002 p.16), “...é um processo, e como tal, é aprendido, construído pela família em sua trajetória, mas é modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros”.

Quando a ajuda não é sobre alguns afazeres, o apoio é de incentivo verbal:

“Meu marido fica olhando, sabe, fala a que bom que você tem”.

(Palma)

Ou o apoio da mãe, quando não há a presença do pai da criança:

“Ah... é só eu, minha mãe e meus filhos, então ela olha eles para mim né, para eles não me atrapalharem na hora que eu estou tirando o leite...”. (Dama-da- Noite)

“Eu pensava que não ia conseguir, não saía, minha mãe chegou em mim e disse que se eu colocasse na minha cabeça eu não teria mesmo”. (Orquídea)

“Minha mãe me ajuda, meu marido assim olhando os outros, agora que o G. vai para casa, aí eles ajudam a olhar os outros dois meus, para não ficar em cima, para não atrapalhar, saem com eles, vão dar uma volta”. (Dama-da-Noite)

“Ajuda, quem mais ajuda é minha sogra”. (Lírio-do-Campo)

As mulheres entrevistadas pertenciam à família tipo “nuclear”, e contavam mais com a presença do marido/companheiro, e às vezes com a presença da mãe da nutriz, portanto, podendo contar somente com eles. Na fala de ELSÉN (2002, p.17),

“Cada membro da família, ao interagir com o outro, participa de uma ação e reflexão que resultará na construção de um significado que permitirá a definição da situação na qual se encontra, assim como o desempenho de novas ações e reflexões, num processo contínuo de interações...Os membros da família, ao tomarem parte desta ação,

definem as suas próprias maneiras de agir, de acordo com a compreensão que têm da situação...”.

SCOCHI (2000, p.166-167), com base em outros autores aponta que:

“...a família é importante fonte de influência, a ponto de afetar o bem-estar físico e emocional de seus membros, individualmente, e quando os profissionais apoiam as famílias, os pais ficam numa posição especial, pois devem dispor de tempo, energia, conhecimento e habilidades para cuidarem de uma criança em desenvolvimento. (Dunst, 1997) (...) é a família que tem maior influência na saúde e bem-estar dos bebês e crianças. Aos profissionais de saúde cabe o papel mais importante, o de favorecer a confiança e a competência dos pais, como cuidadores ou na tomada de decisões (Gordin & Johnson, 1999)”.

O profissional de saúde torna-se agente importante na rede pessoal da mãe do prematuro, auxiliando-a a estabelecer sua amamentação e cuidados adequados com relação ao RNPT.

Na falta de seus familiares, uma das entrevistadas narrou o apoio recebido do hospital, demonstrando que ocorreu uma inserção da equipe da UTIN na rede de relações dos pais do prematuro, que tornou-se cuidadora dos mesmos, no auxílio às dificuldades encontradas por eles nos cuidados a serem prestados a seus filhos:

“...apoio eu tive daqui do hospital, já da minha família..., tudo de São Paulo”. (Rosa)

“Aqui tenho apoio, aqui”. (Rosa)

Às vezes, deixam transparecer uma certa mágoa pela ajuda que não vem:

“Minha família não faz nada, não, eu mesma sento no sofá e tiro sozinha”. (Begônia)

“Não, eu sozinha, eu levanto até de madrugada pra tirar”. (Tulipa)

ELSEN (2002) cita que em determinadas situações a família tem sua capacidade de cuidar alterada, ficando esta capacidade diminuída ou até mesmo ausente, o cuidado prestado pelos familiares ao indivíduo que necessita de cuidados depende da fase de trajetória familiar, do modo como a sociedade e a comunidade esta organizada, de acordo com seus recursos naturais disponíveis para serem utilizados.

As mães também se queixam da interferência negativa:

“É mais ou menos, minha mãe, por ela eu estava dando leite, desde que o meu menino chegou em casa, ela queria que eu desse o ‘Nam’ né, mas daí ela viu, eu até dei um dia para ela ver que não era, que não estava passando fome, que ela falava que ele estava passando fome, daí ela viu que não era isso, daí ela parou, daí ela começou a incentivar, mas nos primeiros dias ela achava que tinha que dar o leite, mas eu amamenteei ele porque eu briguei muito com minha mãe, se não, não tinha amamentado”. (Capitão)

“Minha mãe fala que eu sou uma vaca, né, ela fala ‘a Mimosa’, ela fala assim”. (Gérbera)

Nesta fala percebe-se que ao comparar a produção láctea da filha com a da vaca “Mimosa”, a mãe da nutriz talvez queira elogiá-la por sua capacidade produtiva; entretanto, a filha a recebe com menosprezo o elogio.

Quanto a isso, DENARDIN (2002, p.77) citando Lenninger, diz:

“O espaço do cuidado familiar traz elucidações fundamentais para o conhecimento do cuidado como fenômeno humano. Mesmo o cuidar sendo considerado um elemento universal, a forma como é desenvolvido pode ser culturalmente condicionada, caracterizando a diversidade do cuidado. Ele se dá ao longo da vida, de maneiras diferenciadas e através das gerações, ao longo da história; é pela eficácia deste cuidado que as pessoas se mantêm ou não em estado de saúde”.

B- Recebendo transmissão cultural.

Nas mulheres entrevistadas, quando questionadas sobre como as pessoas da sua família e comunidade alimentam seus bebês e o que lhes é oferecido, percebe-se uma grande influência cultural da família.

ELSEN (2002) e outros são unânimes em dizer:

“a família é parte integrante de um ambiente sócio-cultural. Isto significa que crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais, e como tais, influenciam e são influenciados pelas famílias” (Elsen, Boehs, Nitschke, *apud* ELSEN, 2002,p.15).

MACHADO (2001, p.5) descreve que a mulher sofre importante influência de sua mãe, pois esta influência *“se assenta em raízes mais profundas, visto que sua participação advém de fases anteriores, no período da infância, adolescência e continua pela fase adulta”*. WINICOTT (1997) fala que o psicológico do filho é formado por sua relação com a mãe, e pelo resto da vida esta influência vai estar presente na tomada de decisões, que podem tanto ser positivas em relação à opinião da mãe ou não.

Esta influência é percebida quando toda a família tem por hábito aceitar a amamentação exclusiva.

“(...) do lado da minha mãe é só peito, (...). Minha mãe faz parte da Pastoral da Criança, minhas tias também, e elas enfatizam que é só o peito, eu dou só o peito”. (Orquídea)

“Na minha família é tudo peito mesmo, só peito. São tantas, comigo são seis irmãs, todas amamentam, mas acho que... seis meses ou mais, no mínimo seis meses, teve uma que amamentou até um ano. (...) só teve uma que o médico aconselhava a dar só o peito, ela deu mama pro primeiro filho dela até seis meses, não deu mais nada, só leite de peito, eu até achava estranho, que eu nunca tinha ouvido

falar, só peito, não dava chá, não dava nada, nada, nada”.

(Margarida)

“Minhas irmãs só dão o peito até os seis meses, só o peito, não oferecem água, nada, minha vizinha também a mesma coisa, só o peito”. (Lírio-do-Campo)

“Tudo com leite materno até os seis meses, meu irmãozinho mesmo, minha mãe deu até quase dois anos pra ele”. (Tulipa)

Ou mesmo quando a mãe amamentou com algum suplemento, normalmente por influência da comunidade, que também auxilia a cuidadora em seu processo de cuidar e interfere em sua decisão, pois é parte integrante de sua rede pessoal de relações, mesmo estando algumas vezes fora de seu círculo mais íntimo de amizades. O peso da cultura informal é grande em nossa sociedade.

“(...) são todas com leite do peito, né, ..., dá agüinha, chazinho antes dos seis meses no intervalo, né”. (Palma)

“Tem umas tias que dão mamadeira, por parte de pai, né...”. (Orquídea)

“A maioria dá leite do peito, materno mesmo, com um mês, no máximo dois meses, daí já começa a dar leite Ninho, essas coisa”. (Rosa)

“(...) já davam chazinho, chazinho de erva-doce, assim... acho que depende do médico né, tem médico que manda dá só o peito, tem outros que já falam pra dar outras coisas...”. (Margarida)

“Eu dei o peito para eles até os seis meses, e quando tinha dor de barriga ... eu dava chazinho, ou então medicamento para cólica”. (Dama da Noite)

“Normalmente é papinha, chazinho, meu filho era leite, era mingau de aveia, né, antes dos seis meses, papinha da Nestlé. Minha filha mamou um ano e três meses, meu filho só por três meses, minha filha era o peito, Nam mais farinha láctea”. (Flor-do-Campo)

“Ah... umas oferecem um leite comprado, ou não, acha melhor os leite de peito mesmo, a maioria dá chá, suco, algumas até leite de saquinho”. (Begônia)

“Nos primeiros dias eu dei chá, porque minha mãe é mais antiga e ficava enchendo para eu dar chá, mas eu não dava muito chá, não, nem água, enquanto eu estava na casa da minha mãe eu dava chá, na minha era só peito”. (Capitão)

ELSEN (2002) e outros constataam:

“a família em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, em parte oriundos de sua família de origem, do seu ambiente sociocultural e, em parte, decorrentes do viver e do conviver de nova família em suas experiências e interações cotidianas intra e extra-familiares. Este mundo de significados é próprio de cada família, embora contenha elementos do contexto no qual ela está inserida. É o que defino como cultura familiar” (Maurin; Elsen, Althoff apud ELSEN, 2002).

3 – Exercendo o papel de mãe.

Como já citado anteriormente, as práticas do cuidar há muito têm sido atribuídas às mulheres como extensão da reprodução: gerar, parir e amamentar. Neste sentido, ser mãe era considerado um atributo feminino, e a ele atrelado o cuidar da prole.

NAKANO (1996) se expressa sobre o assunto referindo que a todo momento a mulher está prestando algum tipo de cuidado, que não é só atribuído a mulher durante situações de doença na família. Na maioria das vezes a mulher não tem consciência deste

papel executado por ela. O centro do processo familiar de cuidar no seio familiar é a mulher, além de ser a principal responsável pela criação dos filhos.

Esta mesma autora complementa ainda que:

“A fase de amamentar, principalmente na experiência com o primeiro filho é carregada de inseguranças, incertezas e conflitos por parte de quem a vive, se configurando em palco ideal de interferências que podem ser percebidas como favoráveis ou desfavoráveis ao ajuste da mulher na amamentação” (NAKANO, 1996, p.96).

Estas declarações mostram os sentimentos que emergem das mulheres durante o ato de amamentar, ou seja, quando elas já conseguem pegar os seus bebês no colo, após um longo período na UTIN. Este ato representa para ela não só a possibilidade de amamentar, mas representa acima de tudo que esses bebês estão melhores, fora da possibilidade de perda, com a esperança de vida.

A – Tendo o prazer de oferecer um alimento/carinho para o seu bebê.

Vários autores relatam o prazer da mãe em amamentar, entre eles JAVORSKI (1997, p.125) afirma que em seu estudo muitas mães *“percebiam o ato de amamentar como prática gratificante”*. E em nosso estudo as mães confirmam este fato:

“(...) uma sensação maravilhosa”. (Palma)

“Gostoso, um momento muito gostoso, ficar próximo do bebê é um momento que eu não troco por nada”. (Orquídea)

“Ah... me sinto... eu me sinto muito bem”. (Rosa)

“Ah... eu acho, sei lá, eu sinto... tão gostoso, fico emocionada”. (Margarida)

“Ah... eu sinto gostoso, uma sensação gostosa. ... eu me sentia bem dando mamá para ela, eu via que ela mamava, sabe, com vontade mesmo, com gosto”. (Dama da Noite)

“... é gostoso ver ele, é gostoso, não tem como falar”. (Lírio-do-Campo)

“Eu sinto uma alegria, né, porque está sugando bem, né, ...”. (Begônia)

“Eu acho superlegal, supergostoso também”. (Tulipa)

“(...) eu já sinto mais prazer mesmo...”. (Capitão)

JAVORSKI (1997) observa que nem todas as mães percebem a prática da amamentação da mesma forma, para algumas esta é uma prática que proporciona prazer, gratificação; para outras representa situações de conflito com o surgimento do medo, dor, etc., mas no geral a percepção que a nutriz desenvolve é a de prática gratificante em determinados momentos e desconfortante em outros.

B - Sentindo ser mãe.

A maternidade como um atributo essencial da mulher, é fortemente percebida quando algumas entrevistadas relatam o amamentar, como o exercício do papel de mãe.

“(...) ela pegar no meu peito, assim eu ser mãe, é uma mudança, né, muito rápida...”. (Palma nesta fala representa que só realmente sentiu-se mãe quando sua filha pôde mamar em seu peito).

“Já foi realizado, que era ser mãe”. (Rosa)

“Para mim é um ato de amor, me sinto mãe, mais mãe”. (Quando pronunciou esta fala, Flor-do-Campo aconchegou seu filho ao peito, num ato de extremo carinho).

“(...) bom... para mim é ... um ato de mãe, um ato de amor”. (Flor-do-Campo)

JAVORSKI (1997, p.118) ressalta que:

“As teorias que correlacionam vínculo e amor materno têm sido intensamente veiculadas através da mídia falada e escrita e, desta forma, atingem uma parcela significativa do público leigo. É relativamente comum mensagens enfatizando este tema... nas campanhas oficiais sobre aleitamento materno, bem como, em reportagens em revistas especializadas e em programas de televisão”.

Complementa ainda que a mãe passou a desejar a maternidade, tendo em vista que o fato de ser mãe traz prazer e satisfação. A mulher passa a ver a amamentação de dever a ser cumprido, em direito a ser exercido, recriando o desejo como peça fundamental de todo este relacionamento.

C – Sentindo a amamentação como dever e sacrifício.

Muitas vezes, as mulheres encaram a amamentação como sacrifício, um dever inerente à maternidade. Como diz NAKANO (1996) as mulheres ficam surpresas com a prática da amamentação, pois na maioria da vezes esperam que o processo de aleitamento natural seja fácil e instintivo, livre de qualquer intercorrência. Mas na realidade acabam por identificar a amamentação como um processo complicado, que necessita de aprendizado, receitas e apoio da sociedade.

JAVORSKI (1997) também se exprime referindo que para as mulheres o ato de amamentar significa momentos de cansaço, e ato diretamente relacionado ao corpo da mulher, implicando em desgaste físico.

“(...) meu peito rachou, ficou vermelhinho, e eu continuei a amamentar...”. (Orquídea)

“Esse é um dever”. (Rosa)

“(...) ah... sinto assim que eu tenho obrigação, entendeu, de tirar leite, porque senão vai faltar leite para ele, é uma obrigação, mas ao mesmo tempo não é uma pressão, eu sei que tenho que fazer, então eu faço”. (Margarida)

“... acho que isso é um direito de todas as crianças né, como diz, pelo menos até os primeiros seis meses de vida deles”. (Dama da Noite)

Ainda citando JAVORSKI (1997):

“É necessário que a opção pessoal da mulher seja estudada e visualizada numa dimensão mais ampla, possibilitando, assim, uma melhor compreensão do significado desse querer ou não querer amamentar (p.72). (...). As nutrízes sabem que o esperado delas, enquanto mãe competente, é o sucesso na amamentação, entretanto sentem que dar o peito a uma criança prematura é uma tarefa complexa, que dificilmente é discutida com elas nesta ótica” (p.130).

D – Estando o bebê em primeiro lugar.

“A visão de maternidade sacrificada exige que a mulher ao vivenciar a amamentação adquira algumas habilidades tais como: ter uma boa dose de paciência; dedicar-se prioritariamente à criança” (NAKANO, 1996, p.79). Tendo em mente que o prioritário é o bem estar do RN e não o seu desejo ou o seu bem estar.

“(...) porque eu sei que aquilo está fazendo bem pra ela, e o que importa pra mim agora é a saúde dela”. (Rosa)

“Ah...acho legal, eu acho que é uma coisa assim, que está sendo bom pra ele, né, eu vejo que ele vai desenvolvendo, cada dia que eu venho parece que ele está melhor e começou a mamar bem melhor agora ...”. (Tulipa)

“(...) porque ela não mamava. Agora que ela já está mamando, está melhorando, agora fico feliz de ver que ela está melhorando”. (Capitão)

“Importante para mim é... a saúde dele, estar passando o melhor de mim para ele. Ir embora para casa com ele”. (Flor-do-Campo)

JAVORSKI (1997, p.128) complementa que amamentar um filho prematuro não é uma tarefa instintiva, natural e fácil. A maioria das mães entrevistadas pela autora representa como uma prática difícil e que, de certa forma, as angustiava. *“Ao leite materno é atribuído o poder de recuperar o prematuro, (...) de protegê-lo de uma forma quase mágica contra as doenças que possam levá-lo novamente ao hospital”.*

Na visão da maioria das mães, o prematuro não é um bebê saudável.

E – Aprendendo a conhecer e a cuidar do bebê: os medos.

As mães do estudo de FELICIANO (1999, p.130-131):

“...perceberam que suas crianças tinham necessidades especiais e sentiam-se inadequadas para assumirem o seu cuidado, o que causava sentimentos de medo, incapacidade e ansiedade, aumentando o estresse”.

Isto também encontramos nas falas de nossas entrevistadas:

“... eu fico preocupada se ela pode afogar, que nem hoje, ela deu uma chupada, assim ela deu, ela tossiu ao mesmo tempo, então dá esse medo, né, assim, será que ela está pegando mesmo, será que ela está mamando mesmo, ..., então tem esta preocupação”. (Palma)

“O que era mais difícil já se resolveu, que era ela se recuperar, era o que era mais difícil”. (Rosa)

...“ai, minha nossa, eu tenho medo porque, você já viu, né, ele teve apnéia, assim, eu tenho medo que dá de novo, chega em casa e aconteça de dar e ...não saber o que fazer”. (Margarida)

“... ele não pode, né, cansar, fala assim ‘eu sou muito pequenininho para mamar bastante. Tenho medo que meu filho volte, sabe, que tenha uma recaída. Levar ele pequenininho assim para casa... porque eu tenho medo, eu nunca cuidei de bebê pequenininho assim, então eu morro de medo, até de pegar ele, eu tenho medo de perder, dele ficar sem respirar, esquecer de respirar”. (Dama-da-Noite)

“(...) então não tem o que ficar me preocupando de, né, de pensar assim, de eu vou ter que comprar leite para o meu filho, nessa base eu fico sossegada pelo menos cinco, seis meses. Tenho medo do bebê acontecer alguma coisa”. (Begônia)

“De perdê-lo”. (Tulipa)

“É assim nos primeiros dias que ela não estava pegando, eu estava ficando angustiada, né, um dia até chorei...”. (Capitão)

MOTTA (2002) assevera que as incertezas quanto à manutenção da vida do filho e suas possibilidades futuras geram angústia e sofrimento, e a solicitude entre as famílias é um sentimento presente no cotidiano do hospital.

A maioria das mães estudadas por FELICIANO (1999), referiam um medo muito grande de cuidar de seu filho prematuro, que tem muito a ver com o tipo de cuidados que os pais prestam ao bebê durante sua internação: quanto mais envolvidos no cuidado, menor o medo e maior a segurança ao levá-lo para casa.

F – Lidando com outros filhos.

SLUZKI (1997) constata que o medo de não ter capacidade de cuidar de mais de uma criança também foi verbalizado por algumas mulheres, devido aos sentimentos de insegurança com a nova situação de sua rede pessoal, que terá que sofrer uma reorganização de forças e papéis a serem executados em relação a outros filhos, ou mesmo mudança drástica na rotina familiar.

“(...) então eu tenho medo, sabe, até de levar ele assim pequenininho e da minha menina pegar, pensar que é uma boneca, pegar ele num momento que eu descuidar, quando tiver que ir ao banheiro, ela tem um ano e três meses, fica meio difícil conversar com ela, para ela entender alguma coisa agora, tudo o que ela vê ela pega, é nenê para ela, aí ela vai pensar que esse aqui é mais um nenezinho dela”.
(Dama-da-Noite)

“Como eu tenho dois (filhos), né, então eu tenho, eles têm ciúmes um do outro, eu tenho medo de não saber limitar isso, e alguns deles vir sofrer porque, só de, não que eu queira me dedicar só a esse, mas só de eu vir aqui eu sei que eles sentem falta, principalmente meu menino. Se dividir para ter que cuidar de um, deixar o outro”. (Flor-do-Campo)

“(...) sabe, porque tem mais outros também em casa para cuidar, não tenho assim um parente para estar ajudando, entendeu, é um monte de coisa”. (Begônia)

“...de não saber lidar com os dois em casa, com o ciúmes um do outro”. (Capitão)

Essas dificuldades refletem a complexidade da reorganização do sistema familiar, através da reorganização dos afazeres e atribuições à cada membro do núcleo familiar, isto é, cada membro terá um novo papel ou função a ser exercida, além destes reajustes a mulher está vivenciando toda a mudança corporal oriunda de sua fase puerperal.

G- Tendo desejos.

Esta situação representa a sensação de liberdade de cuidados da mãe com relação ao seu filho, pois quando ela tem a certeza de que o risco de vida é quase inexistente, ela mostra vontade de cuidar sozinha do seu filho, de se sentir mãe, e não ter que dividi-lo com mais ninguém como, por exemplo, a equipe de saúde.

“Ter o nenê em casa”. (Lírio do Campo)

“Para mim ... olha, o mais importante é eu ir embora com meu filho. Para dizer a verdade, é ir embora daqui mesmo e com o nené porque sozinha também, aí já não é bom”. (Begônia)

“Que meu filho saia logo daqui”. (Tulipa)



8. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

A literatura aponta a manutenção da lactação para as mulheres/mães de RNPTs como um processo extremamente complexo. Sintetizamos a seguir as dificuldades vivenciadas pela mulher-mãe e os fatores relacionados ao RNPT, que interferem no aleitamento materno. Em relação à mulher, podem ser:

Físicos:

- falta de estímulos no mamilo e aréola que podem promover diminuição do leite (VINHA, 1995 e 1999; IBFAN, 1997; LANG, 1999);
- facilidade em desenvolver ingurgitamento mamário devido à retirada ineficiente de leite do peito (VINHA, 1995 e 1999; IBFAN, 1997; ALMEIDA, 1999).

Psicológicos:

- inadequação/aceitação entre o bebê imaginário e o bebê real;
- “luto antecipado” devido à possibilidade de morte e fragilidade do prematuro;
- diminuição do vínculo em razão da maior distância entre a mãe e o recém-nascido pela própria prematuridade e condição de internação;
- adaptação da mulher à fase puerperal. Período de conflitos para toda mulher, exacerbado nas mães de RNPTs.

As dificuldades relacionadas ao RNPT são:

- reflexos de sucção-deglutição-respiração, ainda não desenvolvidos ou pouco desenvolvidos, estando muitas vezes incoordenados (LANG, 1999; ALTMANN, 1993; KUDO *et al.*, 1994);
- diminuição da estabilidade das bochechas por diminuição do depósito de gordura presentes nelas é muito maior em RNs termo;
- fragilidade decorrente da prematuridade.

Esta revisão da literatura, nos propiciou um embasamento para a compreensão do que foi verbalizado pelas mulheres/mães:

- ✓ A maioria das mulheres sente-se angustiada, impotente e culpada pela quantidade insuficiente de leite que consegue produzir e/ou retirar em casa enquanto seus bebês permanecem na UTIN. Esses sentimentos foram construídos ao longo da história, culpabilizando a mulher pelos insucessos com relação à amamentação ou à sua produção láctea (COSTA, 1983; NAKANO, 1996; ICHISATO, 1999), interferindo na sua auto-estima e prejudicando a sua capacidade de mãe cuidadora.
- ✓ Muitas mulheres-mães do estudo relataram dificuldades para retirar o leite conforme a orientação da equipe da UTIN, reforçando mais uma vez a dúvida em relação à sua habilidade técnica para ordenhar o leite e manter a lactação. Assim, revelaram a necessidade de serem cuidadas pela equipe de saúde a fim de conseguirem tornar-se boas mães-cuidadoras.
- ✓ A preferência de algumas mulheres por amamentar pode significar simbolicamente a melhora na condição de vida do RN e a participação efetiva no cuidado com RNPT, que somente ela pode oferecer: o leite materno.
- ✓ A grande motivação para a manutenção da sua produção láctea por meio da ordenha manual é o que o leite significa para a mãe e o que representa para a sobrevivência e melhora do bebê. Esta idéia é continuamente apontada e reforçada pela equipe de saúde, gerando nas mulheres sentimentos conflitantes quando não o conseguem.
- ✓ A capacidade das mães produzirem leite é incentivada, estimulada e vivenciada juntamente com sua rede de apoio social.
- ✓ Cada sucesso obtido para a continuidade do aleitamento gera sentimentos gratificantes que reafirmam sua capacidade de ser mãe-cuidadora, e de quanto está ajudando/contribuindo para a saúde do bebê, minimizando desta

maneira seu sentimento de culpa por ter colocado precocemente o bebê no mundo, e ser responsável pelo sofrimento do filho durante o cuidado intensivo.

- ✓ Elas lançam mão de estratégias para conseguirem manter a produção de leite, incluindo desde a utilização de meios químicos e físicos preconizados pelos técnicos/profissionais, até conhecimentos popularmente difundidos, como o uso de lactogogos recomendado pela sua rede de relações pessoais.
- ✓ Comportamentos que demandam sacrifícios são verbalizados no período após a liberação da amamentação, como inerentes à maternidade. Concepção esta sócio culturalmente construída, em que a necessidade do bebê vem em primeiro lugar.
- ✓ Na rede de apoio representada pelas mulheres/mães encontramos sentimentos ambivalentes. Com relação às pessoas que pertencem aos vínculos mais próximos, o apoio aparece tanto em nível psicológico como no de ajuda material. Percebemos que quando a rede de apoio familiar não está atuante, a mulher/mãe busca nos profissionais de saúde compreensão e ajuda necessárias.
- ✓ Muitas mães sentem medo e angústia ao se verem sozinhas para cuidar de seus bebês em casa, tendo também medo dos conflitos que possam ser gerados em relação aos outros componentes da sua rede social. Se a vinda do bebê a termo obriga o sistema familiar a se reorganizar para assumir novos papéis, funções e atribuições, o bebê prematuro em casa acentua esse processo.
- ✓ Deparamos com semelhanças entre as mulheres/mães de RN a termo - estudadas por outros autores - e as mulheres do nosso estudo em relação às estratégias utilizadas quanto à manutenção da produção láctea.
- ✓ As mulheres/mães de RNPTs deste estudo afirmaram que não se sentiam como mães enquanto não conseguissem estabelecer um contato pele-a-pele mais prolongado com os bebês, ou os levassem ao peito, e/ou quando ainda não se sentissem como parte integrante do cuidado a ser-lhes prestado.

Assim sendo, passaremos a apresentar algumas **propostas de intervenção** que possam minimizar o sofrimento e as dificuldades dessas mulheres durante e após a internação dos seus bebês na UTIN:

- ✓ possibilitar, na unidade de internação, espaço e horários para trabalho de grupo com mulheres/mães/famílias para receberem informações sobre a estrutura da mama e os mecanismos associados à produção de leite, sobre as características dos RNPTs e o que esperar ou não do desenvolvimento de seus filhos. Também propiciar troca de informações entre os presentes e esclarecimento de dúvidas no período inicial da internação, quando o bebê ainda está num estado crítico e impossibilitado de mamar;
- ✓ aumentar o contato pele-a-pele entre a mãe/família e o RNPT, possibilitando um aumento do vínculo afetivo, inserindo a mulher e a família nos cuidados prestados aos RNs (incentivar o projeto canguru);
- ✓ incentivar e capacitar a equipe de saúde a fim de auxiliar e acolher a mulher/mãe com relação às dificuldades na manutenção da produção de leite, verificando diariamente a quantidade que ela conseguiu trazer ao hospital, elogiando seus esforços, sem cobranças quando não consegue extrair leite;
- ✓ criar grupos de apoio às mulheres/mães para que possam auxiliarem-se em relação às suas angústias e trocar experiências, principalmente no início da amamentação ao peito, (item que faz parte da IHAC);
- ✓ intervir nas políticas de saúde institucional e local para que a mulher/mãe de RNPT e sua família sejam acolhidas, cuidadas e acompanhadas na rede básica de saúde pelos profissionais capacitados, isto é, que a atenção seja integral e integrada, atentando para o fato de a mulher-mãe fazer parte de uma família, e esta atuar como uma unidade de cuidado, cabendo aos profissionais de saúde apoiá-las, fortalecê-las e orientá-las quando se encontrarem ou se mostrarem fragilizadas;

- ✓ formação de grupo de mães, de apoio técnico de aleitamento, para que possam desenvolver a capacidade do auto cuidar; da troca de apoio entre as mesmas, entre os pares; e a integração com as diversas áreas do hospital;
- ✓ criação de grupo de escuta, para as mães que apresentarem: sentimento de culpa, “luto antecipado”, medo de apego, negação ou aceitação do RNPT, para que possam falar de seus sentimentos e serem vistas como seres humanos.

O olhar materno sobre a amamentação do RNPT, captado neste estudo, surge como um fenômeno a ser desvendado e compreendido mais profundamente. As primeiras aproximações teóricas foram apresentadas, sustentadas pelo referencial teórico adotado, e pelos resultados de pesquisas de diferentes autores. Consideramos este processo em fase de elaboração, requerendo outros olhares e outros referenciais.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURÉLIO, B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1988.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza – cultura**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

ALTMANN, E.B.C. **Fissuras labiopalatinas**. Carapicuíba-SP: Pró-fono Divisão Editorial, 1993.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Editora Pioneira, 1998.

ARANTES, C.I.S. **O fenômeno amamentação: uma proposta compreensiva**, 1991, 86p. Dissertação (Mestrado), EERP – USP, Ribeirão Preto.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BASSETO, M.C. A; BROCK, R; WAJNSZTE J.N.R. **Neonatologia um convite à atuação fonoaudióloga**. São Paulo: Ed. LOUISE, 1998.

BÍBLIA – Português **Bíblia Sagrada**. Tradução de: Ivo Storniolo e Euclides Martins Balancim, São Paulo: Edição Pastoral, 1990.

BICUDO, M.A.V.; ESPOSITO, V.H.C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba-SP: Ed. UNIMEP, 1994.

BIFFI, R.G. **O suporte social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer de mama sob a perspectiva do casal**, 1997. Dissertação (Mestrado) – EERP-USP, Ribeirão Preto.

BOEHS, A.E. **Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão** IN: BUB, Lygia, I. R. (coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora UFSC, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Tradução de: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CANDELLA, C.L.M. **A amamentação e manutenção da lactação relacionados com a condição e o conhecimento de mães no momento da alta de seus filhos em berçário de alto risco,** 1995, 134p. Monografia (conclusão de curso), Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Ed. CORTEZ, 1991.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade: uma crítica a FREUD a partir da mulher.** Tradução de: Nathanael C. Caixeiro. São Paulo: Editora Rosa dos Tempos, 1990.

CODO, C.R.B.; MENCONI, S.D. **Pesquisando a situação atual do Aleitamento Materno em um Hospital do Interior de São Paulo.** IN: IX Semana de Encontro Paulista de Aleitamento Materno – EPAM, 2000.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1983.

DENARDIN, M. de L. A família rural e os cuidados em saúde. IN: ELSEN, I.; MARCON, S.S. e SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Ed. Universidade Estadual de Maringá, 2002.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. IN: ELSEN, I.; MARCON, S.S. e SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Ed. Universidade Estadual de Maringá, 2002.

FALTIN Jr., K.; MACHADO, C.R.; RAMANZZINI, W.^a; SANTANA, V.P.; PARENTE, F.C. & KESSNER, C. A importância da amamentação natural no desenvolvimento da face. **Revista do Inst. de Odont. Paulista – Faculdades Objetivo,** 1 (1): 13-5, jan/jun, 1983.

FELICIANO, R.A.F. **Rede de apoio social utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso, egressos de uma unidade de terapia intensiva neonatal no município de São Paulo,** 1999, 206p. Dissertação (Mestrado), EERP – USP, Ribeirão Preto.

GUYTON, A.C. **Fisiologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1985.

IBFAN . **Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas**. AKRÉ, J. editor. Rio de Janeiro: IBFAN Brasil, 1997.

ICHISATO, S.M.T. **Lactogogos e a mulher lactante**, 1999. Dissertação (Mestrado) , EERP-USP, Ribeirão Preto.

JAVORSKI, M. **O Significado do Aleitamento Materno para mães em Cuidado Canguru**, 1997. Dissertação (Mestrado), EERP-USP, Ribeirão Preto.

KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Tradução de: Zuleika Thonson e Orides Navarro Gordon. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

KLAUS, M. H. ;KLAUS, P. H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Tradução de: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução de: Paulo Meneses. Rio de Janeiro: ed. Martins Fontes, 1987.

KUDO, A.M. *et al.* **Fisioterapia Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria**. São Paulo: SARVIER, 1994.

KUMARIS, B. (Org.) **Vivendo valores na escola: manual para professores**. São Paulo: Editora Brahma Kumaris, 1999.

LARGUIA, M. Maternidades centradas en la familia. **Revista Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda**, 17 (3): 103-109, 1998.

LAROUSSE. **Grande Dicionário Larousse Cultural de Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Nova Cultura, 1999.

LANG, S. **Aleitamento do Lactente: cuidados especiais**. Tradução de: Ildegard T. B. São Paulo: Livraria Santos Editora Comércio e importação LTDA, 1999.

LEONE, C.R.; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996.

MACHADO, A.R.M. **O lugar da Mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto**. 2001. Dissertação (Mestrado) - EERP-USP, Ribeirão Preto.

MALDONADO, M.T. **Maternidade e Paternidade: situações especiais e de crise na família**. Petrópolis-RJ: Ed. Vozes, 1989.

MARCON, S.S. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar IN: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**, Maringá: Ed. Universidade Estadual de Maringá, 2002.

MARTINS, R. de C.B. **O aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz**, 1998, p.130. Dissertação (Mestrado), EERP-USP, Ribeirão Preto.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ: Ed. VOZES, 1999a.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC – ABRASCO, 1999b.

MURAHOVSKI, J. et al **Cartilha de Amamentação ... doando amor**. São Paulo: Almed, 1997.

MOTTA, M. da G.C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. IN ELSESEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**, Maringá: Ed. Universidade estadual de Maringá, 2002.

NAKANO, A.M.S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996, 170p. Tese (Doutorado), EERP-USP, Ribeirão Preto.

PARKER, R. **A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade** Tradução de: Alice e Doralice Xavier de Lima. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

PESSOTO, M.A. **Aleitamento materno em RNs de MBP**, 1997, 112p. Dissertação (Mestrado) – Unicamp, Campinas.

POLIT, D.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: o “indizível” ao “dizível”. IN; SINCONS, O.M.V. (Org.) – **Experimentos com história de vida: (Itália – Brasil)** Enciclopédia aberta de ciências sociais. São Paulo: Vértice, 1988, v.5, cap.2, p. 14-43.

ROSSI, M.J.S. O curar e o cuidar – a história de uma relação (um ensaio), **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 44 (1): 16-21, jan./mar. 1991.

SANTOS, V. Buscando um referencial de cuidados integrativos, na era do marketing e comunicação. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 76-86, jul/dez 1993.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**, 2000, 245p. Tese (Livre-docência), EERP-USP, Ribeirão Preto.

SEGRE, C.A.M. *et al.* **RN**. São Paulo: Editora SARVIER, 1995.

SERRA, S.O.A. **Alimentação de bebês prematuros e dificuldades vivenciadas pelas mães no aleitamento materno: a prática em uma UTI Neonatal de Cuiabá–MT**, 2001, 147p. Dissertação (Mestrado), EERP-USP, Ribeirão Preto.

SILVA, A.L. O processo de cuidar em enfermagem IN: WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: Fardo ou desejo? estudo histórico – social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira**. 1990. Dissertação (Mestrado)- Escola de Medicina da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto.

SILVA, M.J.P. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar.** São Paulo: Editora Gente, 2000.

SIMONTON, S.M. **A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença.** São Paulo: JUMUS, 1990.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.** Tradução de: Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TEDESCO, J.J. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Atheneu, 1999.

UNICEF/OMS **Manual de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança - curso de 18 hs,** 1993.

VIEGAS, D. *et al.* **Neonatologia: para o estudante de pediatria e de enfermagem pediátrica .** São Paulo: Atheneu, 1996.

VÍCTORA, C.G *et al.* **Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: TOMO Editorial, 2000.

VINHA, V.H.P.; SCOCHI, C.G.S. Aleitamento materno: evolução histórica. **Femina**, v.17 (10): 819-23, out. 1989.

VINHA, V.H.P. **Projeto Aleitamento Materno: autocuidado com a mama puerperal.** São Paulo: Ed. SARVIER, 1994.

_____. **O Livro da Amamentação.** São Paulo: Ed. CLR BALIEIRO, 1999.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WONG, D.L. WHALEY & WONG **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1999.

WINNICOTT , D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução de: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1997 .

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica**. Tradução de: J. Israel Lemos. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1985.

ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática** São Paulo: Editora Atheneu, 1997.



10. ANEXOS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

PESQUISA: Amamentação do RNPT: olhar materno.

n. da entrevista: _____

data: ____/____/____ início/h: ____ término/h: ____

DADOS DA NUTRIZ (a serem preenchidos pelo pesquisador)

1) Identificação (será registrado com um número, p/ garantir o sigilo): ____

2) Idade: _____

3) Profissão: _____

4) Ocupação: _____

5) Escolaridade:

(a) – nunca estudou

(e) – 2º grau incompleto

(b) – até a 4ª série

(f) – superior incompleto

(c) – até a 8ª série

(g) – superior completo

(d) – 2º grau completo

6) Situação marital atual:

(a) – casada

(d) – viúva

(b) – solteira

(e) – outra (_____)

(c) – união consensual

7) Residência:

(a) – própria

(c) – da família

(b) – alugada

(d) – outra (_____)

8) Gestação: nº _____ nº filhos prematuros _____

Outros filhos prematuros _____ nº nascidos vivos _____

9) Pré-natal:

(a) – sim _____ nº consultas _____

(b) – não _____

10) Planejamento desta gravidez:

(a) – sim _____

(b) – não _____

11) Tempo de internação: _____

12) Dados obtidos durante período de manutenção da lactação por retirada manual (através de gravação):

a) Como é para você retirar o leite do seu peito ?

b) Quais são os seus sentimentos quando você retira seu leite para oferecer a seu filho?

c) O que você faz para conseguir manter sua produção de leite?

d) Neste momento qual é o seu maior desejo em relação ao seu leite?

e) Como sua família a ajuda no processo de retirada de seu leite?

**Entrevista durante a liberação da amamentação para o RNPT , após a
3.ª mamada (gravada).**

1) Como as pessoas da sua família e comunidade alimentam seus bebês? O que é oferecido?

2) Como é para você amamentar seu filho? Como você se sente no momento em que seu filho esta no peito?

3) Como sua família a ajuda com relação a amamentação, você tem apoio?

4) O que você considera importante neste momento?

5) Como é para você seu leite?

6) Qual é o seu maior desejo neste momento?

7) Qual é seu maior medo neste momento?

8) O que é mais difícil?

9) Você se sente pressionada a amamentar? Por quê?

ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS (VICTORA e cols, 2000, p. 63).

- O(s) ambiente(s) (interno e externo):
 - conteúdo e localização dos itens no espaço;
 - relação entre o ambiente interno e externo;
 - relação das pessoas com o espaço;
 - distância/proximidade entre pessoas de um grupo num dado espaço;
 - distância com relação ao observador;
 - modificações na espacialidade ao longo do período de observação.
- O(s) comportamento(s) das pessoas no grupo:
 - postura corporal;
 - as normas de conduta explícitas e implícitas;
 - toques;
 - contato visual.
- A(s) linguagem(s):
 - verbal e não verbal;
 - tom de voz;
 - vocabulário êmico (conhecimento próprio do indivíduo).

- O(s) relacionamento(s):
 - as pessoas observadas entre si;
 - as pessoas observadas com o observador;
 - o comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados;
 - como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem.
- O(s) tempo(s) em que ocorrem os processos observados:
 - ciclo curto ou ciclo longo;
 - sequência dos eventos;
 - diferentes momentos do objeto investigado.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Carla, estou convidando-lhe para fazer parte de uma pesquisa, com o título *Amamentação do RNPT – olhar Materno*, que busca saber sua opinião e sentimentos em relação à amamentação de seu filho prematuro. Sua opinião é muito importante e em nada afetará sua assistência, e os cuidados prestados ao seu filho.

Seu nome não irá aparecer na pesquisa, ou seja, o seu anonimato será respeitado, e você terá todo o direito de após a entrevista, ou durante a fase de análise dos dados, se recusar a participar da mesma. A não participação ou abandono não acarretarão penalidades ao seu filho ou a sua pessoa. Não será utilizado nenhum dado que possa identificá-la.

Farei algumas perguntas que serão gravadas para melhor registrar a sua opinião. Qualquer dúvida, você pode interromper a entrevista para maiores esclarecimentos.

Sabendo dos direitos a mim reservados, descritos acima, eu _____ afirmo que fui devidamente esclarecida, concordo em participar desta pesquisa, e assino o termo de consentimento em duas (2) vias, sendo uma (1) para mim e outra para o pesquisador.

Limeira, 14 de maio de 2002

Nome por extenso: _____

RG: _____

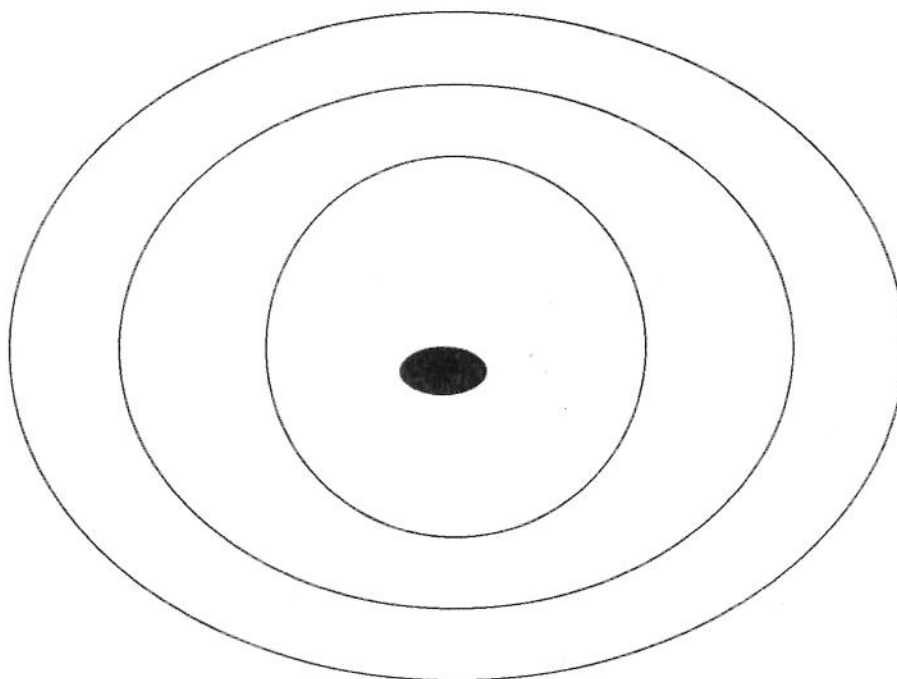
Assinatura: _____

Assinatura entrevistador: _____

Tel. para contato: 3441-4203

Reclamações: telefone Comitê de Ética – UNICAMP (0xx19) 788 8936.

Rede pessoal de apoio (legenda)



● família

○ igreja

○ bebê

● UTI neonatal

○ Enf. ACT

● filhos

● vizinhos

○ comunidade

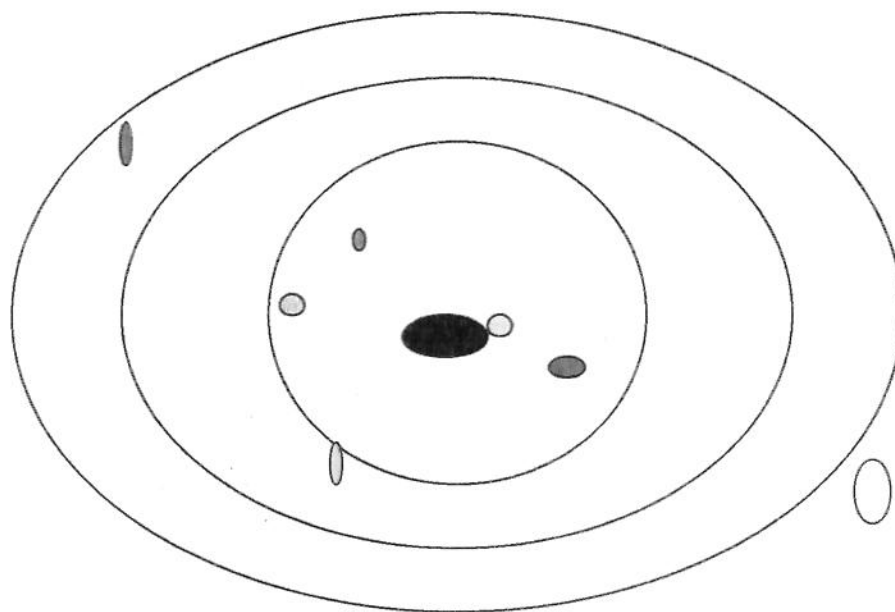
○ mãe

● marido

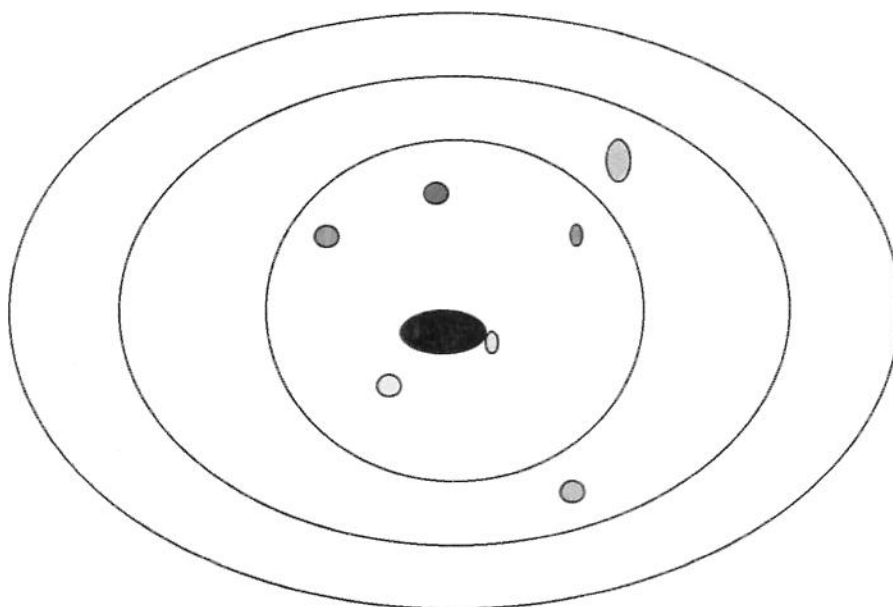
○ amigos

● sogra

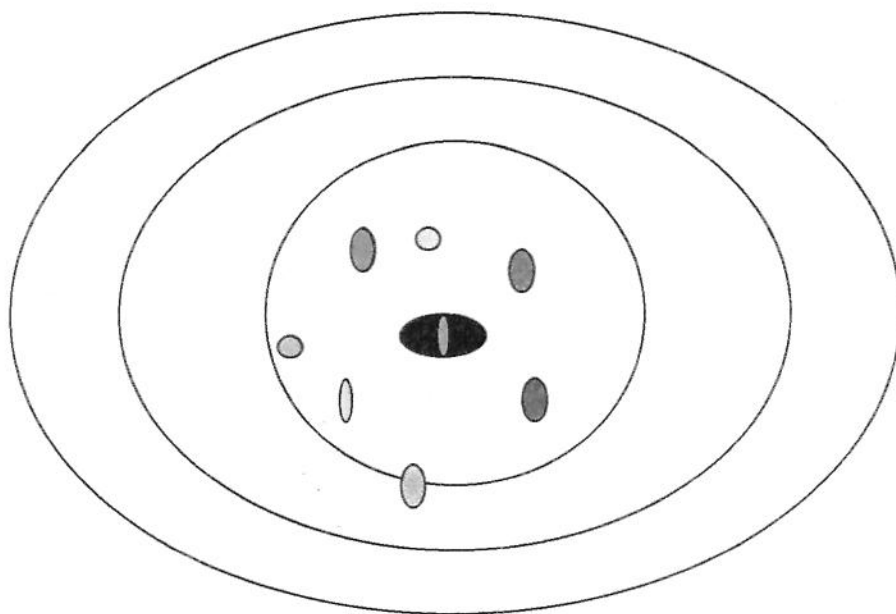
Anexo 5.1: Orquídea



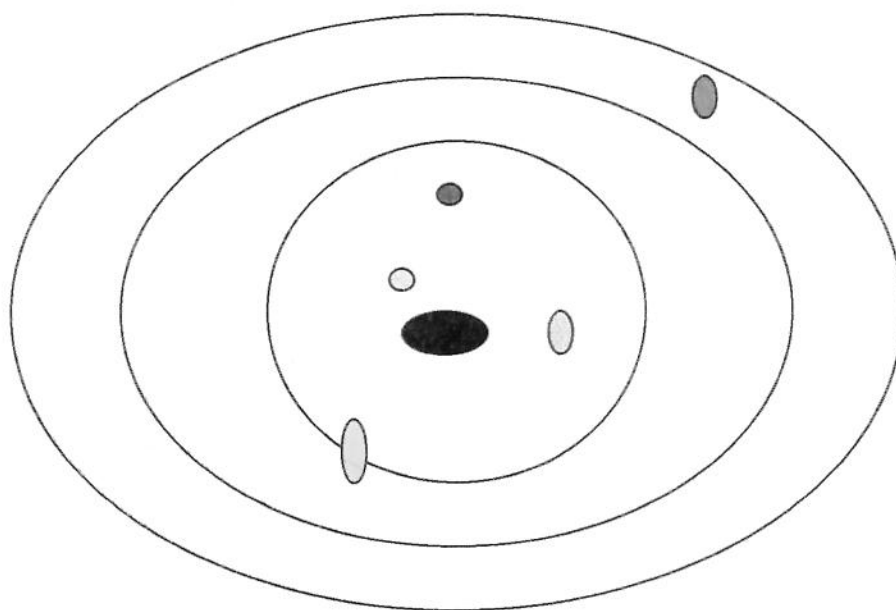
Anexo 5.2: Rosa



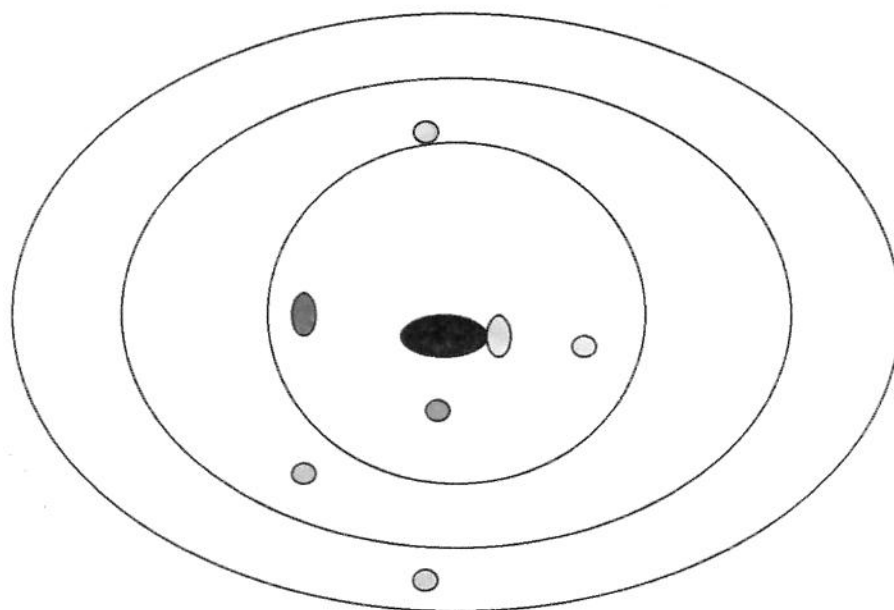
Anexo 5.3: Violeta



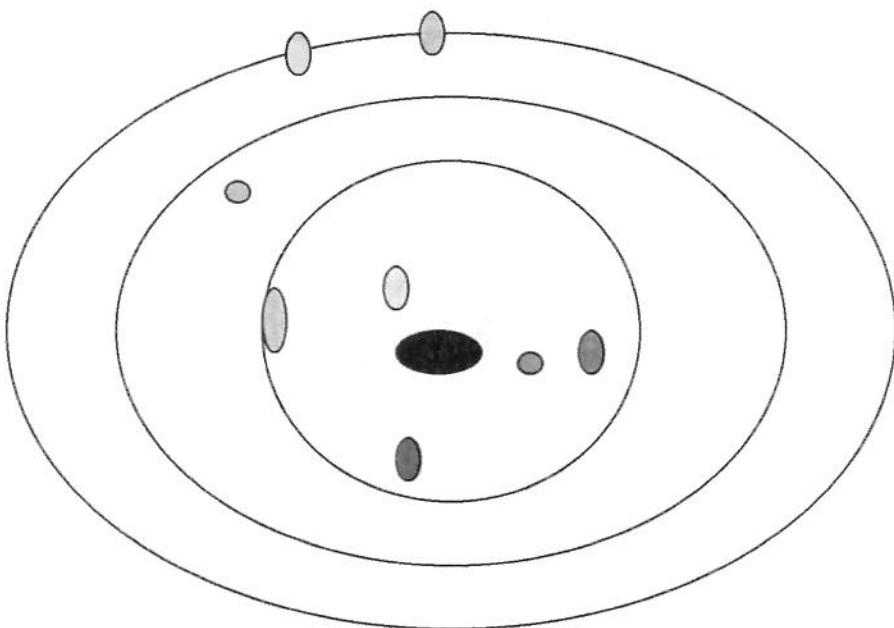
Anexo 5.4: Dama da Noite



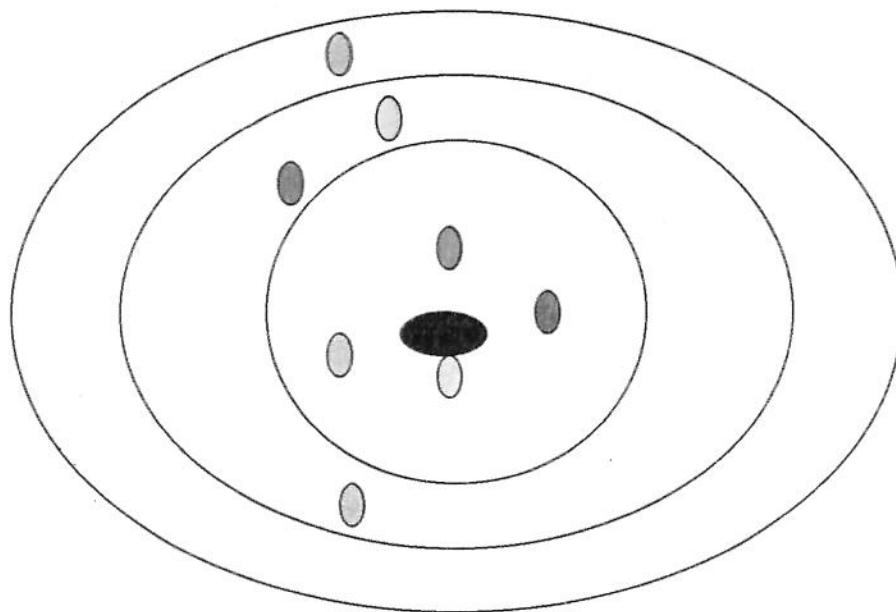
Anexo 5.5: Margarida



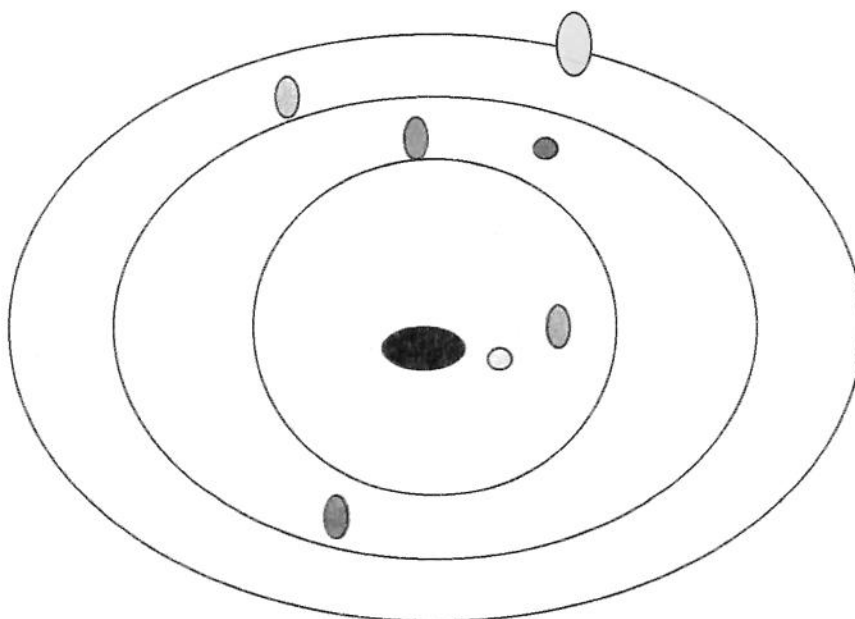
Anexo 5.6: Capitão



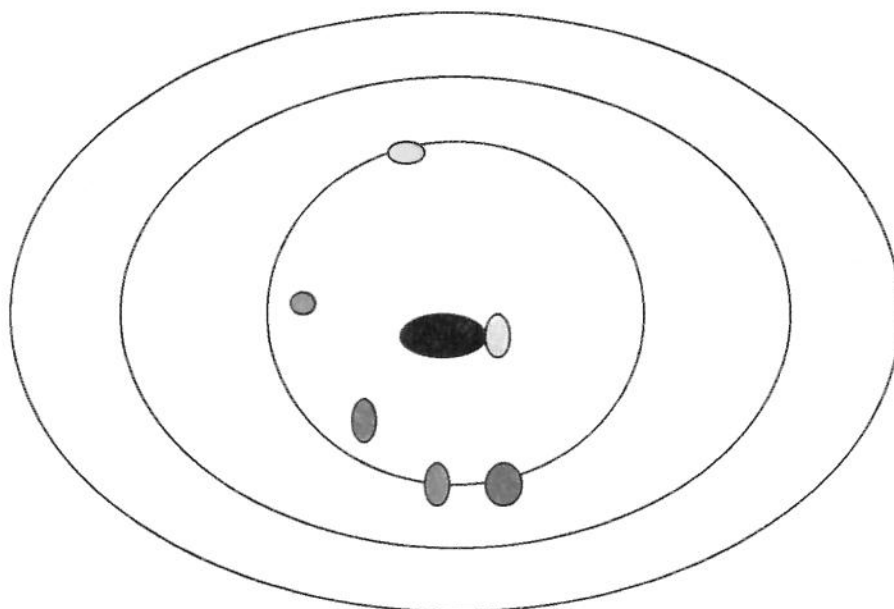
Anexo 5.7: Tulipa



Anexo 5.8: Begônia

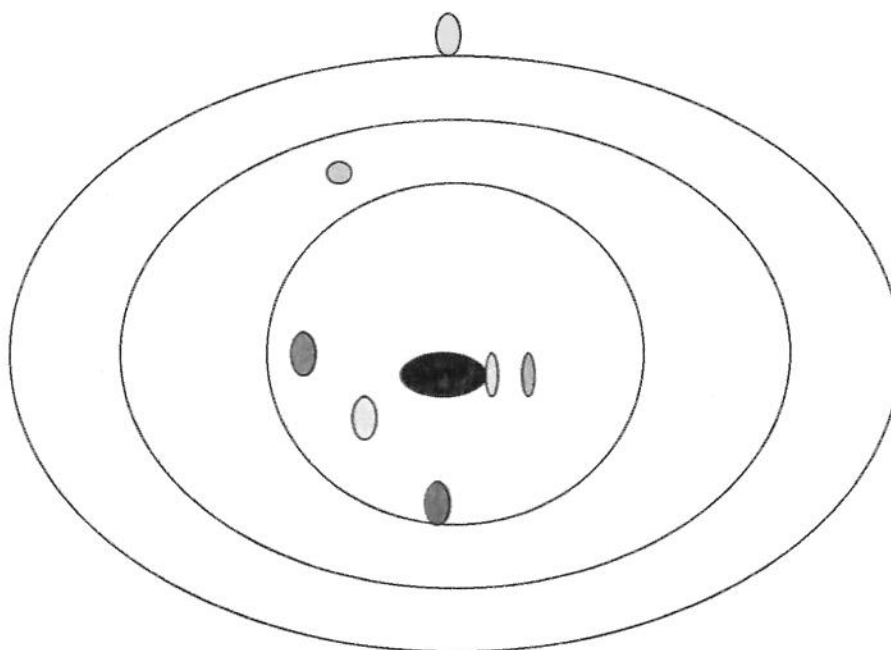


Anexo 5.9: LÍRIO DO CAMPO



Anexo: 5.10: Flor do Campo

Obs: não conseguiu colocar o marido no gráfico



COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA SANTA CASA DE LIMEIRA – S. P.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira

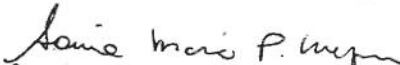
Av. Antonio Ometto, 675 - Vl. Cláudia - TEL. - PBX Cód. (019) 451-5000 FAX (019) 441-3639
C.G.C. MF 51.473.692/0001-26 - Inscrição Isenta - CEP. 13480 - 970 - LIMEIRA - SP

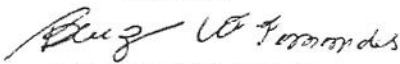
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA
SANTA CASA DE LIMEIRA -SP.

A Comissão de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Limeira -SP, em sessão do dia 14 de dezembro de 2001, ANALISOU E APROVOU o Projeto de Pesquisa intitulado "AMAMENTAÇÃO DO RECÉM - NASCIDO PRÉ TERMO: OLHAR MATERNO", apresentado pela mestranda CARLA REGINA BIANCHINI, bem como o Termo de Consentimento Pós- Informação e protocolo.

Limeira, 17 de dezembro de 2001.


JOSÉ JOAQUIM F. RAPOSO FILHO
Presidente


SÔNIA MARIA POMMER WEGNER
Secretária


BEATRIZ FERNANDES
membro

Parecer Projeto : N 137/2001



CEP, 14/08/01
(Grupo III)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111
13063-970 Campinas-S.P.
☎ 0 19 7888936
fax 0 19 7888925

PARECER PROJETO: N° 137/2001

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "AMAMENTAÇÃO DO RÉCEM-NASCIDO PRÉ TERMO: OLHAR MATERNO"
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carla Regina Bianchi-Codo
INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP – UTI Neonatal/Hospital de Limeira
APRESENTAÇÃO AO CEP: 28/06/2001

II - OBJETIVOS

Identificar dificuldades maternas em relação a amamentação dos recém-nascidos pré termo em UTI neonatal utilizando metodologia qualitativa.

III - SUMÁRIO

O estudo será realizado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital de Limeira, serão incluídas mães cujos filhos estejam internados por um período superior a 10 dias em regime de UTI e serão divididas em três categorias: mães de RNPT internados por um período de 10 a 20 dias, 21 a 20 e de 31 dias para mais.

Será utilizada metodologia qualitativa. Não haverá qualquer tipo de intervenção terapêutica. Não há definição de número amostral.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Metodologia qualitativa se adequa aos objetivos propostos.

Não há possibilidade de retorno individual imediato ao entrevistado a partir dos resultados obtidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequado.

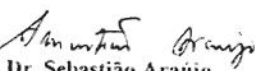
Projeto APROVADO.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 14 de agosto de 2001


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP