

RITA DE CÁSSIA NORONHA VELOSO

**MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO EM MÃES DE
RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: um desafio**

CAMPINAS

2007

RITA DE CÁSSIA NORONHA VELOSO

**MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO EM MÃES DE
RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: um desafio**

*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, área de concentração Enfermagem e Trabalho*

Orientadora: Prof^a Dr^a Antonieta Keiko Kakuda Shimo

CAMPINAS

2007

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V546m Veloso, Rita de Cássia Noronha
Manutenção da lactação em mães de recém-nascido pré-termo: Um desafio/ Rita de Cássia Noronha Veloso. Campinas - SP: [s.n.], 2007

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

1. Aleitamento materno. 2. Prematuro. 3. Lactação.
I. Shimo, Antonieta Keiko Kakuda Shimo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

**Título em inglês: Maintenance of the lactation in mothers os newborn pre-term:
a challenge**

Keywords: • Maternal lactation
• Infant, Premature
• Lactation

Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Titulação: Mestrado em Enfermagem

**Banca examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Prof^ª. Dr^ª. Ana Márcia Spanó Nakano
Prof^ª. Dr^ª. Ianê Nogueira do Vale**

Data da defesa: 23-02-2007

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a): Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Membros:

1. Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo



2. Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano



3. Profa. Dra. Ianê Nogueira do Vale



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

Data: 23/02/2007

*Ao Zeca,
meu querido marido/companheiro,
pelo amor maduro que nos une,
pelo estímulo constante e apoio infinito,
por ter assumido os afazeres do nosso lar e o apoio aos nossos filhos,
sem os quais a realização deste trabalho
teria sido impossível.*

*Aos meus
filhos Marcelo e Giovanna,
pela oportunidade de ser mãe,
de vivenciar as alegrias e dificuldades do aleitamento materno e que
pelo amor e paciência de saber esperar,
suportaram as minhas ausências
durante a realização deste trabalho.*

*Á Geni,
minha mãe querida
por sempre ter me incentivado a traçar novos caminhos e
por compreender minha ausência.*

*A minha amiga
Greice
que me incentivou e
sempre me mostrou que era possível.*

À Deus pela inspiração e oportunidade desta experiência em minha vida.

À Profa Dra Antonieta Keiko Kakuda Shimo, querida orientadora, pelo constante estímulo e apoio na concretização deste trabalho, por ter ouvido nossas angustias e respeitado nossos momentos mais difíceis. Minha eterna admiração.

As minhas amigas Josiane e Daniela, profissionais dedicadas que nos apoiaram fornecendo as informações que muito ajudaram na realização deste trabalho.

Às Profas Dras Ana Márcia e Eliete que fizeram parte da Banca de Qualificação pelas sugestões e enriquecimento do estudo.

À Sub-Comissão de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, em especial à Dra Maria Filomena Ceolim, à secretaria Janice Kairalla Silva Delgado pela dedicação e apoio, em todos os momentos dessa trajetória.

À minha irmã pela preocupação e por sempre ter uma palavra de otimismo, me incentivando.

Ao meu sogro, Vô Roberto pela ajuda e sugestões no texto.

À Dra Sonia Brady que me mostrou o caminho do aleitamento.

À Dra Soraia Drago Menconi com quem aprendi a ser apaixonada pelo aleitamento e pela oportunidade de participar da montagem do Banco de Leite “Dr Olindo de Luca”.

Ao Dr Gilberto Scarazatti por ter possibilitado minha presença nas disciplinas do mestrado.

Aos amigos, que de uma forma ou de outra colaboraram para que este sonho se concretizasse.

Aos bebês e suas mães que fizeram parte deste estudo, meu muito obrigada.

*Aqui está o meu corpo,
aqui está o meu sangue,
Leite Materno.
Vida de todas as crianças.
Suga bebê.
Mata a tua fome.
Vive.*

Rubem Alves

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxvii</i>
RESUMEN	<i>xxxi</i>
1- INTRODUÇÃO	35
2- QUADRO TEÓRICO	43
2.1- Revisão da literatura	45
2.1.1- Aspecto da produção e manutenção láctea em mulheres com filhos prematuros.....	45
2.1.1.1- Mama: sua origem e anatomia.....	45
2.1.1.2- Estrutura da glândula mamária.....	48
2.1.2- Fisiologia da lactação.....	51
2.1.2.1- Hormônios lactopoéticos.....	51
2.1.2.2- Secreção do leite.....	55
2.1.2.3- Lactogênese.....	56
2.1.2.4- Lactopoiese ou Galactopoese-manutenção da lactação.....	58
2.1.2.5- Reflexo de Ejeção.....	60
2.1.3- O Leite Humano.....	62
2.1.3.1- Características do leite materno.....	63
2.1.3.2- Composição e propriedades do leite da mãe de prematuro...	65
2.1.3.3- Vantagens do Aleitamento materno.....	67
2.1.4- Aspectos emocionais que envolvem o nascimento prematuro.....	69
2.1.4.1- Gestação e nascimento.....	69

2.1.4.2- Aspectos físicos (biológicos) do prematuro.....	76
2.1.5- Facilitador do vínculo mãe-bebê e lactação: Método Mãe Canguru.....	82
2.1.6- A rede social de apoio social.....	86
3- OBJETIVOS.....	91
3.1- Objetivo geral.....	93
3.2- Objetivos específicos.....	93
4- METODOLOGIA.....	95
4.1- Abordagem metodológica.....	97
4.2- Aspectos éticos.....	99
4.3- O cenário.....	100
4.4- Os Atores sociais e os critérios de amostragem.....	104
4.4.1- Critérios de inclusão.....	104
4.4.2- Critérios de exclusão.....	105
4.5- Coleta de dados.....	105
4.6- Análise dos dados.....	110
4.6.1- O Discurso do Sujeito Coletivo.....	111
4.6.2- O DSC passo a passo.....	115
5- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	121
5.1- Perfil sócio-demográfico das mulheres entrevistadas.....	123
5.2- Análise e discussão dos depoimentos.....	133
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	213
8- ANEXOS.....	227
9- APÊNDICES.....	235

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
Cl	Cloro
DIR XV	Direção Regional de Saúde XV de Piracicaba
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões Chaves
EGF	Fator de Crescimento Epidermal
FGF	Fator de Crescimento de Fibroblasto
FSH	Hormônio foliculo-estimulante
GABA	Ácido Gama Amino Butírico
Gh	Hormônio de crescimento
IAD	Instrumento de Análise de Discurso
IC	Idéia Central
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
K	Potássio
LH	Hormônio luteinizante
LPh	Hormônio Lactogênio Placentário
MMC	Método Mãe Canguru
Na	Sódio
PGs	Prostaglandinas

PRL	Prolactina
RN	Recém Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RS	Representações sociais
TRh	Hormônio tireoidiano
TRS	Teoria das representações sociais
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

	<i>Pág.</i>
Figura 1 Foto da mama - extraída do Manual de Aleitamento Materno - Curso de 18horas - OMS/UNICEF.....	48
Figura 2 Alvéolo - Extraída do Livro: A mama no ciclo gravídico-puerperal (Santos Junior, 2000).....	49
Figura 3 Estrutura da Glândula Mamária - Extraído do Manual de Aleitamento Materno - Curso de 18horas - OMS/UNICEF.....	50
Figura 4 Produção da Prolactina - Extraída do Livro da Amamentação (Vinha, 1999).....	59
Figura 5 Produção da Ocitocina - Extraída do Livro da Amamentação (Vinha, 1999).....	61
Figura 6 Método Mãe Canguru - extraído do site: www.metodocanguru.org.br	84
Figura 7 Relactação - foto extraída do site: www.ecof.org.br/destaques/down/relacta.html	86

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido pela necessidade de conhecermos melhor a mulher-mãe que, logo após o parto, além de ter seu filho levado para a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) por ter nascido prematuramente e precisar de cuidados especiais, tem a responsabilidade de suprir suas necessidades nutricionais. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa e que tem como objetivo desvelar os fatores que influenciam o processo de manutenção da lactação em mães de recém-nascido pré-termo (RNPT) internado na UTIN de um hospital filantrópico do Estado de São Paulo, identificando as barreiras e fatores facilitadores para a manutenção da lactação e sua rede de apoio social. Os atores sociais de nossa pesquisa foram mães de RNPT internados na UTIN do hospital em estudo, as quais foram previamente orientadas pelos profissionais do Banco de Leite sobre como proceder para estimular e manter a lactação. A amostra foi definida por saturação de dados e a coleta foi realizada no Banco de Leite Humano (BLH) e na UTIN, utilizando-se dos seguintes instrumentos: a) entrevista semi-estruturada; b) observação participante; c) diário de campo. A análise dos dados foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo. Nas entrevistas realizadas com as dezenove mulheres-mães, observamos que os principais problemas encontrados para manter a lactação foram a dificuldade no manejo da ordenha, mesmo com a bomba tira-leite; dor nos mamilos ao retirar o leite; dificuldade para levar o leite ao BLH; desconhecimento quanto à frequência da retirada do leite; desconhecimento da importância do leite materno; estresse, ansiedade, tristeza causada por não ter o bebê em seus braços; falta de apoio dos profissionais e da família. Os fatores que facilitam a produção láctea foram abordados, podendo-se citar, entre eles, a possibilidade de permanência das mães na UTIN, assim como estas obterem informações sobre o estado de saúde de seu bebê; o apoio dos profissionais do BLH; a realização da ordenha com bomba tira leite; a mulher ser encorajada pelo marido; fazer o método canguru e ter conhecimento sobre como ordenhar a mama e sobre o processo de produção láctea. Em relação à rede de apoio, pode-se concluir que o marido ou companheiro é o principal incentivador e quem ajuda nos afazeres de casa. Assim, concluímos que o profissional de saúde tem um importante papel no incentivo ao aleitamento, exercendo a sua paciência, sabendo ouvir sem pré-julgamentos, revendo normas que dificultam a proximidade entre mãe e filho e utilizando o seu

conhecimento para apoiar a mulher-mãe que, muitas vezes, não tem a quem recorrer e precisa de uma palavra de incentivo.

Palavras chaves: aleitamento materno, lactação, prematuro.

Linha de pesquisa: O Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Área temática: Saúde da Mulher

ABSTRACT

This study was developed in order to understand and know better the mother-woman, who right after the childbirth, not only has her son taken to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) for having been born prematurely and consequently needs special cares, but also has to supply her nutritional needs. This is a descriptive exploratory study, with a qualitative approach which is aimed to unveiling the factors that influence the breastfeeding maintenance process in mothers of pre-term newly born (PTNB), who stay in the NICU of a philanthropic hospital in Sao Paulo state, by identifying the obstacles and the factors that cooperate for breastfeeding maintenance and her social net support. The social partakers of our research were PTNB mothers in the NICU of the hospital in study, who were previously guided by Human Milk Bank (HMB) professionals about how to act for stimulating and keeping the breastfeeding on. The sample was defined by data saturation and the collection was done at the Milk Bank (MB) and NICU making use of the following tools: a) Semi-structured interview; b) Partakers' observation; c) Field diary. The data analysis was carried out through the Colletive Speech. In the interviews put into practice with the nineteen mother-women, we realized that the main existing problems in keeping the breastfeeding were: difficulty in drawing the milk from the breast, even making use of a nursing milk pump; pain on the nipples when removing the milk; difficulty in taking the milk to MB; lack of knowledge of how often the milk should be removed and its importance; stress; anxiety; sadness for not having the baby in their arms and lack of support from professionals and family. The factors that cooperate for breastfeeding maintenance were the possibility of having the mothers together with the babies in the NCTI and keeping them informed about their babies' health; more support from MB professionals; the use of a nursing milk pump; more encouragement by the husband/partner; the kangaroo method and more knowledge of how to draw the milk and of the breastfeeding process. As the net support, we concluded that the husband/partner is the most important person to motivate the mothers and help with household chores. Thus we came to the conclusion that health professionals have an important role in encouraging their patients to breastfeed, working with their patience, listening to them without pre-judgment, reviewing rules that make it difficult for the mothers to be near their

babies and making use of their vast knowledge to support the mother-woman, who, very often, doesn't have someone to run to and needs a comfort word.

Key words: breastfeeding, lactation, newly born

RESUMEN

Este estudio fue desarrollado por la necesidad de nosotros conocer mejor a la mujer/madre que luego después del parto, además de tener su hijo trasladado a la UTI Neonatal (UTIN) por haber nacido prematuramente y necesitar de cuidados especiales, se lo ve con la responsabilidad de suplir sus necesidades nutricionales. Es un estudio exploratorio descriptivo, con acercamiento cualitativo y tiene como objetivo mirar los factores que influyen en el proceso de mantenimiento de la lactancia de madres que tiene RNPT internados en la UTIN de un hospital filantrópico del Estado de São Paulo, identificando las barreras y factores facilitadores para el mantenimiento de la lactancia, y la red de apoyo social. Los actores sociales de nuestra investigación fueran madres de recién-nacidos pré-término, internados en la UTIN del hospital en estudio y que fueron previamente orientadas por profesionales del Banco de Leche de como proceder para estimular y mantener la lactancia. La muestra fue definida por saturación de datos. La colección fue realizada en el Banco de Leche y en la UTIN utilizando los siguientes instrumentos: a) entrevista medio estructurada; b) observación participante; c) diario de campo. La análisis de los datos fue realizado a través del Discurso del Sujeto Colectivo. En las entrevistas realizadas con las 19 mujeres/madres observamos que los problemas principales encontrados para mantener la lactancia fueron: la dificultad en el manejo del ordeña con mismo con la bomba tira-leche; el dolor en los pezones al quitar la leche; la dificultad para llevar la leche a BLH; la falta de conocimiento cuanto a frecuencia de la retirada de la leche; la falta de conocimiento de la importancia de la leche maternal; la tensión, ansiedad, tristeza, causada por no tener el bebé en sus brazos; falta del apoyo profesional y de la familia. Los factores que facilitan la producción láctea mencionada fueron: la posibilidad de la permanecer en la UTIN, tener información sobre la condición de salud del bebé, apoyo de los profesionales del BLH, realización de la ordeña con bomba tira-leche; ser encorajada por el marido; hacer el metodo canguro; tener conocimiento sobre la ordeña y sobre la producción láctea. Quanto a la red de apoyo podemos concluir que el marido es el principal motivador y quién ayuda en las tareas de la casa. Nosotros concluimos que el profesional de salud tiene un papel importante en el incentivo a la lactancia donde ejerce su paciencia sabiendo oír sin los pre juicios y revendo normas que dificultan la proximidad entre la madre y hijo, y usando su conocimiento para apoyar la

mujer/madre que muchas veces no tienen quién para apelar y necesita una palabra de incentivo.

Palabras clave: lactancia maternal, lactancia, pretérmino.

1- INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo surgiu da necessidade de buscarmos soluções para uma situação que acontece com frequência no serviço de Banco de Leite Humano do hospital em estudo e que nos preocupa bastante: a dificuldade em fornecer para o bebê pré-termo, leite da sua própria mãe ou leite materno pasteurizado que seja adequado para sua idade gestacional.

A situação enfrentada é que algumas mães não conseguem manter a produção láctea para atender a demanda do seu bebê, outras conseguem, mas produzem leite em pouca quantidade e são raras as que conseguem uma produção efetiva.

Observamos que algumas mães encontram dificuldades para manter a lactação por vários motivos: moram longe e não têm condições financeiras para o transporte, impedindo assim sua presença diária no hospital; não têm quem cuide dos outros filhos para poder estar junto do bebê internado; sobrecarga de trabalho doméstico não sobrando tempo para a ordenha do seu leite, entre outros. Há mães que tem disponibilidade para realizar a extração do leite, porém encontra-se abalada emocionalmente o que resulta em diminuição na produção láctea.

Sabemos que o leite humano traz para o bebê pré-termo benefícios nutricionais, gastrointestinais, imunológicos, psicológicos, o que poderá refletir na sua saúde e desenvolvimento. Callen e Pinelli (2005), afirmam que o leite humano é sem dúvida a melhor fonte de nutrição para o bebê pré-termo porque contém substâncias que não são encontradas em fórmulas.

É importante ressaltar que estudos apontam muitas razões para a recomendação universal de uso de leite da própria mãe nos bebês de baixo peso, sendo que mais de 90% destes nascem em países em desenvolvimento e apresentam necessidades nutricionais especiais decorrentes de suas próprias velocidades de crescimento (15/20g/kg/dia entre a 24^a e 36^a semanas de idade pós-concepcional) e desenvolvimento imaturo (Akré, 1997).

Nas últimas décadas, mais especificamente após a criação da rede de Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil, os profissionais do Banco de Leite Humano têm assumido importante papel no estímulo e manutenção da lactação das puérperas, as quais têm seus

bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Almeida, 1999). Como enfermeira capacitada com cursos específicos para atuar em BLH e diante da problemática apresentada, sentimos necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre os aspectos bio-psico-sociais que envolvem o processo de produção e manutenção láctea com o objetivo de entender os motivos pelos quais algumas mães conseguem uma boa produção láctea e outras não, e o que poderemos fazer enquanto profissionais, para ajudar neste processo.

Entendemos que a prática e o sucesso do aleitamento não estão focados apenas em determinantes biológicos, mas também em determinantes sócio-culturais e emocionais e, nesse contexto, geralmente é a mãe quem decidirá se deseja amamentar ou não. Nakano (2003), nos fala sobre a construção de um novo paradigma para o aleitamento materno, concorda com Almeida (1999), que considera a necessidade de transcender o biológico em direção ao social, possibilitando a percepção da amamentação como categoria híbrida, que se forma entre os domínios da natureza e da cultura. Esta abordagem tem sido pouco considerada nas ações assistenciais às mulheres, embora se reconheça a amamentação como fenômeno multidimensional.

Callen e Pinelli (2005) referem que as mães de bebês pré-termo têm dificuldade em manter a produção láctea devido ao longo tempo de internação e separação do seu bebê, pois dependendo do estado de saúde do RN, ela poderá estar estressada e fatigada, o que ocasionará diminuição na produção do leite.

Nestes casos, um facilitador é permitir a presença da mãe junto ao bebê na UTIN, possibilitando que os estímulos táteis, visuais, auditivos e olfativos provenientes do bebê possam contribuir para a liberação dos hormônios responsáveis pela produção e manutenção láctea (Nascimento e Issler, 2004). Atendendo a esta necessidade e com a intenção de humanizar e melhorar a qualidade da assistência ao bebê prematuro que requer cuidados especiais e de sua mãe, a Instituição em estudo utilizava o Método Mãe Canguru. Trata-se de uma tecnologia originada no ano 1979 em Bogotá, Colômbia, sendo o seu recurso operacional antiqüíssimo, pois se trata do amor paterno-filial e requer a participação dos pais para carregar o recém nato em posição de rã com a cabeça levemente estendida, mantendo o contato pele a pele, reforçando o apego e o aleitamento materno (Cecchetto, 2005).

Em relação às percepções de pais de crianças internadas, Ribeiro (2001) nos fala sobre estudo realizado por Farrel e Frost que indica que estes têm grande necessidade de informação sobre as condições de seus filhos para diminuir a ansiedade e concluem que podem tornar-se parceiros nos cuidados, gerando efeitos terapêuticos sobre a criança.

Codo, 2002, identificou em seu estudo realizado no mesmo hospital, com mães de bebês prematuros internados, alguns fatores que dificultam o processo de amamentação de bebês prematuros tendo como principal causa a falta de estímulo no mamilo e aréola e retirada ineficiente de leite do peito. Pelo que pudemos observar, esta situação ainda persiste apesar do trabalho integrado das equipes da UTIN e Banco de Leite.

A rotina estabelecida com estas mães segue o seguinte fluxo: Após se recuperarem - cerca de 8 a 12 horas após o parto - são levadas para UTIN com objetivo de se estabelecer um primeiro contato entre mãe e filho para que possam conhecê-los e entender o que se passa com eles. Nesse local, o profissional de enfermagem acompanha os pais na primeira visita, procurando apoiá-los, permanecendo próximos durante a visita. O neonatologista fornece informações sobre as condições clínicas do bebê, esclarecendo eventuais dúvidas.

Após esta visita, elas são levadas ao BLH para receberem orientações sobre como estimular a lactação através da ordenha manual. Caso optem pela drenagem mecânica, explicamos como usar uma “bomba tira leite” adequadamente, as mães decidem qual método usar. É dada a explicação que, o que pode interferir na produção de leite é a frequência das expressões e não a maneira como o peito é drenado. Callen e Pinelli (2005) referem que a remoção precoce do colostro do peito está associada a uma maior possibilidade de sucesso na lactação.

A observação das condições emocionais maternas para receber orientações é um cuidado que os profissionais da UTIN e Banco de Leite deverão tomar para gradativamente capacitá-la para a coleta do leite no hospital e no domicílio.

Por ocasião da alta, as mães recebem um *kit* contendo máscara, gorro, vidro estéril, etiqueta, instruções escritas sobre questões relacionadas à higiene das mãos, local escolhido e como proceder a ordenha e também sobre o armazenamento do leite.

É também fornecida uma caixa de isopor e “gelo reciclável” para transportar o leite ordenhado em casa ao Banco de Leite com a finalidade de garantir a qualidade do leite ordenhado, como é preconizado pela Rede Nacional de Bancos de Leite Humano¹. É perguntado se possui geladeira e caso não tenha, verificamos a possibilidade de armazenar o leite na casa vizinha, orientando-as sobre a necessidade de manter o leite refrigerado para que não desenvolva microorganismos que poderão inviabilizar a utilização do mesmo.

A informação de que o ideal é que seu bebê receba o seu leite é fornecida, entretanto, caso não seja possível, é assegurado o fornecimento de leite pasteurizado de outras doadoras para o bebê.

Acreditamos que estas visitas tratam-se de um acontecimento importante e devemos estar atentos às informações fornecidas, pois como nos diz Winnicott (1994, p.14) a tarefa mais difícil é:

“... saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães, ao mesmo tempo que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica”.

Embora o serviço tenha uma rotina estabelecida de assistência e estímulo à produção láctea, e a maioria das mães por nós assistidas verbalizar o desejo de produzir leite para alimentar o seu bebê, constatamos que muitas delas vivenciam o fracasso na manutenção da produção láctea devido às diversas situações que estão experimentando, as quais colaboram com a diminuição da produção e ejeção do leite.

Para Callen e Pinelli (2005), o aleitamento de prematuros apresenta desafios que incluem o estabelecimento e a manutenção da produção láctea e a transição da alimentação por gavagem para o aleitamento.

¹Informações obtidas no Site da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: www.redeblh.fiocruz.br

Durante os meses de janeiro a março de 2005, realizamos um estudo exploratório descritivo que procurou levantar os dados referentes ao volume de leite necessário para alimentar o RNPT versus o volume produzido pela mãe deste bebê, tendo como fonte de dados o Mapa Diário de Leite e o Livro de Registro de Entrada e Saída de Leite do BLH “Dr Olindo de Luca”, da Santa Casa de Limeira, São Paulo. O estudo supracitado teve como objetivo analisar a quantidade de leite produzida pela mãe do prematuro e o volume requerido para atender suas necessidades. Identificamos que grande parte (70%) das mães dos RNPT internados não comparece ao BLH para ordenhar as suas mamas e nem trazem de casa o leite ordenhado. As mães que o fazem, em sua maioria, não produzem o volume necessário para atender a demanda dos bebês, cabendo ao BLH suprir o *déficit* oferecendo um leite de idade gestacional próxima a dele, o que nem sempre é possível, pois a maioria das doadoras cadastradas neste BLH tem bebês maiores, produzindo leite maduro, portanto não ideal para o prematuro (Veloso e Shimo, 2005).

O resultado da investigação acima nos faz refletir sobre: a influência de múltiplos fatores no processo da manutenção da lactação que podemos sintetizar em três aspectos: biológicos, emocionais e sociais.

Quanto aos *fatores biológicos* temos a falta de estímulo tátil através da sucção, a falta de estímulo olfativo e retirada sistematizada do leite entre outros; quanto aos *fatores emocionais* temos a dificuldade em formar o vínculo, o medo da criança morrer, a dificuldade em elaborar o papel materno; os *fatores sociais* estão traduzidos pelas dificuldades econômicas, pela falta de apoio de familiares e pela própria disponibilidade pessoal.

A vulnerabilidade do estado de saúde do RN pode provocar na mãe um distanciamento dificultando a formação de vínculo, impedindo o desencadeamento do processo fisiológico da lactação e constrangimento na solicitação de ajuda por sentir-se responsável pelo fracasso de não ter conseguido levar a gravidez até o final.

Em relação a nossa maneira de trabalhar levantou-se questionamentos sobre a forma de abordagem que estamos utilizando: Será que não é predominantemente biologizante? Será que os aspectos emocionais e sociais estão sendo pouco considerados? Qual será a maneira mais adequada de apoio que poderemos prestar?

Cabe a nós desvelar o que ocorre com estas mães no seu contexto domiciliar e conhecer o que ela sabe sobre a alimentação do seu bebê prematuro que ficará internado por algum tempo e como é para ela ordenhar as mamas, o que impede ou dificulta o processo de produção e manutenção láctea. Deve-se saber quais os sentimentos que ela experimenta ao retirar o leite, por quem e de que maneira é apoiada neste processo, enfim, conhecer esta mulher que está vivenciando uma situação para a qual não estava preparada, mas que está enfrentando à sua maneira.

Acreditamos que esta investigação possibilitará conhecer como é a rotina das mães que tem um bebê prematuro internado, conhecer como ela se organiza para comparecer diariamente ou até mesmo permanecer o dia todo na UTIN ao lado de seu filho, identificar os reais motivos pelos quais ela, muitas vezes, deixa de trazer o leite para seu bebê. Será possível também estabelecer os fatores sócio-culturais como rede de apoio familiar, bem como os valores e hábitos familiares que influenciam este processo.

Com este conhecimento, acreditamos sermos capazes de planejar ações que poderão auxiliá-las bem como suas famílias para o enfrentamento dessa fase singular.

Foi baseado nessas observações, acrescido da dificuldade em encontrar em uma fonte única a resposta para nossas indagações e reconhecendo que pode existir outros profissionais com dificuldades semelhantes, é que realizamos e deixamos registrado neste estudo uma revisão aprofundada sobre os aspectos biológicos e psicológicos que participam e/ou podem interferir na produção e manutenção da lactação. Esses conhecimentos contribuirão para a elaboração de um plano de condutas visando aprimorar a atenção ao binômio, com o objetivo de enfrentar o desafio da manutenção láctea em mães de bebês prematuros.

2- QUADRO TEÓRICO
REVISÃO DA LITERATURA

2.1- Revisão da literatura

2.1.1- Aspecto da produção e manutenção láctea em mulheres com filhos prematuros

2.1.1.1- Mama: sua origem e anatomia

A mama, do ponto de vista embriológico, é uma glândula sudorípara modificada que, no sexo feminino, evolui para uma estrutura bastante complexa na idade adulta. Origina-se de um espessamento epidérmico de forma arredondada, situado na superfície ventral do corpo que penetra no mesênquima vizinho por volta da sexta semana de desenvolvimento, formando o broto mamário primitivo, que fica limitado por um sulco circular (Almeida, 2004; Menezes et al. 2000).

Segundo Almeida (2004), durante o segundo trimestre da vida intra-uterina, cordões celulares vazados por uma luz central crescem da camada basal da epiderme para a profundidade, onde irão dar origem aos ductos mamários primários que se ramificam junto da aréola e do mamilo na época do nascimento. No final da gestação desse embrião, a proliferação do mesênquima vai dar origem ao mamilo, que durante a infância se encontra pouco desenvolvido.

Posteriormente, durante a vida puberal, os ductos crescem gradativamente e se ramificam, bem como ocorre a proliferação do tecido interductal. Mais tarde, durante a adolescência, o aumento da mama deve-se à proliferação do estroma e todas essas modificações levam a mama à sua forma madura e pronta para a sua fundamental função de amamentar futuros filhos, seguindo os ditames da natureza para todas as espécies mamíferas (Almeida, 2004).

De acordo com Mello Junior (2000), as mamas, em sua forma madura, são chamadas também de peitos e estendem-se da terceira a sétima costela e do bordo do osso esterno até a linha axilar anterior, na parede ântero-superior do tórax, bilateralmente, à frente dos músculos peitorais maior e menor.

É constituída por parênquima de tecido glandular (glândula mamária) e de tecido fibro-adiposo (estroma) que envolve cada lobo e o corpo mamário, juntamente com vasos, nervos e pele. A glândula mamária estende-se além dos limites superficiais da mama, geralmente possuindo um prolongamento axilar, que em algumas mulheres pode ser mais bem visualizado durante o período pré-menstrual ou na lactação. O mesmo autor afirma que: “*a forma e tamanho da mama estão relacionados com a quantidade de tecido adiposo no estroma, e não com sua capacidade funcional*” (Mello Junior, 2000, p.26).

A face profunda da mama é ligeiramente côncava e encontra-se em relação com o músculo peitoral maior, o serrátil anterior e a parte superior do oblíquo externo do abdômen, estando separada destes músculos pela aponeurose. Entre as mamas observa-se o sulco intermamário, mais pronunciado quanto maior for o volume mamário e, abaixo da mama, na posição de pé, observa-se o sulco inframamário (Jaldin e Santana, 2001; Valdès et al. 1996).

Jaldin e Santana (2001) relatam que a glândula mamária é extremamente vascularizada. A irrigação arterial da mama provém de múltiplas fontes, mas principalmente da artéria mamária externa, da mamária interna e das artérias intercostais. Secundariamente, o suprimento arterial da mama é feito pelos ramos da artéria axilar, ramos da acromiotorácica e artéria toracodorsal. A drenagem venosa acompanha o sistema arterial sendo que as veias da mama são divididas em dois sistemas: superficial e profundo.

Os mesmos autores afirmam que o plexo venoso superficial dilata-se durante a gestação e lactação, sendo visível através da pele, constituindo a rede vascular de *Haller*. O sistema superficial possui ampla ligação com as veias do estroma da glândula. Valdès et al. (1996) dizem que a mama possui importante rede de vasos linfáticos que adquire especial importância nos processos inflamatórios e neoplásicos que podem afetá-la, sendo que formam um plexo intersticial subareolar ao redor dos condutos lactíferos e no tecido conjuntivo interlobar que se conecta com um plexo linfático cutâneo, especialmente denso.

Externamente, a mama está coberta por pele e aproximadamente no centro encontra-se o mamilo. Estes são constituídos por fibras musculares lisas, geralmente circulares, que se contraem ao ser estimulado mecanicamente. A estimulação adequada das

terminações nervosas locais causa ereção do mamilo, o qual se protrai, e aciona o mecanismo hipofisário que libera ocitocina e prolactina (Akré, 1997).

Sua base é envolvida por uma área discóide cutânea, denominada aréola. A pele que reveste o mamilo e a aréola é pigmentada, com coloração que varia de rósea a marrom, conforme a etnia. Durante a gravidez e lactação aumentam sua pigmentação e tamanho, sendo que o grau de pigmentação é reduzido após a lactação, porém não retorna à cor original (Mello Junior, 2000).

A aréola contém glândulas mamárias modificadas (glândulas areolares), com características próprias que, durante a gravidez e lactação, formam os Tubérculos de Montgomery. Essas glândulas fabricam secreção oleosa e anti-séptica, que fornece proteção lubrificante para o mamilo e para a aréola durante a sucção (Mello Junior, 2000).

Tanto aréola quanto mamilo são profusamente inervados. A sensibilidade mamilo-areolar aumenta na gestação e alcança o pico nos primeiros dias após o nascimento do bebê. O mamilo possui terminações nervosas não mielinizadas ficando extremamente dolorosos se traumatizados na sucção inadequada.

A rica inervação sensorial das mamas sobre todo o mamilo e aréola é de grande importância funcional, já que a sucção desencadeia uma série de mecanismos nervosos e neuro-humorais que trazem como consequência a liberação do leite e a manutenção da diferenciação glandular, essencial para que se continue a lactação (Jaldin e Santana, 2001).

O sistema nervoso, como coordenador e integrador das funções do indivíduo, também é responsável pelo controle da lactação, diretamente através de suas conexões nervosas ou, principalmente, de forma indireta através de seu controle sobre o sistema endócrino. A glândula mamária não recebe inervação secreto-motora, assim, tanto a secreção do leite quanto a sua ejeção não requerem conexões nervosas eferentes para a glândula mamária (Mello Junior, 2000).

Para Valdès et al. (1996), a inervação da mama procede de ramos cutâneos anterior e lateral do quarto, quinto e sexto nervos torácicos. Estas fibrassimpáticas contêm estruturas sensoriais denominadas corpúsculos de *Meissner* e de *Meckel*, além de terminações livres, as quais são especialmente numerosas no mamilo e na aréola.

Segundo Mello Junior (2000), as fibras sensitivas somáticas, especialmente abundantes no mamilo, conduzem impulsos nervosos ao hipotálamo por ocasião do contato da boca do bebê com o mamilo.

O hipotálamo é uma das áreas mais importantes do sistema nervoso, devido as suas múltiplas conexões e funções. Dentre estas funções, as que estão ligadas direta ou indiretamente com a amamentação são: controle do sistema nervoso autônomo; regulação do comportamento emocional (como raiva, tristeza, alegria, medo, prazer, entre outros); regulação da ingestão de alimentos e água e controle do sistema endócrino (Mello Junior, 2000).

A *hipófise* está anatômica e fisiologicamente conectada ao hipotálamo. Localiza-se na base do cérebro, protegida pela sela túrcica do osso esfenóide. Possui duas porções de origens embrionárias e funções distintas: a *adeno-hipófise* (anterior), responsável pela liberação da prolactina e *neuro-hipófise* (posterior) responsável pela produção da ocitocina (Mello Junior, 2000)



Figura 1- Mama - extraída do Manual do Curso de Aleitamento Materno - 18horas - Unicef/OMS

2.1.1.2- Estrutura da glândula mamária

A glândula mamária está formada por três tipos de tecidos: **glandular** de tipo túbulo-alveolar; **conjuntivo**, que conecta os lóbulos e **adiposo**, que ocupa os espaços interlobulares (Valdès et al., 1996).

Cada glândula é formada por uma porção secretora e um ducto excretor próprio. A parte secretora é constituída de túbulos, a partir dos quais desenvolve-se grande número de alvéolos secretores durante a gravidez (Mello Junior, 2000).

A forma interna de uma mama é semelhante a um conjunto de quinze a vinte glândulas exócrinas túbulo alveolares individualizadas, que recebem o nome de *lobo*. Cada *lobo* é dividido por septos fibrosos que se estendem da fáscia profunda à pele. Esses septos são mais expressivos na parte superior e, além de darem suporte ao tecido glandular, participam da sustentação da forma e posição da mama, sendo denominados *ligamentos suspensores da mama* (Mello Junior, 2000).

Segundo Akaré (1997), o leite é secretado nos *alvéolos*, que são aglomerados em número de dez a cem em cada segmento (lóbulos) e, envoltos por lâminas de colágeno, prolongam os pequenos ductos abrindo-se no ducto principal. Sob a lâmina de colágeno, células mioepiteliais contráteis de origem ectodérmica e não muscular envolvem a estrutura glandular. Estas células têm forma asteriforme no alvéolo e são alongadas nas proximidades do ducto excretor tendo íntimo contato com os capilares alveolares; contraem-se sob a influência das ocitocinas ajudando o leite a escorrer dos alvéolos para os ductos.

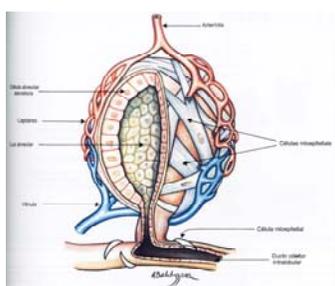


Figura 2- Alvéolo - Extraída do livro: A mama no Ciclo Gravídico-Puerperal (Santos Junior, 2000)

Para Valdès et al. (1996), a produção láctea se dá nos ácinos ou alvéolos, os quais estão estruturados por um conjunto de células secretoras que produzem a secreção láctea e conformam uma cavidade (lúmem) na qual verte esta secreção.

Os ductos excretores são denominados ductos lactíferos, que se abrem independentemente na papila mamária (mamilo). O revestimento ductal é circundado por uma camada contínua de células mioepiteliais. O ducto lactífero possui uma porção dilatada, próxima à abertura do mamilo, denominado seio lactífero (Mello Junior, 2000).

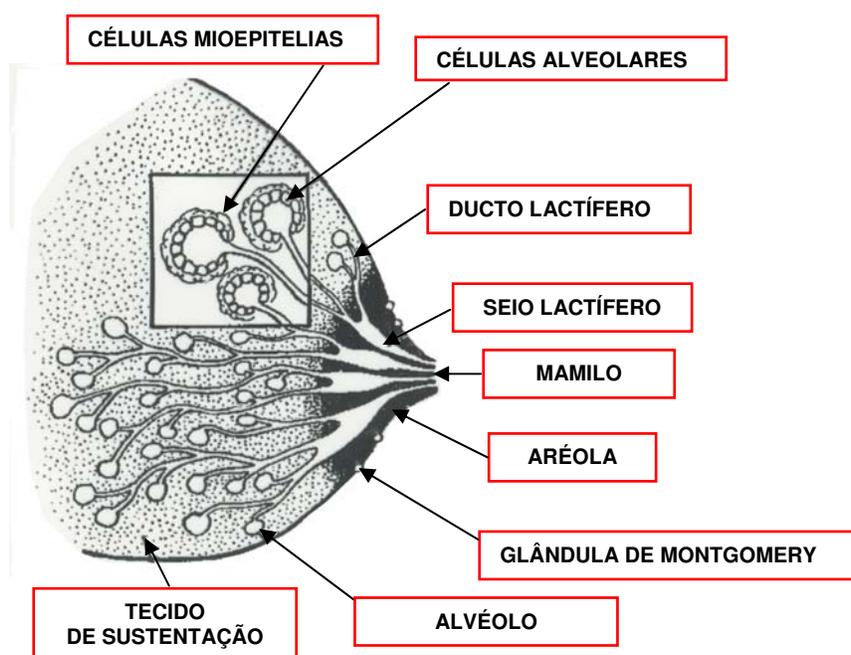


Figura 3- Estrutura da Glândula mamária - Extraída do curso de Aleitamento Materno - 18horas - Unicef/OMS

2.1.2- Fisiologia da lactação

Não basta ter as mamas anatomicamente funcionante para haver a produção láctea. É necessário que haja também o esvaziamento adequado da glândula, seja através de sucção ou através do esvaziamento manual da mama, assim como é necessário uma irrigação adequada para conduzir os nutrientes para os alvéolos e a ação dos hormônios sobre as células secretoras para que o fenômeno da lactação ocorra.

2.1.2.1- Hormônios lactopoéticos

Estrogênios e progesterona

Durante a gravidez, as grandes quantidades de estrógenos secretados pela placenta provocam o crescimento e a ramificação do sistema de ductos das mamas. Simultaneamente o estroma das mamas também cresce em quantidade e grande proporção de gordura é ali depositada (Shimo, 1983).

Pontes et al. (1988), afirma que os estrogênios estimulam o sistema ductal e o desenvolvimento lóbulo alveolar é estimulado pela progesterona.

A progesterona é responsável pelo desenvolvimento final das mamas como órgão secretor de leite. Após o desenvolvimento de ductos a progesterona atua em conjunto com outros hormônios promovendo o crescimento dos lóbulos e o aparecimento dos alvéolos, desenvolvendo nestas células características secretoras (Guyton, 1984).

O autor acima citado afirma também que, embora os estrógenos e a progesterona sejam essenciais para o desenvolvimento físico das mamas durante a gravidez, o estrógeno também possui um efeito específico de inibição da secreção do leite. Para Rezende (1998), datam de 1938 os estudos pertinentes a frenação láctea pelos estrogênios, que parece possuir um caráter particular: exerce-se caracteristicamente ao nível do receptor mamário.

Ao lado dos estrogênios atua a progesterona, e a diminuição de ambos no organismo após o parto poderia ser o sinal de partida, liberando níveis adequados de prolactina e corticóides (Rezende, 1998; Valdès et al.,1996).

Prolactina

Segundo Guyton (1984), a prolactina (que promove a secreção do leite) é um hormônio secretado pela hipófise anterior da mãe e sua concentração no sangue eleva-se continuamente desde a quinta semana de gestação até o nascimento da criança, momento em que alçará nível muito alto - de até dez vezes acima do normal. A ausência de lactação durante a gravidez é causada pelos efeitos altamente inibitórios de estrógenos secretados pela placenta, que inibem por completo os efeitos lactogênicos da prolactina e da somatomamotrofina coriônica, hormônio secretado pela placenta que possui moderada propriedade lactogênica.

Para que a prolactina possa exercer sua função ligando-se aos seus receptores nas células alveolares da glândula mamária, é necessária a conjugação de alguns fatores, sendo eles: decréscimo nos níveis séricos de estrógeno, decréscimo nos níveis séricos de lactogênico placentário, aumento da secreção de prolactina e remoção do leite da mama (Silva e Guerra, 1998).

A síntese de secreção de prolactina é realizada pelas células chamadas de *lactotropos* e situa-se na hipófise anterior (Silva e Guerra, 1998). A prolactina é produzida mais à noite e proporciona a mãe uma sensação de relaxamento e algumas vezes de sonolência (Jaldin e Santana, 2001).

Rezende (1998) afirma que durante a gravidez os teores de prolactina começam a aumentar a partir da 8ª semana, de um nível normal pré-gravídico de 10-25 ng/ml, até atingir 200-400 ng/ml ao termo, e que o hormônio lactogênico placentário (LPh), que é produzido pela placenta e segregado ativamente para a circulação materna, aumenta progressivamente a partir de seis semanas de gravidez, atingindo níveis de 6.000ng/ml ao termo; embora este hormônio seja menos ativo que a prolactina, exerce importante ação lactogênica.

Silva e Guerra (1998) afirmam que a secreção de prolactina, ao contrário de outros hormônios, ocorre espontaneamente, sem estimulação hipotalâmica, sofrendo apenas influência de fatores estimulatórios (peptídeos vasoativo intestinal, TRh, ocitocina, beta-endorfinas) e inibitórios (Dopamina e GABA).

O hipotálamo desempenha importante papel no controle da secreção da prolactina e de outros hormônios da hipófise anterior, mas este controle é diferente em um aspecto: o hipotálamo estimula principalmente a produção de todos os outros hormônios e inibe a produção de prolactina. Em caso de danos hipotalâmicos ou bloqueio do sistema porta-hipotalâmico-hipofisário, ocorre o aumento da secreção de prolactina, enquanto diminuem outros hormônios hipofisários (Guyton, 1984). O mesmo autor acredita que haja dois tipos de hormônios formados no hipotálamo e transportados à hipófise para controlar a liberação de prolactina: o *fator inibidor de prolactina* (FIP ou PIF), que é dominante em condições normais, e o *fator liberador de prolactina* (FLP ou PLF), que pode aumentar a secreção de prolactina. O FIP pode ser a dopamina, secretada pelo hipotálamo, o qual pode diminuir a produção de prolactina em até dez vezes (Guyton, 1984; Valdès et al., 1996).

Silva e Guerra (1998) referem que algumas substâncias têm sido utilizadas com o propósito de inibir a lactação. Atualmente a bromocriptina é utilizada por ser uma droga eficaz, porém oferecendo vários efeitos colaterais.

Mello Junior (2000) afirma que os picos de prolactina garantem a produção de leite para a próxima mamada e o esvaziamento das mamas contribui para o reflexo neuroendócrino e para a atividade secretora. Lana (2004) acredita que a produção de leite não depende somente da prolactina, mas também do esvaziamento das mamas.

Ocitocina

Responsável pela mobilização do leite acumulado nos alvéolos. A sucção produz impulsos sensitivos que chegam até o hipotálamo onde células neurosecretórias são ativadas produzindo ocitocina, que fica armazenada no lobo posterior da hipófise e é liberada, posteriormente, na circulação sanguínea materna (Rezende, 1998). Trata-se de um hormônio com vida média curta e é secretada predominantemente em pequenos pulsos (Akré, 1997).

Segundo Valdès et al. (1996) a ocitocina é o hormônio galactopoiético mais potente, considerada o estímulo fisiológico que determina a retirada ou expulsão do leite durante a amamentação. É responsável pela contração das microfibrilas mioepiteliais que rodeiam os alvéolos fazendo com que a secreção láctea flua para o sistema de ductos maiores.

Tanto as fibras mioepiteliais da mama quanto as do útero (Valdès et al., 1996) têm receptores específicos para a ocitocina sendo que estes aumentam durante o terceiro trimestre da gravidez, especialmente nos primeiros cinco dias que se seguem ao dia do parto.

Guyton (1984) confirma que a ocitocina estimula a contração das células mioepiteliais que circundam as paredes externas dos alvéolos, com conseqüente saída do leite acumulado no lúmen para os ductos. Em trinta segundos a um minuto após o início da mamada, o leite começa a fluir ocorrendo assim a *ejeção láctea ou descida do leite*. Mello Junior (2000) afirma que nas primíparas este tempo pode variar entre três a cinco minutos.

Hormônio do crescimento (Gh), Lactogênio Placentário, Glicocorticóides e ACTH, Prostaglandinas (PGs) e Fatores de crescimento

O Hormônio do crescimento (Gh) é um hormônio semelhante à prolactina, suas propriedades lactogênicas ainda não foram bem estabelecidas, porém, juntamente com outros hormônios, desempenha papel fundamental no desenvolvimento, diferenciação e preparação para a secreção do leite pela glândula mamária (Silva e Guerra, 1996)

O Lactogênio Placentário apresenta também características químicas semelhantes a prolactina e ao Gh, possuindo pouca influência sobre a lactogênese, sendo sua ação mediada pela ligação aos receptores da prolactina, atuando na estimulação da glândula mamária (Silva e Guerra, 1996).

Glicocorticóides e ACTH são hormônios importantes na indução e também na manutenção da lactação. A ação do cortisol consiste em induzir mudanças na célula acinar da glândula mamária, permitindo subseqüente indução da síntese da caseína por

estimulação da prolactina. O cortisol e a prolactina agem de forma sinérgica na lactogênese, e a ação do primeiro é mais eficaz na presença do segundo (Silva e Guerra, 1996).

As Prostaglandinas (PGs) têm participação na lactogênese por meio da estimulação da secreção de prolactina e glicocorticóides (Silva e Guerra, 1996).

Embora os fatores de crescimento EGF (Fator de Crescimento Epidermal) e FGF (Fator de Crescimento de Fibroblasto) terem grande ação indutora da síntese de alfa-lactoalbumina na presença de concentrações elevadas de cortisol, seus papéis na lactogênese ainda não foram definidos, mas para Valdés (1996), é na presença de insulina e hidrocortisona que a prolactina induz a síntese das proteínas do leite (caseína e lactoalbumina) e estimula a síntese de ácidos graxos (Silva e Guerra, 1996).

2.1.2.2- Secreção do leite

As células epiteliais dos alvéolos nas glândulas mamárias sintetizam os componentes do leite e retiram outros do plasma sanguíneo (Jaldin e Santana, 2001; Valdès et al., 1996) sendo que cada célula alveolar é capaz de produzir leite com todos seus constituintes.

Os constituintes do leite são carreados pela célula epitelial do alvéolo até o lúmen alveolar através de alguns mecanismos:

- **Difusão:** passagem de água e íons monovalentes (Na, K e CL) através da membrana celular até o interior do alvéolo;
- **Exocitose:** fusão da membrana celular com a membrana da proteína, gerando uma abertura e deixando a proteína livre;
- **Secreção apócrina:** mecanismo de secreção dos lipídios;
- **Pinocitose:** transporte de imunoglobulinas pelas células alveolares através de um receptor transcelular.

- **Via paracelular:** secreção das células encontradas no leite através de solução de continuidade entre as células alveolares.

Sobre a fisiologia da lactação, Almeida (1999) refere que ocorrem dois estágios: a Lactogênese I e II, marcados por mecanismos regulatórios distintos. Jaldin e Santana (2001) concordam e acrescentam a galactopoeise que é a manutenção da lactação.

2.1.2.3- Lactogênese

Duas fases:

Lactogênese I- Vai desde a fase preparatória da mama (último trimestre da gestação), até período que antecede a apojadura sendo nesta etapa o mecanismo regulatório da lactação eminentemente endócrino, dependendo das relações entre prolactina e os estrógenos placentários (Almeida, 1999).

Para Akre (1997), a prolactina é o hormônio chave da lactogênese que, estimulando a produção alveolar inicial, induz a transferência e sintetização das proteínas do leite e influencia a síntese da lactose nas células alveolares.

Guyton (1984) nos mostra que a queda súbita dos estrógenos e progesterona após o nascimento do bebê permite que os efeitos lactogênicos da prolactina assumam seu papel natural e, dentro de dois ou três dias, as mamas comecem a secretar grandes quantidades de leite, tornando-se volumosas e quentes causando um certo desconforto, sendo este fenômeno conhecido como *apojadura do leite*.

Lactogênese II- Inicia-se com a apojadura e nesta fase o sistema regulatório da lactação passa a ser autócrino, ou seja, a produção de leite dependerá principalmente da freqüente retirada de leite em meio hormonal favorável (Almeida, 1999).

Para Jaldin e Santana (2001) o fenômeno *apojadura* ocorre entre 24 a 48 horas após o parto quando a mama se apresentará intumescida devido à migração de água, atraída pela força hiperosmolar da lactose com dilatação de ductos e alvéolos.

Este fenômeno é percebido pela mãe como uma sensação de desconforto em que as mamas ficam cheias e quentes, neste momento a mulher tem sua plena capacidade de síntese instituída, ou seja, todas as células alveolares encontram-se induzidas à síntese do leite devido ao elevado nível de prolactina presente no sangue (Almeida, 1999).

Após a *apojadura*, a produção de leite costuma ser grande nas duas semanas seguintes, geralmente excedendo as necessidades do bebê, por mais que ele mame bastante. Esta produção abundante significa que as células alveolares estão funcionantes (Lana, 2004).

Guyton (1984) refere que alguns dias após o parto, os níveis de prolactina voltam aos valores basais, onde a cada mamada os sinais nervosos provenientes dos mamilos vão ao hipotálamo e desencadeiam um aumento da secreção da prolactina em dez vezes o valor normal, processo que dura cerca de meia hora e produz leite para a próxima mamada.

Akré (1997) mostra que em torno dos três meses de vida do bebê, a produção de prolactina, em resposta à sucção, diminui muito e que por volta dos seis meses já desapareceu na maioria das mulheres lactantes.

De acordo com Lana (2004), a produção de leite depende da ligação da prolactina com seus receptores nas células alveolares e, quando as mamas estão cheias, ocorre a produção de peptídeos supressores da lactação, os quais podem bloquear os receptores, impedindo a ligação e, conseqüentemente, a produção láctea. Os peptídeos podem ser produzidos também quando a mãe está estressada, emocionada negativamente, cansada, duvidando de sua capacidade de amamentar e com muita dor. Segundo Rezende (1998), foi demonstrado que quando a pressão intra-alveolar aumenta, a secreção diminui, e assim ocorre inversamente; com estímulo constante nos mamilos e remoção láctea, há o aumento da produção do leite.

Valdès et al. (1996) expõem pesquisa realizada por Perez² em 1979, que estudou os níveis plasmáticos da prolactina durante as primeiras 18 semanas pós-parto de trinta mulheres em amamentação exclusiva e quinze em aleitamento parcial. Esta pesquisa identificou que os níveis plasmáticos basais de prolactina diminuem depois do parto, mantendo-se significativamente mais elevado nas nutrizes do que nas mulheres não puérperas, especialmente se amamentam de forma exclusiva, tendo como explicação para este fato a sucção do mamilo pelo recém nascido que gera como resposta um incremento significativo da prolactina plasmática.

2.1.2.4- Lactopoiese ou Galactopoese - Manutenção da lactação

Este processo requer a síntese de leite e sua liberação para os alvéolos e seios lactíferos. Caso o leite não seja removido dos alvéolos, a pressão intra-alveolar aumentará, provocando uma pressão sobre a rede sangüínea com conseqüente diminuição do fluxo sangüíneo capilar e o processo de lactação poderá ser interrompido (Jaldin e Santana, 2001).

Como já foi dito anteriormente, é indispensável para a manutenção da secreção láctea o adequado e freqüente esvaziamento das mamas, permitindo que os alvéolos mantenham o processo secretor de forma fisiológica. A lactopoiese depende do mecanismo reflexo tendo como principal ação a sucção do mamilo pelo lactente.

Para Almeida (1999), a prolactina é responsável pelo reflexo materno da produção, chamada de hormônio chave da lactação, devido ao papel que desempenha para induzir e manter a síntese do leite humano, sendo que sua produção depende da estimulação das terminações nervosas do mamilo pelo lactente. O volume produzido guarda uma relação direta com a sucção da criança, ou seja, é produzido o quanto foi consumido.

²Pérez A: Lactational amenorrhea and natural family planning..In: Hafez ESE. Human Ovulation.Ed. Elsevier North Holland Biomedical Press. The Netherlands,1979;501.



Figura 4- Produção de Prolactina - Extraída do Livro da amamentação - VINHA (1999)

Após a mamada, a glândula mamária demora aproximadamente duas horas para produzir 80% do leite que é capaz de armazenar. Daí se infere que o esvaziamento freqüente da mama estimula a produção de leite (Valdès et al.1996).

Almeida (1999, p.70) nos fala também sobre a duração e a freqüência da mamada:

“Quanto maior a freqüência em um dado intervalo de tempo, maior a intensidade de estímulo do complexo mamilo-areolar, o que garante a manutenção da prolactina em níveis elevados no sangue e acarreta o aumento probabilístico da indução da síntese do leite, o que na maioria das vezes resulta em aumento da secreção láctea pela nutriz”.

Para Valdès et al. (1996) a liberação de prolactina pelas células lactotróficas da hipófise anterior é inibida por neurônios dopaminérgicos do hipotálamo, que liberam dopamina, proveniente do hipotálamo, aos vasos do plexo capilar da hipófise anterior, e o estímulo do mamilo e da aréola produz, por via de um reflexo neuro-hormonal, a inibição da secreção da dopamina (PIF) e, conseqüentemente, promovendo a liberação de prolactina pela hipófise anterior.

O leite é secretado continuamente para os alvéolos, mas não flui com facilidade para o sistema de ductos e não drena continuamente pelos mamilos. Antes que a criança possa obtê-lo, o leite deve ser ejetado, deve “descer” dos alvéolos para os ductos.

Este processo é causado por um reflexo neurogênico e hormonal combinado, envolvendo o hormônio ocitocina geralmente ocasionado por algum estímulo, podendo ele ser tátil, olfativo, auditivo e, inclusive, o ato de pensar no bebê (Guyton, 1984).

2.1.2.5- Reflexo de Ejeção

O fenômeno da *ejeção láctea* é muitas vezes descrito pelas mães como “pequenas alfinetadas, sensação de formigamento, físgadas, pontadas” na parte anterior da mama, com saída de jatos ou gotas de leite pelos ductos mamilares (Vinha, 1999).

A mesma autora diz que é fundamental que ocorra a ejeção do leite durante a mamada, pois ajuda o bebê a retirar o leite da mama saciando sua fome com menor tempo na retirada do mesmo (Vinha, 1999).

Valdès et al. (1996) descreve o reflexo de descida do leite como um reflexo neuroendócrino destinado a esvaziar o leite da glândula mamária. Tem seu início nos receptores sensitivos e táteis do mamilo e da aréola, desde os nervos sensitivos torácicos (quarto, quinto e sexto) transmitindo aos cordões posteriores da medula, para ser conectado aos neurônios hipotalâmicos produtores da ocitocina, localizados principalmente nos núcleos supra-ópticos e paraventriculares.

Através do estímulo originado na aréola e no mamilo (Valdès et al.,1996), os axônios longos dos neurônios alcançam a neuro-hipófise, determinando a liberação de ocitocina na corrente sanguínea onde o hormônio alcança as células mioepiteliais dos alvéolos contraindo e provocando o esvaziamento do seu conteúdo.

A gordura presente nos alvéolos é retirada através da contração das células mioepiteliais, sendo então adicionada ao leite, o qual é chamado de “*leite posterior*” (produzido no final da mamada, rico em gordura, que sacia a fome do bebê).

Rezende (1998) lembra que o reflexo da sucção desencadeia tanto a produção da ocitocina quanto da prolactina, sendo que esta última não se destina a produzir leite para esta mamada e sim para a próxima já que a síntese do leite é um processo lento e contínuo.



Figura 5- Reflexo da Ocitocina - Extraída do Livro da Amamentação (VINHA, 1999).

O reflexo da ejeção não responde apenas a estímulos táteis, podendo ocorrer por estímulos visuais, olfativos ou auditivos (Akré, 1997), ou seja, pode ocorrer quando a mãe pensa no bebê, quando sente seu cheiro ou quando ouve seu choro. Este reflexo pode ser inibido pela ação da adrenalina caso a mulher tenha recebido estímulos físicos ou psicológicos desagradáveis ou dolorosos.

Para Valdès et al. (1996); Mello Junior (2000), o estresse pode inibir o reflexo de descida de leite na mulher, esta inibição pode ser mediada pela adrenalina em nível da célula mioepitelial e pela noradrenalina em nível hipotálamo-hipofisário.

Estudos comportamentais e hormonais demonstraram a importância dos primeiros contatos do bebê com a mãe e do toque da boca do recém nascido com o mamilo e aréola. Este contato físico, além de influenciar positivamente no vínculo entre mãe e filho, age sobre a produção hormonal (Mello Junior, 2000).

Montagu (1988) afirma que durante o trabalho de parto, mãe e bebê passam por um momento bastante exigente e, após o parto, ambos precisam de descanso e da tranquilidade da presença do outro. Para a mãe tranquilizar-se é necessário ver o bebê, ouvir seu choro, senti-lo próximo ao seu corpo e, para o bebê, o importante é estar em contato com o corpo da mãe e sentir o calor que dela emana, além de ter o apoio dos braços que o aninham, as carícias. Também é importante a estimulação cutânea por ele recebida, em sugar o peito da mãe, as boas-vindas “ao seio da família”, sendo que estas palavras referem-se a condições psicofisiológicas muito reais.

O autor nos fala também dos benefícios vividos pela mãe que adota a amamentação logo após o parto, o benefício da gratificação emocional, da sensação de força, de poder, de serena integração, de realização decorrentes da manipulação do bebê e de levá-lo ao peito, que certamente não é pequeno (Montagu, 1998).

Valdès et al. (1996) acrescenta que a descarga de ocitocina também produz contrações nas fibras musculares uterinas, determinando contrações no útero durante a amamentação (reflexo útero-mamário), contribuindo para a involução uterina no puerpério.

Há muito tempo se conhece, tanto no meio científico quanto popular, que a dor, preocupação, cansaço e distúrbios emocionais influenciam negativamente na produção láctea. O hipotálamo participa tanto no controle emocional quanto na amamentação, como vimos anteriormente, sendo fácil entender por qual motivo as emoções maternas influenciam na amamentação e vice-versa (Mello Junior, 2000).

2.1.3- O Leite Humano

A descrição a seguir sobre o tema leite humano foi elaborada a partir da nossa convicção em relação ao valor do leite humano para o RNPT principalmente pelo que nele contém e representa e da intenção de socializar esse conhecimento com mais pessoas/profissionais.

Sabe-se que o leite materno é o alimento ideal para as crianças. A Organização Mundial da Saúde - OMS recomenda que deve ser oferecido até o sexto mês de vida exclusivamente e complementado até dois anos de idade, pois é possuidor de todos os elementos para o bom desenvolvimento nutricional do lactente.

A glândula mamária tem capacidade de se adaptar às necessidades do lactente, ou seja, muda as concentrações dos diferentes componentes para atender as necessidades do bebê (Unicef/OMS,1993). Sendo assim:

- As concentrações dos nutrientes encontram-se em quantidade adequada de enzimas, hormônios e fatores de crescimento;

- Apresenta importantes fatores de defesa além de agentes anti-infecciosos;
- A presença de ácidos graxos essenciais conduz ao melhor desenvolvimento visual, à maturação intestinal, levando à queda da prevalência da alergia intestinal;
- Menor índice de infecções devido à abertura da trompa de Eustáquio e drenagem da faringe;
- Menor morbi-mortalidade devido à prevenção da desnutrição energético-proteica.

2.1.3.1- Características do leite materno

Akré (1997) afirma que o leite materno e o colostro permitem a adaptação do recém nascido e sua independência bem sucedida na vida pós-natal.

Colostro

É um fluido amarelado, viscoso, encontrado nas células alveolares no último trimestre da gestação continuando a ser secretado por alguns dias após o nascimento. Contém menos lactose, gordura e vitaminas hidrossolúveis e mais proteína, vitaminas lipossolúveis e minerais. O volume secretado varia de 10 a 100 ml/dia com média de 30 ml, sendo que esse número aumenta gradualmente atingindo assim a composição de leite maduro 30 a 40 horas após o nascimento (Akré, 1997; Vinha, 1999).

Valdès et al. (1996) colocam que o colostro produz 54 Kcal/100ml, tem 2,9g/100ml de lipídios, 5,7g/100ml de lactose e 2,3g/100ml de proteínas, alta concentração de vitaminas lipossolúveis destacando-se o β -caroteno que confere sua cor amarelada, e IgA, lactoferrina, linfócitos e macrófagos os quais conferem uma condição protetora ao recém-nascido.

O colostro, além de alimento natural, é uma prescrição médica da natureza devido às altas concentrações de imunoglobulinas e fatores de proteção (Akré, 1997).

O autor explica que o bebê ingere o leite/colostró materno e as imunoglobulinas deste foram a mucosa intestinal do bebê, impedindo a aderência de bactérias, vírus, parasitas e outros patógenos.

O colostro é perfeitamente adaptado às necessidades do recém-nascido, portanto não há sobrecarga de seus rins.

Inferre-se que em mães de RNPT a descida do leite, ou seja, a apojadura, período onde é secretado o colostro pode ser retardada devido ao nível de estresse, pelas condições fisiopatológicas associadas à gravidez e ao parto e pelo longo intervalo entre a hora do parto e o início da ordenha.

Leite de transição

Valdès et al. (1996) refere-se ao leite de transição como o leite produzido entre o quarto e décimo quinto dia após o parto. Informa também que entre o quarto e o sexto dia há um aumento brusco da produção de leite que segue de forma crescente até atingir um volume estável, aproximadamente 600-700ml/dia entre o décimo quinto e o trigésimo dia após o parto. A composição do leite de transição varia com o decorrer dos dias, indo das características do colostro até o leite maduro.

Leite maduro

O leite maduro possui dezenas de componente e a sua composição varia entre as mães, em mamadas diferentes e até no decurso da mamada, nesse processo o bebê exerce papel fundamental na determinação da variabilidade do leite (Akré, 1997).

Para Valdès et al. (1996), leite maduro é o leite produzido como continuação do leite de transição, sendo a água, as proteínas, os carboidratos, os lipídios, os minerais e as vitaminas seus principais componentes. Seu volume médio é de 700 a 900ml/dia durante os primeiros seis meses pós-parto (Valdès et al.,1996)

A composição do leite sofre alteração ao longo da mamada, podendo ser observada conforme segue abaixo:

- **Leite de início da mamada** (ou fração solução) - corresponde à fase que congrega todos os constituintes hidrossolúveis como vitaminas, minerais, carboidratos, proteínas, enzimas e hormônios, podendo ser considerada o soro do leite (Almeida, 1999). A água é o principal componente desta fração e, portanto, sacia a sede do bebê. Este leite tende à coloração da água de coco podendo variar de azul-claro até verde escuro intenso, dependendo dos diferentes tipos de pigmentos solúveis no soro. É também conhecido como “*leite anterior*”.
- **Leite do meio da mamada** (ou fração suspensão) - corresponde à fase suspensa do leite humano contendo caseínas, cálcio e fósforo, que se encontram presentes na forma micelar, constituindo uma suspensão do tipo gel. Sua principal função é suprir as necessidades decorrentes do crescimento estrutural celular do lactente (Almeida, 1999). Devido à concentração de micelas de caseína, o leite tende a assumir a coloração branca opaca.
- **Leite do fim da mamada** (ou fração emulsão) - corresponde à fase lipídica do leite humano onde se concentram óleos, gorduras, ácidos graxos livres, vitaminas e demais constituintes. A gordura se apresenta na forma de glóbulos envoltos por membrana fosfolipoproteica, originado na célula alveolar materna. Constituem a principal fonte energética para o recém-nascido, suprimindo 50% de suas necessidades diárias. Tende a uma coloração amarelada devido ao aumento do conteúdo dos lipídeos (Almeida, 1999). É chamado de “*leite posterior*”.

2.1.3.2- Composição e propriedades do leite da mãe de prematuro

O leite humano apresenta uma composição extremamente dinâmica nas suas diferentes formas. Anderson et al.(1981) encontraram, no final de seus trabalhos, uma concentração de gordura, potássio e cálcio, além de proteínas, mais elevada no leite de

mãe de prematuro nas primeiras semanas de lactação; entretanto estas concentrações, com exceção das proteínas, diminuíram e se tornaram semelhantes às daquelas do leite do recém-nascido de termo até a quarta semana. As proteínas não apresentaram esta diminuição, mantendo uma concentração de 10% a 20% maior do que a do leite de termo, e de 20 a 30% maior na concentração de gordura, numa taxa calórica mais adequada para o prematuro.

Além dos benefícios nutricionais e imunológicos, o leite materno oferece ainda ao RNPT benefícios psicossociais e emocionais no processo de seu desenvolvimento.

As características do leite das mães de bebês prematuros têm sido amplamente estudadas e descobriu-se que este leite possui, nas primeiras quatro semanas, altas concentrações de nitrogênio e é rico em proteínas com funções imunológicas, lipídeos totais, ácidos graxos, vitamina A, vitamina D, vitamina E, cálcio; tem menor quantidade de lactose e tem mais energia, comparado ao leite de mães de neonatos a termo (Lamounier et al., 2001).

Ainda de acordo com os autores supracitados, os macronutrientes (cálcio, fósforo, magnésio, zinco e sódio) são mais abundantes e o leite possui também maior capacidade anti-infecciosa. Em relação aos componentes imunes Goldman e cols (1994) afirmam que a maioria está em maior concentração no leite das mães de prematuro, contribuindo para uma melhor proteção destas crianças contra infecções.

O Leite Humano é bastante vantajoso para o RNPT, pois oferece melhor proteção antioxidante. A incidência de qualquer infecção, inclusive enterocolite necrosante, sepse e meningite, é significativamente menor nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) alimentados com leite humano (LH) quando comparados àqueles que recebem exclusivamente leite artificial (Nascimento e Issler, 2004).

Goldman e cols (1994) relatam que quando a mãe fica no hospital com o RNPT durante a sua internação, ocorre a produção materna de anticorpos contra microorganismos nosocomiais da unidade neonatal, o que é importante para o recém-nato no que diz respeito à prevenção de infecção durante a permanência hospitalar.

O leite materno protege da alergia os prematuros com história familiar de atopia, principalmente no que diz respeito à incidência de eczema. Isso foi observado aos 18 meses de idade, quando aqueles bebês que receberam leite artificial apresentaram maior risco de desenvolver esse tipo de reação se comparados aos que receberam LH de Banco de Leite (Nascimento e Issler, 2004).

Estes mesmos autores informam que estudos comprovam que os ácidos graxos ômega 3 encontrados no leite da mãe de prematuros são essenciais para que haja um desenvolvimento normal da retina, em especial nos RNMBP. Assim, esses lipídios, juntamente com outras substâncias antioxidantes, como vitamina E, β -caroteno e taurina, poderiam explicar a proteção oferecida pelo LH contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade. Além disso, há vantagem no desempenho cognitivo em crianças nascidas prematuras alimentadas com LH (Nascimento e Issler, 2004).

Vinagre e Diniz (2001) referem que apesar das dificuldades de se estabelecer uma dieta ideal para o RNPT, o leite humano é ainda o alimento que fornece maiores benefícios, particularmente pela sua excelência de qualidade quer do ponto de vista nutricional, quer atuando como fator integrador das funções bio-psico-sociais ao RNPT. Acrescentam ainda que como marcador nutricional, o LH da própria mãe do RNPT tem sido reconhecido como *gold standard* na prevenção de doenças a curto e a longo prazo principalmente neste grupo de recém nascidos.

2.1.3.3- Vantagens do aleitamento materno

O aleitamento natural proporciona ao binômio mãe-filho e à sociedade benefícios, entre os quais podemos destacar:

- **Nutrição ótima**- nenhum substituto prove o aporte nutritivo do leite humano. Nenhuma fórmula oferece nutrientes em um grau máximo de biodisponibilidade, permitindo ao lactente um crescimento e desenvolvimento adequados até o sexto mês de vida em amamentação exclusiva (Valdès et al 1996);

- **Protege a saúde do lactente**- crianças amamentadas têm menor risco de morrer de enfermidades infecciosas e apresentam menor incidência e severidade de infecções tais como: infecções respiratórias, alergias, infecções por parasitas intestinais, diabetes juvenil, doença de Crohn e de linfomas. O risco de enterocolite necrosante em recém-nascidos prematuros é menor (Valdès et al 1996);

- **Desenvolvimento maxilofacial e prevenção da cárie**- lactentes alimentados ao seio têm melhor desenvolvimento dos arcos dentários, do palato e de outras estruturas faciais e apresentam menor incidência de cáries do que lactentes que receberam mamadeiras (Valdès et al 1996);

- **Desenvolvimento intelectual**- bebês aleitados são mais ativos, apresentam melhor desenvolvimento psicomotor, melhor capacidade de aprendizado e menos transtornos de linguagem que os alimentados com fórmulas lácteas (Valdès et al 1996);

- **Favorece a relação mãe-filho**- a amamentação bem sucedida significa para a mulher satisfação em seu papel de mãe, o que reforça o seu vínculo com o bebê (Valdès et al 1996);

- **Beneficia a saúde materna**- a amamentação contribui para adequada retração uterina no pós-parto, diminuindo a perda sanguínea, o que junto com a amenorréia lactacional protege as reservas de ferro, associa-se também com menor risco de câncer de ovário, câncer de endométrio e de câncer de mama na pré-menopausa (Valdès et al 1996);

- **Aumenta o intervalo entre as gestações**- A amenorréia da lactação exclusiva oferece uma proteção de 99% frente a uma nova gravidez durante os primeiros seis meses pós-parto (Valdès et al 1996);

- **Economia de recursos** - constitui importante poupança de recursos para a família, para a sociedade e para os serviços de saúde. Determina menor gasto de recursos em hospitalização, medicamentos e atenção profissional (Valdès et al 1996);

2.1.4- Aspectos emocionais que envolvem o nascimento prematuro

2.1.4.1- Gestação e nascimento

Camarotti (2000) nos fala que mesmo antes de nascer o bebê já existe no inconsciente materno e que, durante a gravidez, o bebê é vivido psiquicamente como parte do seu corpo sendo chamado de “bebê imaginário”, portador dos sonhos e desejos maternos.

Para compreender e satisfazer as necessidades do feto e recém nascido durante e depois da gravidez, a mulher sofre mudanças tanto biológicas como psíquicas, visando o bem estar e equilíbrio de ambos. Winnicott (1994) denominou este estado de regressão narcísica de “*preocupação materna primária*”, que possibilitará a mãe amar e nutrir seu bebê sem se sentir libidinalmente vazia.

Para Winnicott (1994), as mães são capazes de se colocar no lugar do bebê desenvolvendo uma capacidade de identificação com ele que permite perceber as necessidades básicas do recém-nascido de uma forma que máquina alguma seria capaz.

Durante a gestação, a mulher vai integrando o feto à sua imagem corporal e, com o nascimento, vai ter de integrá-lo psiquicamente como um ser separado, sendo o estado narcísico e fusional da gravidez interrompido pelo parto (Camarotti, 2000).

Camarotti (2000) relata, citando Thérèse Benedeck³, psicanalista francesa, que o traumatismo causado por esta separação é amenizado pelo processo da *maternagem* que, segundo Mello Junior (2003), é o processo de *criação dos vínculos* afetivos entre pais e filhos, pois mesmo depois do nascimento há a continuidade da “gestação psíquica” em que a mãe, através da capacidade de “*revèrie*”⁴, funciona como organizadora psíquica para o seu bebê. É através da amamentação e de outros cuidados dispensados que essa

³Benedeck T

⁴*Revèrie* - atitude que a mãe adota a fim de ser um continente adequado para as projeções do bebê, de estar psicologicamente à sua disposição, empática às suas necessidades.

relação é reestabelecida. Ao pegar o bebê e colocá-lo no peito a mãe oferece suporte psíquico e corporal simultâneos.

Segundo Brazelton (1988, p.32)

“... ao longo de toda a gravidez, o feto está tendo experiências e sendo moldado pelas experiências da mãe à medida que se move. Em resposta a estas experiências, sua atividade dá a mãe o” feedback “que lhe diz como o bebê reage dando, talvez, uma idéia de como o filho é, começando a moldá-la também”.

O autor acima ainda complementa sua afirmação ao dizer que a mãe, quando ainda não está pronta para compartilhar seu bebê com outras pessoas e a separam dele, seu sentimento de competência e a importância para o bebê são diluídos.

Klaus e Klaus (2001) dizem que mãe e feto vão se conhecendo de diversas maneiras e a forma do pai participar desta interação é colocando as mãos sobre a barriga da mãe, criando imagens visuais do bebê na tentativa de conectar-se a ele e sentir-se participante e não apenas espectador. O compartilhar de sentimentos e a compreensão do desenvolvimento complexo do futuro bebê faz parte do caminho de se tornar pai e mãe.

Para Winnicott (1994), a saúde mental da criança é construída desde o início pela mãe, proporcionando um ambiente facilitador, ou seja, criando fundamentos da força de caráter e da riqueza de personalidade futura.

Nos nascimentos de bebês prematuros, geralmente a família não está preparada para este acontecimento e gera uma situação estressante e ansiogênica. A separação da mãe e filho logo após o nascimento, decorrente da necessidade do bebê ser submetido a cuidados especializados na UTI Neonatal, leva a família à incerteza da sua sobrevivência (Padovani, 2004).

Além disto, ocorre a distorção da “imagem do bebê ideal” criado pela família quando se depara com a imagem real do bebê prematuro, sendo necessário reorganizar o quadro imaginário e adequá-lo à imagem do bebê pequeno e frágil (Padovani, 2004).

Para Brazelton (1988), os pais trabalham contra a "reação de luto", reação esta causada pela perda do bebê perfeito que esperavam e lamentam os defeitos no bebê que produziram, culpando-se a si mesmos.

Maldonado (1989) afirma que os temores do nascimento de um bebê prematuro ou malformado sempre estão presentes em maior ou menor grau e, quando esta situação realmente acontece, gera na família o susto pelo inesperado, frustração de não poder sair do hospital com o bebê no colo e, também, o medo de que ele não sobreviva. Os familiares vivem então um anticlímax, passando da preocupação à esperança, do ânimo ao desalento.

De acordo com Klaus e Kennell (1993), o apego é de extrema importância para a sobrevivência e para o bom desenvolvimento da criança, visto que esse laço inicial entre pais e recém-nascido (RN) é fonte de todas as ligações subseqüentes da criança e que o caráter deste apego influenciará a qualidade de todos os laços futuros com outros indivíduos.

O apego, contudo, não é algo instantâneo, mas sim um processo que se desenvolve com o tempo e que precisa de mecanismos que garantam a sua sobrevivência.

Ao nascer, o RN prematuro ou com baixo peso é levado para longe da mãe, para um tratamento intensivo que possibilite sua recuperação. No entanto, essa separação causa danos tanto para o bebê quanto para a mãe, uma vez que a relação de apego é abalada (Ferreira, 2003).

A mãe, por um lado, fica insegura e ansiosa por não poder cuidar do seu filho, e a criança sente falta da segurança e apego que lhe foi transmitido pela mãe durante a gravidez. Este fato pode causar danos à mãe uma vez que, ao se sentir incapaz ou insegura para cuidar do filho, se afasta perdendo ou esfriando o sentimento de apego pela criança, acabando por não acreditar na recuperação deste e abandonando-o (Brazelton, 1988).

Brazelton (1988, p.69) revela que nos casos de bebês prematuros:

“O desenvolvimento do apego é menos calmo e suave, mas não existem razões para que o resultado eventual não seja bastante gratificante”.

O esforço dos pais para superar as dificuldades pode ser um grande passo para o apego. Para o autor supracitado, a elaboração dos sentimentos de tristeza e culpa pelos pais e o desenvolvimento futuro destes bebês poderia ser claramente favorecido se os pais pudessem se relacionar com o bebê antes de levá-lo para casa.

Para um melhor entendimento de *vínculo e apego* uma definição foi buscada e que, segundo Kennell e Klaus (1998), é a seguinte: vínculo refere-se à ligação emocional dos pais em relação ao filho, trata-se de um relacionamento único entre duas pessoas que é específico e persiste ao longo do tempo; apego, em geral, é usado para a ligação da criança aos pais.

Kennell e Klaus (1998, p.12) dizem que:

“O apego ou vínculo dos pais com o bebê começa durante a gravidez e aumenta um pouco após o nascimento. O vínculo daqueles que cuidam, geralmente mãe e pai, com a criança é crucial para a sua sobrevivência e desenvolvimento”.

As primeiras horas após o nascimento podem ser consideradas como vitais para a interação entre mãe e filho, porém não se deve esperar que os pais produzam um sentimento amoroso instantâneo pela criança (Kennell e Klaus, 1998).

Ferraris (2005) relata que *Konrad Lorenz e Eckhard Hess*⁶, dois célebres estudiosos do comportamento animal (Etologistas), são os responsáveis pela identificação da *estampagem (imprinting)* que consiste num mecanismo geneticamente determinado que liga à mãe, recém nascidos de diversas espécies animais e que se caracterizam por um desenvolvimento cerebral precoce sendo o exemplo dos patos o mais famoso. No caso dos patos, os patinhos, ao longo de 24 horas a 28 horas de vida, já conseguem caminhar e seguem instintivamente a silhueta da mãe; apegam-se à mãe, a qual se torna o seu ponto de referência. Este fenômeno existe com modos e tempos diferentes, também nos mamíferos.

⁶Lorenz K.Os fundamentos da etologia.Ed. Unesp, 1993.

De acordo com Bowlby (1990), ocorrem três fases no desenvolvimento do apego. A primeira fase é determinada desde o nascimento até os três meses de vida, na qual a criança necessita do colo e manipulação, não conseguindo demonstrar preferência pelo agente cuidador (fase pré-apego); já em seguida, a criança começa a dar preferência pelas figuras familiares, não sendo necessariamente a mãe (fase da gênese do apego); aos seis meses inicia-se a fase do apego propriamente dita, a qual caracteriza-se pela insistência da criança em ser cuidada pela mãe ou cuidador principal.

Em relação ao vínculo/amor materno, Badinter (1985) diz que por muitos séculos houve um comportamento de rejeição da maternidade pelas mulheres, pois o amor materno não tinha valor nenhum, sendo considerado muitas vezes como um sentimento vulgar. Segundo a autora, foram as francesas as primeiras a confiar seus filhos legítimos às amas e esta prática foi imitada de forma generalizada em meados do século XVIII em alguns países da Europa.

Assim, era comum confiar a criança a uma ama-de-leite e as crianças passavam os primeiros dois ou três anos em estreito contato com a babá e, portanto estabeleciam com ela uma relação mais próxima, afetuosa e significativa do que a que conseguiram ter, mais tarde, com os próprios familiares.

Badinter (1985) esclarece também que ocorreram grandes mudanças durante os anos em relação ao valor do papel materno e o lugar da mulher na família e sociedade, as quais foram atreladas ao cumprimento das funções de mãe. A figura materna adquiriu grande importância na medida em que a mãe assumia pessoalmente o cuidado com os filhos. As relações afetivas passaram então a ser vistas como essenciais para o desenvolvimento da criança e o amor materno era presença natural entre o relacionamento entre mãe e filho. Para a autora, este é um sentimento socialmente construído e não instintivo;

“... ele pode existir ou não, ser e desaparecer, mostrar-se frágil ou forte, preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História” (Badinter, 1985, p.367).

Acredita-se que, desde a concepção, a mãe constrói um sentimento de ternura pelo bebê que está sendo gerado e este sentimento deverá amadurecer após o nascimento onde, provavelmente, o aleitamento colaborará para a formação deste vínculo afetivo.

Os pais submetidos ao estresse emocional severo, segundo Cecchetto (2005), mostram-se tristes devido aos problemas que vislumbram e costumam expressar baixo nível de estímulo e de resposta ao filho doente mesmo que lhes sejam permitidos a permanência na Unidade Neonatal.

Brazelton (1988) esclarece que os pais podem passar por cinco estágios antes de verem o bebê como seu, de terem confiança em se relacionar com ele:

- No primeiro estágio, os pais se relacionam com o bebê através das informações fornecidas pela equipe médica sobre os relatórios médico-laboratoriais, tomam coragem à medida que estes índices melhoram, ou se sentem arrasados, se diminuem;
- No segundo, os pais se encorajam quando observam os movimentos dos bebês, na maioria das vezes provocados pela equipe cuidadora;
- No terceiro estágio, os movimentos mais responsivos do bebê são observados como, por exemplo, agarrar o dedo do médico ou virar-se em direção à voz de alguém;
- O penúltimo estágio começa quando o bebê é tocado e ele se move em direção ou para longe ou quando se vira em direção de uma voz, quando o acariciam e ele se acalma;
- O quinto e último estágio é aquele em que os pais ousam pegá-lo, segurá-lo ou mesmo alimentá-lo, tendo neste ponto adquirido um vínculo com o bebê.

Para o autor estes estágios são importantes para que desapareça a idéia que os pais têm de que o bebê é um objeto amedrontador e frágil e que eles próprios são perigosos a esta criatura. Quando essa idéia desaparece, os pais estão prontos para levar o bebê para casa, prontos para criá-lo.

Scochi (2003) acredita que a separação entre pais e filhos devido à internação, gera sentimentos contraditórios como culpa por se sentirem responsáveis pelo sofrimento do filho ao mesmo tempo em que manifestam esperança e resignação.

Se a mãe que tem seu bebê internado não for estimulada a ter um contato com o filho, seu sentimento materno pode ser “adiado”, visto que a mãe tem medo de cuidar da criança por receio de machucá-la. Tal medo é agravado pelo fato de a UTIN ser um ambiente hostil que provoca uma impressão de maior fragilidade do RN (Ferreira, 2003).

Com isso, muitas mães conformam-se em deixar os cuidados maternos para a figura da enfermeira, quem a mãe julga ter maior competência para cuidar do seu filho, sem colocá-lo em maior risco. As mães pensam que as enfermeiras podem oferecer um melhor atendimento materno para seus filhos e, com essa impressão, surge um sentimento de inferioridade (Klaus e Kennell, 1993).

Acreditamos que a equipe de profissionais tem relevante papel no sentido de fazer com que a mãe se sinta importante para a recuperação do seu filho, sendo este um fator imprescindível para o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê.

Padovani (2004) cita estudo realizado com o objetivo de identificar a presença de sintomas de ansiedade, disforia e depressão em nível clínico em um grupo de mães de neonatos pré-termo de muito baixo peso durante a hospitalização em UTIN e após a alta hospitalar. O autor concluiu que 44% das mães apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão, sugestivos de problemas emocionais que demandam cuidados dispensados a esse grupo de mulheres na área de Saúde Mental. Após a alta hospitalar dos bebês, houve uma redução significativa do número de mães que apresentaram escores indicativos de sintomas de ansiedade, disforia e/ou depressão (Padovani, 2004).

Maldonado (1989) refere que, na maioria das vezes, surge inconscientemente o sentimento de incapacidade, culpa e inadequação por ter “expulsado” o filho antes da hora. Este sentimento de insuficiência pode refletir também no medo de não produzir leite e não conseguir amamentar o filho.

É frustrante para uma mãe não poder pegar o seu bebê no colo e muitas ficam amedrontadas quando é possível tocá-lo dentro da incubadora. Este medo se justifica pelo ambiente da UTIN, pela sua auto-estima afetada e pela falta de confiança na capacidade de criar seu filho (Scochi, 2003).

Para Maldonado (1989, p.43) existe um certo medo de desenvolver sentimentos amorosos pelo bebê pelo medo de ligar-se a ele e vir a perdê-lo:

“O sentimento de despreparo para enfrentar uma internação prolongada do neném é quase uma constante”.

Podemos perceber que a manifestação de um certo desinteresse pode estar associada ao sentimento de perda, ou seja, uma forma de enfrentamento da situação, uma couraça sentimental, valendo mais a pena não se apegar para não sofrer depois.

Esta mulher está desejando simplesmente ser mãe, pois uma mulher só será verdadeiramente feliz e plenamente realizada sendo uma boa mãe. E para ser uma boa mãe basta deixar fluir seu imenso amor, isento de todas emoções negativas:

“(...) a mãe deve ser alegre, feliz, tranqüila, serena, ajustada, sem hostilidades, angustias ou conflitos - conscientes e inconscientes - atenta às mínimas inquietações que a afligem, para saná-las imediatamente. Só assim terá condições de compreender e adequar-se às diversas etapas do desenvolvimento físico e psicológico do filho”
(Novelino 1988, p.28).

Há uma forte vinculação entre o significado de ser mulher e de ser mãe, sendo que a maior expectativa dirigida à mulher ainda é a de que seja mãe e, em contrapartida, a mulher parece precisar ser mãe para poder se sentir mais “mulher”.

Abrir mão da maternidade pode significar abrir mão de parte importante, se não crucial, da própria identidade (Stasevskas, 1999).

2.1.4.2- Aspectos físicos (biológicos) do prematuro

Segundo a OMS, recém-nascido pré-termo (RNPT) é a criança nascida antes de completar 37 semanas de idade gestacional. Os bebês são classificados de acordo com a idade gestacional, com o peso e com a adequação do peso de nascimento à idade gestacional (Calil, 1996).

A Idade gestacional determina três grupos distintos, sendo eles:

- **Prematuridade Limítrofe-** inclui os RN-PT com idade gestacional entre 35 e 36⁶⁷ semanas, peso entre 2.200g e 2.800g, comprimento ao redor de 45cm a 46cm e perímetro cefálico de aproximadamente 32,5cm. Constituem cerca de 65% dos RN-PT nascidos vivos. Os bebês que se enquadram neste grupo podem apresentar debilidade de sucção, instabilidade térmica, desconforto respiratório e infecções no período neonatal. Este grupo geralmente apresenta baixo índice de mortalidade (<1%).
- **Prematuridade moderada-** RN-PT com idade gestacional entre 30 e 34⁶⁷ semanas, sendo que o peso de nascimento pode oscilar entre 1.600 e 2.300g e o comprimento pode variar de 39 a 44cm; o perímetro cefálico mede de 29cm a 32cm. As complicações mais comuns são as respiratórias, podendo apresentar membrana hialina e crises de apnéia (asfixia perinatal que costuma ser mais grave quanto menor for o peso do bebê), acidose metabólica tardia, dificuldade na sucção e hiperbilirrubinemia.
- **Prematuridade extrema-** RN-PT com idade gestacional inferior a 30 semanas e peso menor que 1.500g, sendo que o comprimento e perímetro cefálico do recém-nascido costumam ser inferiores a 38cm e 29cm, respectivamente. As intercorrências mais comuns costumam ser as mesmas da prematuridade moderada, porém com maior gravidade em virtude da sua imaturidade. Além das intercorrências descritas, os bebês podem apresentar também enterocolite necrotizante, distúrbios metabólicos, hemorragia intracraniana, persistência do canal arterial, infecções congênitas ou adquiridas, raquitismo da prematuridade, entre outras. Muitos bebês prematuros sobreviventes podem apresentar seqüelas, tendo sua qualidade de vida prejudicada.

De acordo com o peso de nascimento, os bebês distinguem-se em dois grupos:

- Recém-nascidos de muito Baixo Peso (RN-MBP)- peso de nascimento inferior a 1.500g e idade gestacional inferior a 34 semanas.
- Recém-nascidos de muitíssimo Baixo Peso (RN-MMBP)- peso de nascimento inferior a 1.000g e idade gestacional inferior a 34 semanas.

De acordo com a adequação do peso de nascimento à Idade gestacional, os recém-nascidos são classificados em 3 categorias, conforme segue abaixo:

- RN-PT Adequados para a idade gestacional (RNPT-AIG)- aqueles cujo peso está situado entre os percentis 10 e 90 para sua idade gestacional.
- RN-PT Pequenos para a idade gestacional (RNPT-PIG)- aqueles cujo peso de nascimento situa-se abaixo do percentil 10 para sua idade gestacional, sendo portadores de retardo de crescimento intra-uterino.

A prematuridade e o baixo peso constituem importantes causas básicas ou associadas da mortalidade perinatal, neonatal e infantil; quanto menor for a idade gestacional e o peso ao nascer, maior será o risco de morbimortalidade, ocorrendo riscos na adaptação da vida extra-uterina devido à imaturidade dos órgãos (Scochi, 2003).

Vinagre e Diniz (2001) afirmam que, no prematuro, a atividade esofágica organizada só se desenvolve a partir da 34^a semana, mas após o nascimento ocorre uma fase de adaptação com mudanças nas estruturas e funções intestinais e também no metabolismo intermediário. Alguns hormônios, como o cortisol e a tiroxina, atuam na maturação do intestino e a alimentação enteral mostra ser a chave para esta adaptação no período pós-natal.

Reforçam a idéia que, atualmente, além da nutrição parenteral, está sendo introduzida a nutrição trófica para o prematuro, que é a introdução precoce de leite em quantidades mínimas por gavagem, sendo que esta nutrição supre mais de 80% das necessidades calóricas do bebê.

A nutrição trófica ou enteral mínima tem a função de preparar o trato gastrintestinal para o início da alimentação da criança, que na maioria das vezes é realizada através da gavagem. A presença de leite na luz intestinal desenvolve a sua mucosa, a maturação da atividade motora e a secreção de hormônios reguladores (Vinagre e Diniz, 2001). Diante disto nos convencemos da importância do profissional bem treinado para ajudar a mãe na extração de seu leite, pois, como foi exposto acima, o bebê levará um tempo para sugar do peito o leite da sua mãe, o qual será importante para a realização da nutrição trófica.

Os bebês prematuros estão sujeitos à infecção e a problemas respiratórios durante o período de internação que geralmente é prolongado, apresentando oscilações entre melhora e piora, momentos em que a vida fica por um fio. E os sentimentos dos pais acompanham estes altos e baixos (Maldonado, 1989).

Para sobreviver, um recém-nascido precisa de alguém que cuide dele e não que apenas alimente-o e o mantenha limpo. É necessário também alguém para lhe transmitir, com sua presença e interações, segurança e otimismo. Para Ferraris (2005), a proximidade, o contato físico e a voz são os veículos por meio dos quais o sentido de segurança e o bem estar psicológico da criança é alimentado.

Ferraris (2005) nos fala também sobre a evolução da espécie, que teve que prover a criança de uma organização cerebral, que favorece um apego precoce em relação à mãe que é um adulto em condições de amamentá-lo, e também a tornou capaz de ativar os sentidos da mãe a seu favor. O choro do bebê faminto tem o efeito de ativar fisicamente a mãe e predispô-la a amamentar. No sistema neurovegetativo materno, predominantemente no hipotálamo, verificam-se alterações que modificam a temperatura corpórea e estimulam a secreção láctica.

Sobre este assunto, Winnicott (1994) diz que por mais que os profissionais de saúde tenham boa vontade, não podem saber tanto quanto a mãe qual a necessidade imediata do bebê. E ele não se refere apenas às questões dos cuidados, mas sim a uma necessidade muito sutil que só o contato humano pode satisfazer como, por exemplo, ouvir os batimentos cardíacos de um adulto, sentir o cheiro da mãe ou do pai ou até ouvir os sons que há no meio ambiente.

Camarotti (2000) relata que *Éster Bick*, psicanalista inglesa, criadora do “Método de observação de Bebês” através de observações minuciosas de bebês, formulou sua hipótese sobre a “pele psíquica”, na qual ela sugere que nos primeiros tempos de vida o bebê encontra-se em estado de não integração, sendo que diversas partes do psiquismo ainda não são diferenciadas das partes do corpo, faltando uma força de coesão que assegure esta ligação. A pele funciona como limite, mantendo a coesão destas partes.

O bebê precisa de um objeto exterior que ampare e prenda sua atenção e que ele vivencie como algo que una as diversas partes da personalidade. O objeto ótimo é o mamilo na boca junto à mãe que o sustenta, que lhe fala e emana o cheiro familiar (Camarotti, 2000).

Segundo Camarotti (2000), os bebês hospitalizados estão expostos a uma sobrecarga de excitação e de sensações desprazerosas que exacerbam suas angústias primitivas, os quais, como defesa, apresentam a necessidade de se “auto agarrar”, “auto conter”, pela formação de dorso duro, de contraturas das extremidades e fixação do olhar a um ponto luminoso, sendo estes sinais de sofrimento psíquico do bebê.

O desenvolvimento da tecnologia para dispor o melhor recurso para a assistência aos bebês surgiu pela primeira vez no ano de 1907 com o francês Pierre Budin, médico obstetra, considerado o primeiro perinatologista e autor do primeiro texto de neonatologia. Foi o idealizador e o primeiro a usar incubadoras de vidro que permitiam à mãe visualizar o bebê, ficando atenta as suas necessidades enquanto estavam internados, possibilitando a relação de apego e estimulando a lactação e a amamentação (Klaus e Kennell, 1993).

Segundo Javorsky (1997), o incentivo da permanência das mães junto aos seus filhos, feito por *Budin*, foi sendo proscrito por seus sucessores, porém o desenvolvimento de vários estudos, acrescidos dos avanços na área da epidemiologia, psicossomática, fisiologia aplicada ao comportamento e do controle das doenças infecciosas, trouxeram mudanças reintroduzindo os pais na UTIN sem ocasionar aumento na infecção.

Para a autora, foi necessário muito sofrimento de pais e bebês para que se percebesse que não bastava a intervenção no corpo biológico, portanto a assistência deveria ser complementada com o atendimento à dimensão do ser humano através da assistência humanizada.

Javorsky (1997) fala da importância da presença dos pais nas unidades de internação para que conheçam o filho, para que iniciem o mais precocemente possível a relação de apego com ele e para que aprendam a cuidar dele.

O RN internado na UTI, além da privação materna, sofre inúmeros estímulos mecânicos que dificultam sua organização fisiológica ao meio externo, submetendo-o a uma condição estressante. Diante disso, autores como Brazelton (1988), Klaus e Kennell (1993), Tamez e Silva (1999) afirmam que este estresse do RN pode ser amenizado mediante aproximação dos pais no período de hospitalização.

Essa aproximação, contudo, deve ser gradativa, já que os pais apresentam-se ansiosos e muitas vezes confusos por causa da condição do filho e necessitam de um preparo psicológico prévio, uma vez que há um desgaste emocional muito grande com a vivência dessa situação (Klaus e Kennell, 1993).

Segundo Tamez e Silva (1999), algumas intervenções são importantes para promover a interação dos pais com o RN na UTI Neonatal. É necessário mostrar o RN aos pais após o nascimento, antes de transferi-lo para a UTI e também explicar aos pais como funcionam os equipamentos envolvidos nos cuidados com o RN, informando sobre o que está ocorrendo. Nas visitas, deve-se procurar dirigir a atenção dos pais aos filhos, ao invés dos equipamentos, bem como promover aos pais horários flexíveis de visita e incentivá-los a trocarem o RN explicando a forma correta de fazê-lo sem o estresse do mesmo. É de igual importância explicar aos pais as formas de comunicação do RN e envolvê-los nos cuidados básicos como, por exemplo, na troca de fralda ou na gavagem; incentivar e promover o contato pele a pele assim que o RN esteja estável, incentivar o aleitamento e promover o envolvimento e o aprendizado dos pais nos cuidados mais complexos também torna-se imprescindível.

Para Klaus e Kennell (1993), algumas observações foram feitas no sentido de comprovar a eficácia da participação dos pais no cuidado ao RN, onde se concluiu que há diferenças entre as mães recebidas na UTI e aquelas excluídas. Aquelas que entraram, mostraram um comprometimento com o filho e também mais confiança em suas capacidades como mães e habilidades de estimulação e atendimento ao filho.

Os autores citam ainda que se um prematuro é tocado, embalado, acariciado ou trazido ao colo diariamente, durante a hospitalização, ele apresenta menos períodos de apnéia, ganho de peso aumentado, menos liberação de fezes e um avanço em algumas áreas de funcionamento do sistema nervoso central (SNC).

Estudos realizados por Codo (2002), Scochi (2003), Nascimento e Issler (2004), Javorski (2004) entre outros, abordam as dificuldades apresentadas pelas mães dos prematuros e sugerem algumas medidas que visam minorar os danos causados pela separação entre mãe e filho dentre elas a Metodologia Mãe Canguru, que poderá contribuir sensivelmente para que este processo ocorra.

2.1.5 - Facilitador do vínculo mãe-bebê e lactação: Método Mãe-Canguru

Como já foi citado, o Método surgiu em 1979 em Bogotá na Colômbia, idealizado pelo médico Edgar Rey Sanabria e desenvolvido por Hector Martinez Gómez. Na época não havia incubadoras e profissionais em quantidade suficiente e colocava-se de dois até três bebês juntos na mesma incubadora, contribuindo para a elevação da mortalidade por infecções cruzadas (Caetano, 2004).

Esta estratégia trata-se de um dos mais recentes esforços para humanizar a atenção perinatal refletindo em uma mudança de atitude no que diz respeito à manipulação do recém nascido prematuro, que necessita de atenção especial e de sua família. Porém, segundo Cecchetto (2004), esta estratégia não pode ser proposta como substituição aos tratamentos proporcionados pela Unidade de Cuidados Intensivos e nem ao uso da incubadora.

É uma forma de intervenção que conta com a presença de um adulto no hospital, geralmente a da própria mãe para acompanhar a criança prematura e/ou de baixo peso durante a sua internação fornecendo-lhe calor pelo contato da pele.

No Brasil a implantação do Método Canguru foi normatizado pela Portaria nº 693 em 5/7/2000 pelo Ministério da Saúde, destinado a promover a atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso, devendo ser utilizada pelas unidades médico hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na qual é ressaltado que o desenvolvimento adequado dos recém nascidos pré-termo é determinado pelo equilíbrio entre o atendimento das necessidades biológicas, ambientais e familiares sendo que várias adaptações tanto na abordagem técnica quanto de posturas deverão ser realizadas para atender o que preconiza esta norma, que é a humanização do atendimento (Brasil,2000).

A norma define “Método Canguru” como um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre mãe e recém nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. O bebê, ligeiramente vestido, é colocado em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto (Brasil, 2000).

O método é dirigido aos bebês cujo peso ao nascer seja inferior ou igual a 2000g e tem como princípio a alta precoce para casa, desde que seu estado geral seja estável, esteja ganhando peso e mantendo o contato pele a pele com a mãe.

O método apresenta diversas vantagens sendo elas: o aumento do vínculo mãe-filho, a diminuição da separação mãe-filho evitando longos períodos sem estimulação sensorial, o estímulo ao aleitamento materno favorecendo uma maior frequência, a precocidade e a duração da amamentação. Proporciona maior competência e amplia a confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso mesmo depois da alta hospitalar, favorece melhor controle térmico, diminui número de RN em cuidados intermediários, propicia melhor relacionamento da família com a equipe, redução da permanência e da infecção hospitalar (Brasil, 2000).

Este método é desenvolvido em três etapas:

A **1ª etapa** é desenvolvida na UTIN onde o acesso aos pais é estimulado de maneira livre e precoce propiciando, sempre que possível, o contato tátil com a criança. Nas situações nas quais as condições clínicas do bebê permitir deverá ser iniciado o contato pele a pele direto entre a mãe e a criança progredindo até a colocação do RN sobre o tórax da mãe ou do pai (Brasil, 2000).

Na **2ª etapa** o recém nascido já se encontra estabilizado e terá o acompanhamento contínuo da sua mãe permanecendo juntos em enfermaria conjunta onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, sendo essa etapa um pré-estágio para a alta hospitalar (Brasil, 2000).

É também critério de elegibilidade para esta etapa a estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1250g e ganho diário maior que 15g.

São critérios para a **3ª etapa**, ou seja, para a alta hospitalar, segurança materna para os cuidados com o bebê, motivação e compromisso para a realização do método por 24horas/dia, garantia de retorno à unidade de saúde de maneira freqüente, peso mínimo de 1500g, sendo que a criança deverá estar com sucção exclusiva ao peito, ganho adequado de peso nos 3 dias que antecedem a alta hospitalar, e condições de recorrer à unidade hospitalar em caso de intercorrências (Venâncio e Almeida,2004).

Esta etapa se dará no ambulatório de acompanhamento e é a criança que determinará o tempo de permanência em posição canguru. De um modo geral isso ocorre quando a criança atinge a idade gestacional compatível com o de termo ou o peso de 2000g (Brasil, 2000).



Figura 6- Método Mãe Canguru - foto extraída do site: www.metodocanguru.org.br/

O MMC é uma tecnologia simples, segura, econômica e vantajosa, adaptável à países desenvolvidos e em desenvolvimento sendo possível estabelecer uma estreita relação entre o método e a humanização da assistência, onde o contato pele a pele exerce papel essencial no apego e formação do vínculo afetivo entre mãe, pai e filho (Cecchetto,2005).

Toma (2003) realizou estudo com mulheres-mães jovens e concluiu que o MMC traz muitos benefícios ao bebê prematuro e/ou de baixo peso ao nascer, e às famílias. Refere que o método propicia a participação efetiva dos pais, desde o início da vida, favorecendo a criação e o fortalecimento do vínculo, bem como a possibilidade de elaborar

arranjos mais favoráveis para o cuidado da criança. Porém, a autora afirma que o sucesso do Programa Canguru depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva.

No artigo publicado por Pereira (2002), enfermeira neonatologista do Hospital Universitário de Santa Catarina, em que relata falas de mães que participaram do programa, verificou-se que as mães perceberam melhoras nos seus filhos quando ficaram em contato com elas; maior disposição para cuidar do filho e acreditavam na sua recuperação; desenvolveram mais a lactação; perceberam que seus filhos se acalmavam quando em contato com elas; maior segurança quando estavam com os filhos e também pelo suporte técnico oferecido pela equipe; e segurança da família para participar na recuperação do RN.

Segundo Wheeler et al. (1999), em um estudo em que tiveram como sujeitos 41 RNs prematuros, constataram que a amamentação ao seio materno foi ativada com o uso do método mãe-canguru, foi possível observar nesses RNs uma maior estabilidade e melhores condições em situações estressantes e também uma maior estabilidade quanto à alimentação.

Em estudo realizado por Andrade e Guedes (2005) com 30 RNs observou-se que houve melhora significativa em relação ao estado comportamental, sinais de estresse, coordenação e ritmo de sucção em bebês inseridos no método Mãe-Canguru comparados com método tradicional. Foi verificado também menor tempo de permanência hospitalar.

Além disso, O MMC poderá também, preparar a mulher-mãe para cuidar do seu bebê em casa, pois terá oportunidade de aprender a lidar com o pequenino e identificar suas necessidades. No entanto, para que o método tenha sucesso, a família deve ser estimulada e orientada quanto à sua participação e, nesse sentido, o papel da enfermagem é de grande relevância, visto que pode auxiliar e apoiar os pais na realização dos cuidados com seu filho.

A equipe, que atende essa idade deve ser bem treinada e ciente da importância do método. Para isso, devem demonstrar grande disponibilidade em relação às famílias, já que é necessário repetir muitas vezes as mesmas coisas, assim como responder às suas preocupações e angústias (Tamez e Silva, 1999).

Uma das preocupações freqüentes das mães quando realizam o MMC e iniciam a estimulação da sucção do bebê no peito é com a quantidade de leite que está produzindo. É importante acompanhar este processo e oferecer alternativas para o aumento da produção do leite como, por exemplo, a utilização da técnica de “relactação” Essa técnica consiste em adaptar uma sonda nasogastrica ou uretral nº 4 ou 6 à uma seringa, sem o êmbolo, preenchida com leite humano pasteurizado (de preferência). Deve-se fixar a extremidade da sonda próxima ao mamilo da mãe de forma que o coloque juntamente com a sonda dentro da boca do bebê para que este sugue estimulando a lactação ao mesmo tempo em que retira o leite que está na seringa (Fig.7). É importante que a seringa seja mantida na altura da mama, pois se estiver em nível mais elevado o leite fluirá em grande quantidade para a boca do bebê com o risco dele engasgar (Unicef/OMS, 1993).



Figura 7- Relactação - foto extraída: www.ecof.org.br/destaques/down/relacta.html

2.1.6- A rede de apoio social

A manutenção da produção láctea por um tempo prolongado, sem estímulo tátil ou de sucção do bebê requer da mulher-mãe esforços que muitas vezes estão além das suas possibilidades. Durante este processo pelo qual está passando é imprescindível que possa contar com uma rede de suporte social.

Rede social é um sistema composto por "...vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto)" (Lewis, 1987, p. 443-444), que oferecem apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades. Apoio instrumental é entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de

responsabilidades, em geral, e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro e, também, a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo (Craig & Winston, 1989).

Várias são as pessoas que oferecem suporte à família e ao indivíduo, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida daqueles beneficiados (Lewis, 1987). Dentre elas, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional, portanto, os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes, como se tornar pai ou cuidar de alguém doente por muito tempo; para o alívio dos estresses físico e mental (Dessen e Braz, 2000).

Para Sluzki (1997, p.41-42):

“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 indivíduos 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.”

Codo (2002) refere que o ambiente social/familiar tem sido associado por muitos autores à satisfação na vida e no trabalho, acrescenta que a qualidade do suporte social percebido pode funcionar como continente e proteção contra os estressores na vida do indivíduo.

A autora afirma 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.

As pessoas que compõem a rede social de apoio e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sócio-cultural, o tempo histórico e o estágio de desenvolvimento do indivíduo e da família enquanto grupo. Um dos momentos em que se verificam alterações nesta rede social é quando a família passa por transições decorrentes do nascimento de filhos (Dessen e Braz, 2000).

Com a chegada de um novo filho, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para receber o novo membro e habilidades para administrar as necessidades emergentes do sistema. Uma das tarefas dos genitores, nesse período, é buscar o equilíbrio do sistema familiar. As mães apontam o suporte do marido/companheiro como o principal dentre os apoios recebidos e, em segundo lugar, o de suas próprias mães (Dessen e Braz, 2000).

Se antes a mãe era excluída da assistência em berçário de risco, atualmente ela passa a ser também sujeito, uma aliada no processo de assistência, sendo permitida sua maior permanência junto ao filho prematuro e participação no cuidado dele (Scochi, 2000).

Para Scochi (2000), à medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais em longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições sócio-culturais.

Na pesquisa realizada percebemos que muitas mulheres se referem à família como se apenas existisse o parceiro, comportamento típico de uma família nuclear. O envolvimento de outras pessoas do círculo familiar parece quase não existir, diferente do que acontecia em tempos atrás onde havia uma certa união dos familiares para apoiar a puérpera, seja na companhia ou na ajuda em afazeres do lar, comportamento encontrado nas famílias estendidas.

Para Godinho et al. 2000, na maioria dos casos a gestante, especificamente a adolescente, não tem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família. Ao contrário: freqüentemente sofrem críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros e, muitas vezes, não podem contar com o apoio de amigos ou vizinhos e sentem-se envergonhadas, culpadas gerando dúvidas quanto ao seu futuro e ao de seu filho, felizmente não foi esta a realidade encontrada em nosso estudo: das quatro mães adolescentes entrevistadas, três vivem em união consensual e uma é solteira, porém mora com a família.

Assim, achamos importante identificar as dificuldades que a mulher vivencia e procurar entender este processo, pois se trata de importante subsídio para o enfrentamento dos problemas com a amamentação decorrente do nascimento do filho prematuro, que atualmente é um fato bastante freqüente, que repercutem no vivenciar da maternidade e pode comprometer as relações afetivas mãe-filho-família.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral

Compreender as vivências de mães de prematuros sobre o processo de manutenção da lactação durante o período de internação do filho na UTI Neonatal de um hospital filantrópico do estado de São Paulo.

3.2- Objetivos específicos

- Identificar os fatores (facilitadores e de obstáculo) à manutenção da lactação em mães de RNPT internados.
- Identificar como as mães de prematuros percebem a rede de apoio social (família) e institucional (BLH) na manutenção da produção láctea.

4- METODOLOGIA

4.1- Abordagem Metodológica

O estudo proposto é do tipo exploratório, descritivo e prospectivo com abordagem qualitativa buscando uma realidade que não pode ser mensurada.

Entende-se por metodologia *”o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”*, conforme cita Minayo (1996, p.16), assim a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitem a construção da realidade.

Para Victora et al. (2000)

“...cada tipo de metodologia traz consigo um conjunto de pressupostos sobre a realidade , bem como um instrumental, composto por uma série de conceitos, pelo treinamento do olhar e por técnicas de observação da realidade”.

Para Polit e Hugler (1995), o propósito geral de uma pesquisa é responder a questões ou solucionar problemas. O pesquisador que realiza uma investigação descritiva observa, descreve e classifica. Tal como a pesquisa descritiva, a pesquisa investigatória inicia-se por algum fenômeno de interesse; mas ao invés de, simplesmente, observar e registrar a incidência do fenômeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

Leopardi et al. (2001) afirmam que este tipo de estudo permite ao investigador aumentar a sua experiência sobre um determinado problema.

Os estudos descritivos caracterizam-se pela necessidade de se explorar uma situação desconhecida sobre a qual se deseja obter maiores informações, identificando suas características, mudanças ou sua regularidade (Leopardi et al., 2001).

Segundo Minayo (1994, p.10),

“...as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Minayo (1996) acrescenta que a pesquisa qualitativa trabalha com os significados, motivos, valores, atitudes e crenças, demonstrando um relacionamento entre os fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

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 o objeto de estudo de maneira mais aprofundada, possibilitando a explicação de comportamentos.

Para Chizzotti (2000, p.79),

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

Lefèvre e Lefèvre (2003) afirmam que a pesquisa qualitativa permite conhecer o pensamento de um grupo sobre um determinado tema. Para acessar os pensamentos na qualidade de expressão da subjetividade humana, há necessidade de passar pela consciência humana, e as pesquisas qualitativas de base indutiva são capazes de recuperar e resgatar os pensamentos contidos na consciência.

Assim, através da abordagem qualitativa, serão encontrados os motivos e/ou fatores pelos quais algumas mães encontram dificuldades em manter a lactação e outras não, a metodologia favorecerá uma aproximação da realidade e captação da experiência individual, possibilitando um entendimento mais profundo das particularidades.

4.2- Aspectos éticos

A pesquisa em questão foi desenvolvida respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

Desta forma, os sujeitos foram convidados pela pesquisadora a participar recebendo esclarecimentos sobre os objetivos e finalidades do estudo, bem como liberdade de participação e desistência se assim o desejassem.

Todo cuidado foi tomado para evitar situações constrangedoras e as informações levantadas através do instrumento de pesquisa foram confidenciais, protegendo a privacidade dos indivíduos.

Para preservar o anonimato das entrevistadas, optou-se por identificá-las no Instrumento de Análise de Discurso (IAD 1) que está no apêndice 3 do trabalho, com nomes de santas em homenagem a Maria mãe de Jesus, que é um exemplo de mãe dedicada e quem melhor representa a mãe do prematuro, a qual necessita ter coragem, abnegação e muito amor pelo filho.

Os nomes escolhidos foram: Madalena, Rita de Cássia, Edwirges, Luzia, Bernadete, Tereza, Maria, Catarina, Eulália, Eudóxia, Gertrudes, Mônica, Ana, Úrsula, Lúcia, Cecília, Bárbara, Josefa e Cristina.

Foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após todos os esclarecimentos necessários (Apêndice 1).

Para operacionalização deste estudo, o projeto foi apresentado à instituição onde ocorreu a pesquisa a fim de obter a anuência da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira-SP, para que a coleta de dados fosse realizada (Anexo 2).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira obtendo aprovação em 31 de agosto de 2005, projeto de nº 32 (anexo 1).

4.3- O cenário

O estudo foi realizado no Banco de Leite Humano de um hospital filantrópico Limeira-SP, o qual é credenciado como Hospital Amigo da Criança desde julho de 2002, e Hospital de Ensino desde dezembro de 2004. É considerado referência regional para atenção terciária na área de perinatologia.

Sua capacidade é de cerca de 270 leitos, sendo 80% deles destinado a atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o restante para conveniados e particulares⁷. A taxa de ocupação gira em torno de 90% e a equipe de enfermagem é formada por 40 enfermeiros assistenciais dentre eles, oito são gerentes.

A rede básica do município é composta por 16 Unidades Básicas de Saúde, um Ambulatório Regional de Especialidades e duas Unidades de Pronto Atendimento situadas em bairros estratégicos. Atualmente conta também com o Programa de Saúde da família.

Na Santa Casa as puérperas, gestantes de alto risco e hóspedes⁸ que possuem convênio ficam internadas no terceiro e quarto andar e todos os funcionários que trabalham com a mãe e bebê no setor de convênios e SUS fizeram o Curso de Aleitamento Materno com carga horária de 18 horas.

A maternidade do SUS fica no segundo andar do hospital e conta com vinte e três leitos em esquema de alojamento conjunto, destes, seis são reservados para o atendimento a gestantes de alto risco da cidade e região.

Tanto no alojamento conjunto como nos demais setores de internação é permitida a entrada de visitas das 10 horas da manhã até as 19 horas, e toda puérpera tem direito a um acompanhante, portanto, poderá ficar boa parte do dia em companhia dos familiares e amigos.

A equipe de enfermagem deste setor é composta por uma enfermeira e três auxiliares/técnicos de enfermagem por plantão, numa relação de oito binômios por funcionário.

⁷Dados fornecidos pela secretaria da saúde do município de Limeira

⁸Mães que tem bebês internados na UTI Neonatal

As gestantes de alto risco, puérperas e mães que tem o bebê internado na UTIN contam com atendimento profissional de psicóloga e de assistente social. Há também o serviço de cartório que funciona diariamente por um período de 1 hora, para que as crianças sejam registradas sem nenhum custo para a família.

Os leitos da maternidade, além de abrigar gestantes de alto risco e puérperas, também são utilizados para alojar mães e bebês para a realização do MMC e algumas mães/hóspedes que moram longe do hospital ou em outras cidades, as quais se disponibilizam a ficar no hospital para amamentar o bebê internado ou mesmo para coletar o leite no Banco de Leite Humano.

São realizados cerca de 250 partos por mês e é permitido acompanhante na sala de pré-parto e de recuperação pós-anestésica; já na sala de parto somente é permitido acompanhante que já passou pela avaliação da equipe e foi considerado em condições de permanecer dentro da sala de parto.

Desde que não tenha ocorrido qualquer intercorrências com o binômio mãe-filho, o bebê é colocado para sugar já na primeira meia hora após o nascimento pelo pediatra, que o posiciona colocando-o em contato pele a pele com a mãe imediatamente após ter feito a sua recepção.

Na sala de recuperação pós-anestésica, a mãe é mantida junto com o bebê e este contato é interrompido rapidamente apenas para procedimentos de rotina. O pai participa ajudando a posicionar o bebê no peito e os acompanha até o quarto.

A UTI Neonatal atende predominantemente pacientes do SUS, e menor número de conveniados e particulares do município e da região. As vagas são reguladas pela Central de Vagas da DIR XV e a capacidade é para 20 leitos, sendo 8 para UTI e 12 para o cuidado intermediário (CI).

Seu quadro de funcionários é composto por quatro enfermeiras e 32 técnicos/auxiliares de enfermagem, distribuídos nos quatro plantões, tendo uma média de sete funcionários por plantão incluindo a enfermeira, a grande maioria dos profissionais deste setor fez o Curso de Aleitamento com 18 horas de duração e também o Curso da Metodologia Mãe Canguru, ministrado no ano de 2005.

O setor conta ainda com a atuação de fisioterapeutas e fonoaudiólogas que cuidam da parte respiratória, do estímulo à sucção, da organização motora e de outras necessidades do recém nascido. Não é permitido o uso de bicos e mamadeiras, exceto com indicação médica. O leite, para a maioria dos bebês, é leite humano pasteurizado oferecido no copinho, por sonda oro ou nasogastrica, por nutrição digital ou até mesmo através da translactação.

Dentro do setor há uma sala destinada à permanência das mães que praticam o MMC, equipada com televisão e vídeo cujo objetivo é de orientá-las e distraí-las. Esta sala é usada, eventualmente, para a realização de trabalhos manuais coordenados por profissional terapeuta ocupacional. As mães que permanecem o dia todo na UTI Neonatal recebem refeição (almoço e jantar). A visita é aberta aos pais a qualquer hora e permitido aos avós uma vez por semana.

O Banco de Leite Humano “Dr Olindo de Luca” foi inaugurado em fevereiro de 2001, está localizado no primeiro andar do hospital, e funciona em horário comercial abrindo também aos sábados e domingos por meio período. Possui, em seu quadro funcional, duas técnicas de enfermagem e uma fonoaudióloga que é a responsável técnica pelo setor.

Diariamente as profissionais do BLH visitam as puérperas do setor de convênios verificando se há alguma intercorrência com o aleitamento e orientando as mães para serem doadoras. O BLH desenvolve atividades assistenciais, educativas e realiza o processamento do leite humano ordenhado de três a quatro vezes por semana e, diariamente, distribui o leite humano pasteurizado (LHP) mediante a prescrição médica para a UTI Neonatal, onde fica armazenado no refrigerador por 24 horas para atender a demanda dos bebês internados.

Distribui diariamente uma média de 1,5 litros de LHP para os bebês internados na UTIN, sendo impossível atender a todos devido ao volume de leite recebido de doadoras. O fornecimento é priorizado para os prematuros, gemelares e algum caso especial que requeira leite humano pasteurizado.

A maior parte do atendimento do Banco de Leite é destinado à extração de leite, principalmente das mães que têm bebês internados. A coleta domiciliar do leite é realizada uma vez por semana na casa das doadoras pelas profissionais do BLH.

No ano de 2005 foram coletados 476,76 litros de leite, pasteurizados 469,5 litros, realizados 2.212 atendimentos às mães que amamentam e distribuídos 400 litros de leite humano pasteurizado para os bebês internados na UTIN da Santa Casa. Durante o ano de 2005 o Banco de leite manteve uma média de 20 doadoras por mês⁹.

Estudo realizado por Veloso e Shimo em 2005 no BLH e UTIN do hospital em estudo, com 18 RNPT internados demonstrou que a média de leite necessária foi de 135ml/dia/ RNPT, com demanda diária de 2,5 litros/dia ficando este volume além do volume disponível pelo BLH (1,5 litros/dia). Através deste estudo e comparando com os dados de produção do ano em questão, concluímos que a quantidade de LHP disponível para os bebês internados está aquém do necessário, devido ao volume de leite recebido da mãe para o próprio filho e de doadoras externas, que é insuficiente.

O hospital conta com ambulatório para crianças egressas da UTIN e maternidade. O atendimento é previamente agendado e realizado por profissional médico neonatologista e por fonoaudióloga que fazem o acompanhamento do bebê, até ser liberado para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

A utilização do MMC desde novembro de 2000 tem trazido grandes benefícios aos bebês prematuros e a seus familiares, pois tem propiciado alta precoce e um maior contato entre mãe e filho. Mães e bebês são alojados a fim de melhorar as condições da amamentação para a alta e capacitar a mãe para que possa cuidar do seu bebê.

A maioria dos RNS vai para casa mamando no peito, alguns sendo complementados com leite materno (da própria mãe) ordenhado e oferecido no copinho.

⁹Relatório de atividades mensal do BLH

4.4- Os Atores sociais

Os atores sociais de nossa pesquisa são mães de recém-nascidos pré-termo, internados na UTIN do hospital em estudo e que foram previamente orientadas pelos profissionais do Banco de Leite sobre como proceder para estimular e manter a lactação.

A amostragem foi realizada de forma intencional, a qual, segundo Leopardi et al. (2001), é usada quando se deseja dados de um determinado tipo de elemento de um conjunto.

Segundo Minayo (1994), na abordagem qualitativa, o critério para seleção da amostra não é numérico. Preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social. Assim, deve-se considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

O chamado *n* da pesquisa quantitativa que delimita o número de pessoas a serem contempladas na investigação, não é determinado por um cálculo amostral na pesquisa qualitativa. Esse número é indicado pela própria saturação ou ocorrência dos dados, ou seja, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhuma nova informação à investigação (Victora et al., 2000).

Para tanto, é essencial que o pesquisador busque dentro do seu universo, a maior diversidade possível de informações, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do problema e obter uma saturação dos dados adequada (Victora et al., 2000). Os sujeitos sociais devem ser considerados em número suficiente, permitindo a reincidência das informações e não desprezando outras informações relevantes. O conjunto de informantes deve ser diversificado, de maneira que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças (Vila, 2001).

4.4.1- Critérios de inclusão

Foram entrevistadas mães de bebês prematuros internados na UTI Neonatal que apresentaram capacidade de comunicação verbal, independente de número de filhos, que receberam orientações pelos profissionais do Banco de Leite do hospital em estudo

sobre como proceder para estimular e manter a produção láctea e que concordaram em participar da pesquisa.

4.4.2- Critérios de exclusão

Mães que têm seus bebês prematuros internados na UTI Neonatal, que não residam na cidade onde ocorreu o estudo, e as que não concordaram em participar da pesquisa.

4.5- Coleta de dados

Durante o trabalho de campo, várias técnicas e estratégias podem estruturar a coleta de dados, no entanto, consideramos três técnicas como relevantes e essenciais no nosso estudo intituladas de observação participante, entrevista e diário de campo.

A observação participante

Esta estratégia foi escolhida com objetivo de captar sentimentos, significados, reações e interações das entrevistadas, além do verbalizado durante as entrevistas, pois é sabido que durante uma interação cliente/profissional pode ocorrer dissimulação.

Para Victora et al. (2000, p.62):

“Observar na pesquisa qualitativa significa examinar com todos os sentidos o evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com objetivo de descrevê-lo”.

As autoras explicam que não se trata de descrever um evento, mas sim observá-lo já com a problemática definida, anteriormente ao ato da observação.

Esta técnica de pesquisa qualitativa exige que o observador esteja *distante e próximo* do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado.

Polit e Hugler (1995) esclarecem que na observação participativa o pesquisador participa e mantém um elevado grau de envolvimento com os sujeitos da pesquisa, compartilhando os acontecimentos com estes. Esta participação pode proporcionar ao observador a capacidade de perceber algumas situações que poderiam passar despercebidas por um observador mais passivo.

Segundo Leopardi et al. (2001, p.197) a observação participante,

“...requer um modo de registro minucioso tanto das informações objetivas como de suas impressões sobre o observado, sobre as reações observadas, e assim por diante”.

Para este tipo de estudo é necessária a identificação da amostragem e a seleção do local onde ocorrerá a observação, bem como o registro das observações, o qual pode ser através de um diário ou anotações em campo (Polit e Hugler, 1995).

Sabino¹⁰ citado por Leopardi et al. (2001), afirma que na observação participante o observador tem a dupla tarefa de intervir junto ao grupo e ao mesmo tempo coletar os dados, além de participar como testemunha dos fatos, percebendo as formas de conduta e experimentando em si mesmo atitudes, comportamentos e valores.

A observação participativa deste estudo foi realizada nos seguintes ambientes: no Banco de Leite Humano - na sala de espera enquanto era realizada a extração do leite - na UTI Neonatal durante a visita ao bebê dentro da unidade de internação e na sala de amamentação que fica dentro do setor da UTIN. Nesta sala as mães fazem o método canguru, descansam e conversam.

Procuramos participar de alguns momentos nesta sala e foi possível captar algumas situações, o que possibilitou o entendimento de algumas respostas ou até mesmo atitudes tomadas por algumas das mães entrevistadas.

¹⁰Sabino,CA. Metodologia de investigación. Venezuela:El Cid.1978.

A entrevista

De acordo com Leopardi et al. (2001, p.202):

“É a técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema”.

Para Vila (2001), ela objetiva descobrir o que o entrevistado pensa em relação a um determinado tema, tentando acessar sua perspectiva e não colocando idéias pré-concebidas em sua mente.

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, simultaneamente, há a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de determinados grupos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Minayo, 1994).

Minayo (1994, p.105) reafirma que:

“(...) na pesquisa qualitativa a interação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado é essencial. Sua preocupação é de que todo o corpo e sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas”.

Se não houver uma interação entre entrevistador e entrevistado, com uma escuta atenta, a entrevista pode ser prejudicada.

Minayo (1994) define *entrevista semi-estruturada* como a combinação entre perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Polit e Hugler (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, que vem ao encontro da nossa proposta de estudo.

Durante a pesquisa podemos perceber que entrevistar não é uma técnica simples, é necessário estar atento para o fato de que a resposta buscada vem mesclada pelo fenômeno psico-afetivo e pelas possíveis intercorrências provenientes da interação do entrevistador com o entrevistado, que sempre estão presentes na comunicação. Este fenômeno foi observado em algumas mães entrevistadas, que procuravam passar uma realidade que não acontecia.

Morin (1973) revela que a entrevista é uma técnica difícil e vários são os problemas que interferem em seus resultados, incluindo o fato de estar fundamentada na mais duvidosa e mais ricas das fontes, a palavra, correndo-se o risco permanente da dissimulação.

Minayo (1994, p.99) sugere que o roteiro de entrevista contenha poucas questões, e ser uma base de orientação para a conversa,

“(...) deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”, constando apenas itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, enfim um guia para conduzir a entrevista”.

Para a obtenção dos dados foi utilizado um roteiro guia (vide apêndice 2), o instrumento foi testado com duas mães que não entraram na pesquisa devido às modificações realizadas no instrumento, o qual contém dados de identificação, nº de gestações e filhos prematuros, realização de pré-natal e amamentação anterior e está baseado nas seguintes questões norteadoras:

- Como você está vivenciando a situação de ter um bebê internado na UTIN?
- Como é para você ter que trazer o seu leite para o bebê?
- Como você faz para retirar o leite?
- O que você sabe sobre a alimentação de um bebê prematuro?

- Você encontra obstáculos para a retirada do leite? Quais são eles?
- Como você faz para resolver estes obstáculos?
- Como você faz para manter a lactação? Tem dificuldades? Quais?
- Se você não conseguiu manter a lactação, atribui a que motivo?
- O que você acha da sua produção de leite?
- Que sentimentos você experimenta quando retira o leite?
- Como sua família te ajuda no processo de retirada de leite?
- Como foram as orientações que você recebeu pelos profissionais do BLH para conseguir retirar o leite e manter a produção?

As mães convidadas pela pesquisadora para participarem deste estudo foram escolhidas de forma aleatória e, para garantir um ambiente mais calmo e tranquilo, foram encaminhadas para a entrevista na sala de coleta do Banco de Leite e/ou na sala de amamentação da UTIN.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora que previamente realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando sobre os objetivos e finalidades do estudo, colocando as possibilidades da não participação e desistência caso desejassem. A assinatura do documento em duas vias foi solicitada, ficando uma com a entrevistada e outra com a pesquisadora.

Foi utilizado um gravador como instrumento de auxílio no registro dos dados e a entrevista teve duração média de 17,5 minutos. Após o término a pesquisadora esclareceu todas as dúvidas em relação à ordenha do leite, sobre a importância do leite materno para o prematuro e sobre como manter a lactação.

As informações obtidas foram imediatamente transcritas e digitadas fielmente a um programa de computador, tornando o banco de dados mais fidedigno.

O diário de campo

Além dos instrumentos acima mencionados utilizou-se também o diário de campo que é um instrumento básico de registro de dados do pesquisador, na qual realiza um registro fiel e detalhado de cada visita a campo, independentemente de serem utilizadas outras técnicas de pesquisa como entrevistas, coleta de história de vida, entre outras (Victora et al., 2000).

Os dados registrados foram utilizados para realização da análise das entrevistas auxiliando na interpretação das respostas fornecidas nas entrevistas pelas mulheres-mães.

4.6- Análise de dados

Leopardi et al. (2001) nos explica que:

“(...) dado é toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos e compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade”.

Os dados obtidos pelas entrevistas foram, através de um processo contínuo, organizados em categorias, padrões, relações, revelando seus significados.

Victora et al. (2000, p.74) revela que para uma primeira análise dos dados coletados,

“(...) faz-se necessário realizar uma síntese dos dados, que consiste em ordená-los e lapidá-los”.

Para Leopardi et al. (2001) na abordagem qualitativa o objetivo principal é compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, sendo que o pesquisador deve processar cada aspecto encontrado, relacionando-os, interpretando-os, fazendo hipóteses explicativas, avaliando o que foi explicitado diretamente e o que não foi.

O processo de organização dos dados coletados se dará conforme o pesquisador vai encontrando sua lógica interna, a qual vai tomando força como realidade (Leopardi et al., 2001).

Para organizar e analisar o conteúdo dos dados utilizamos o Discurso do Sujeito Coletivo, metodologia proposta no final da década de 1990 por Lefèvre e Lefèvre (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

4.6.1- Discurso do Sujeito Coletivo - DSC

Para Orlandi (1998), discursos são objetos empíricos e podem ser definidos como o efeito de sentido entre os locutores, não é igual a um texto, não é um conjunto de enunciados com uma ou várias significações, mas um processo que se desenvolve de várias formas em determinadas situações sociais. No discurso o homem produz a realidade com a qual está em relação.

A maneira como as palavras fazem sentido tem a ver com a língua, com o sujeito e com a história. Não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia; o sujeito é um lugar de significação historicamente constituído (Orlandi,1998). A autora coloca que a análise de discurso se interessa pela linguagem, enquanto trabalho simbólico é uma ação que transforma, que constitui identidades, e que procura compreender como a matéria textual produz sentidos.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma proposta que consiste basicamente, em analisar o material verbal coletado através dos depoimentos, artigos, cartas, retirando-se as idéias centrais e/ou ancoragens ou as suas expressões-chave compondo-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

É um procedimento metodológico próprio de pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo, utilizando estratégia discursiva, com objetivo de tornar mais clara uma representação social presente no discurso, que é o modo como as pessoas pensam.

Os pensamentos pertencem à família das línguas e linguagem e são, portanto, matéria discursiva (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

Para Lefèvre (2006), as sociedades e todos os sistemas que nela existem (saúde, educação, economia, entre outros) funcionam porque as pessoas compartilham e trocam idéias sobre diferentes assuntos sendo que estas crenças compartilhadas são chamadas pelas ciências sociais de Representações Sociais.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi formulada pelo psicólogo social francês Serge Moscovici no final dos anos 1950, sendo difundida a partir da publicação de sua obra intitulada “A representação social da psicanálise”, na década de 60, marcando o estabelecimento de uma nova percepção a respeito da integração entre os fenômenos perceptivos individuais e sociais (Moscovici, 1978).

Moscovici partiu da concepção de Durkheim¹¹ sobre as representações coletivas entendidas como:

“Os primeiros sistemas de representação que o homem fez para si do mundo e de si mesmo (e que) são de origem religiosa” (apud Minayo, 2002, p.111).

Durkheim foi o primeiro autor a trabalhar o conceito de *Representações Sociais*, usado no mesmo sentido que *Representações Coletivas*, que se refere a:

“Categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade,... é a sociedade que pensa, portanto as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual” (Minayo, 1994, p.159).

As representações implicam na construção social do conhecimento por parte dos sujeitos. Nas representações sociais, o indivíduo é concebido como um todo, sendo indissolúveis tanto a singularidade como a totalidade social. O sujeito, de acordo com suas experiências cognitivas e afetivas, ao elaborar e comunicar suas representações, o faz através de significados socialmente construídos e de sentido pessoal (Sá, 1993).

¹¹Durkein M E apud Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec - Abrasco, 2000

Para Minayo (1994, p.173):

“As Representações Sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais”.

Numa tradução livre de Jodelet (1989, p.36), representação social:

“ é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Nóbrega (1990) refere que como toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado, não existe, portanto, representação sem objeto. Dessa maneira, uma representação social não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, já que é produzida no intercambio das relações e comunicações sociais.

A linguagem, portanto, media a compreensão das representações sociais, pois é através dela que os sujeitos se comunicam na vida cotidiana e serve de trama para as relações sociais (Minayo, 2000). Através da comunicação verbal, os sujeitos se expressam, dão significados às experiências vividas, significado este que tem função estruturante na vida psíquica e social dos sujeitos, pois, em torno daquilo que o sujeito acredita que uma coisa representa, ele pode organizar sua vida.

O Sujeito Coletivo se expressa, através de um discurso emitido, o qual podemos chamar de *primeira pessoa (coletiva) do singular*. É um *eu* que ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, faz referência coletiva sendo que esse *eu* fala pela ou em nome da coletividade (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

O DSC utiliza quatro figuras metodológicas ou operadores do DSC, chamadas: Expressões-Chave (ECH), Idéias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As ECH são trechos do discurso que devem ser grifadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento e descrevem o conteúdo da argumentação que remetem às IC e a corporificam. São uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das IC e da AC (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

As IC correspondem à síntese precisa e fidedigna de cada um dos discursos emitido pelo sujeito e de cada conjunto de ECH que resultará no DSC. Trata-se da descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto destes e não de uma interpretação, sendo que as IC podem ser resgatada revelando *o que foi dito* ou sobre *o que* o sujeito está falando. As IC sempre estarão presentes em discurso e o sujeito pode ser portador de uma ou de várias idéias (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

Uma figura metodológica revelada das ECH, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se AC, que é um enunciado que contém um valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso pelo sujeito. As ancoragens são afirmações genéricas usadas pelos depoentes para “enquadrar” situações particulares. Para que se considere uma AC presente em um depoimento, ela deve aparecer de forma concreta e explícita (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

A partir das ECH identificamos as IC e AC, deve-se agrupar as que tiverem o mesmo sentido, sentido equivalente ou complementar. A denominação dessas categorias deve expressar todas as IC e AC do mesmo sentido, para a construção do DSC.

O principal dentre as figuras metodológicas é o DSC e trata-se de *“um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC”* (Lefèvre e Lefèvre, 2003, p.18).

No DSC ocorre um radical rompimento com a lógica quantitativo-classificatória onde os depoimentos/discursos são enquadrados em *categorias*, as quais funcionam como um signo ou representante do pensamento. No DSC busca-se *“resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos”*. O sentido destes discursos, não fica restrito às categorias, incorporando, além delas, os respectivos conteúdos discursivos e argumentativos presentes nos discursos individuais (Lefèvre e Lefèvre, 2003)”.

Inicialmente, para a elaboração do DSC, submete-se os discursos a uma análise selecionando as principais ancoragens e/ou idéias centrais de cada discurso individual e em todos eles reunidos, buscando a reconstituição discursiva da representação social (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

O DSC é uma forma de apresentar os resultados de uma pesquisa qualitativa objetivando expressar o pensamento do grupo, como se o grupo, fosse ele mesmo, autor do discurso (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

[...] *“é como se uma pessoa falasse por um conjunto de pessoas, mas, obviamente, se trata de uma construção artificial”* (Lefèvre e Lefèvre, 2003.p.21).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003) para descrever o sentido dos discursos encontrados em pesquisas de representação social, o DSC como estratégia metodológica, utiliza-se da idéia central e das expressões chave, objetivando mostrar como a inter-relação entre essas figuras contribui para descrever o sentido dos discursos presentes em pesquisa de RS.

Para Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 33):

“O objetivo de uma pesquisa de RS é o resgate do imaginário social sobre dado tema. Esse imaginário, na técnica do DSC, adquire a forma de um painel de discursos. Esse painel reflete o que se pode pensar, numa dada formação sociocultural, num dado grupo ou numa dada coletividade, sobre um determinado assunto”.

4.6.2- O Discurso do Sujeito Coletivo passo a passo

Após a apresentação das figuras metodológicas, descreveremos a técnica do DSC passo a passo de acordo com as etapas propostas por Lefèvre e Lefèvre (2003):

Primeiro passo- consiste em copiar integralmente o conteúdo da resposta de cada sujeito no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1) na coluna ECH.

Segundo passo- consiste em grifar em cada resposta as ECH das IC e as ECH das AC quando estas estiverem presentes. Para tanto se utiliza recurso gráfico diferente.

Terceiro passo- consiste em identificar e descrever as IC e AC a partir de cada ECH colocando-as nas colunas correspondentes.

Quarto passo- consiste em agrupar as IC e as AC (quando presentes) de mesmo sentido, de sentido equivalente ou sentido complementar, “etiquetando-as” com as letras A, B, C, etc.

No presente estudo o **IAD1** foi assim constituído:

Questão 1- Como está sendo para você e para sua família o fato de ter tido um bebê prematuro?

Expressões Chaves (ECH)	Idéias Centrais
1- Madalena- <u>Foi difícil de aceitar...minha família toda ficou muito preocupada com o bebe e comigo também.</u>	Difícil - A
2- Rita de Cássia- <u>Ninguém esperava...prá mim foi muito difícil...fiquei muito triste...</u>	Difícil - A
3- Edwirges- Não, eu não sabia, <u>esta sendo difícil</u> , porque minhas irmãs todas moram no sul e teve dia de me ligarem 6 vezes ao dia,sabe, para saber como o bebê ta, como eu tô, <u>é difícil não só para mim quer dizer para mim ta sendo pior né pra minha família</u> ,minha irmã acho que segunda feira ela vem pra cá ficar uns dias comigo, é complicado né.	Difícil - A
4- Luzia- Na verdade (1º idéia) <u>foi uma surpresa</u> , <u>nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim</u> , (2ª idéia) <u>e pra minha família também foi</u> , foi horrível que assim, ele foi pro quarto, no quarto eu não tinha leite, aí ele veio pra cá (UTIN), no mesmo dia.	(1ª idéia) Foi uma surpresa - B (2ª idéia) Foi horrível - A
5- Bernadete- Bom não foi só o bebê que foi prematuro como teve muita coisa que aconteceu com o nenê, (1ª idéia) <u>se fosse só prematuro seria até melhor, porque assim já resolvia no Canguru</u> , <u>como ele nasceu com outra coisa e prematuro também, ficou mais difícil</u> , (2ª idéia) <u>lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte né e vai demorar mais que se fosse só o problema de ser prematuro né.</u>	(1ª idéia) difícil -A (2ª idéia) A família está ansiosa - B

Quinto passo- consiste em denominar os grupamentos por A,B,C, etc., ou seja criar uma IC ou uma AC que expressem todas as IC ou AC de mesmo sentido.

Sexto passo- é a construção do DSC utilizando o Instrumento de Análise de Discurso 2(IAD 2), para cada grupamento será utilizado um IAD 2.

- **Primeira etapa**- copiar do IAD 1 todas as ECH do mesmo grupamento registrá-las na coluna das ECH do IAD 2.

- **Segunda etapa**- construir o discurso obedecendo a ordem de começo, meio e fim fazendo a ligação das partes do discurso com as palavras conectivas (assim, então, logo). Deve-se eliminar os particularismos como o sexo e a idade do sujeito. Todo o material das ECH deverá ser usado para a construção do DSC.

O **IAD2** do presente estudo foi assim constituído:

A- A experiência de ter um parto prematuro é difícil

Expressões chaves	DSC
<p>Madalena- <u>Foi difícil de aceitar....minha família toda ficou muito preocupada com o bebe e comigo também</u></p> <p>Rita de Cássia- <u>prá mim foi muito difícil...fiquei muito triste...</u></p> <p>Edwirges- (1ª idéia) <u>Está sendo difícil, é difícil não só para mim quer dizer para mim ta sendo pior né,</u></p> <p>Luzia- (2ª idéia) <u>pra minha família também foi, foi horrível</u></p> <p>Bernadete- (1ª idéia) <u>Se fosse só prematuro seria até melhor, como ele nasceu com outra coisa e prematuro também, ficou mais difícil,</u></p> <p>Tereza- (2ª idéia) <u>esta noite mesmo eu passei a noite todinha de choro, pedindo a Deus que ele saísse daqui</u></p> <p>Catarina- (2ª idéia) <u>é lógico que na hora assim sempre fica um pouco chateada</u></p> <p>Eulália- (2ª idéia) <u>Eu sofro muito até de pensar</u></p> <p>Gertrudes- (2ª idéia) <u>mexeu muito comigo né, fui embora daqui quando deram alta pra mim chorando desesperada.</u></p> <p>Mônica- <u>ficamo apavorado né...Graças a Deus ele tá bem.</u></p> <p>Ana- (3ª idéia) <u>então foi difícil pra mim e pra minha família.</u></p> <p>Úrsula- <u>fiquei um pouco abalada.</u></p> <p>Lucia- <u>Tá sendo difícil.</u></p> <p>Cecília- <u>Foi difícil, muito difícil.</u></p>	<p><i>“Está sendo difícil, é difícil não só para mim, quer dizer para mim ta sendo pior né, minha família toda ficou muito preocupada com o bebe e comigo também... Se fosse só prematuro seria até melhor como ele nasceu com outra coisa e prematuro também, ficou mais difícil,é lógico que na hora assim, sempre fica um pouco chateada, fiquei muito triste, , foi horrível, mexeu muito comigo né, fui embora daqui quando deram alta pra mim, chorando desesperada, fiquei um pouco abalada, eu sofro muito até de pensar, esta noite mesmo eu passei a noite todinha de choro, pedindo a Deus que ele saísse daqui, ficamo apavorado né...Graças a Deus ele tá bem...”</i></p>

IAD2

B- A surpresa de ter tido um parto prematuro

Expressões chaves	DSC
<p>Luzia- (1º idéia) <u>foi uma surpresa, nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim</u></p> <p>Bernadete- (2ª idéia) <u>lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte</u></p> <p>Tereza- (1ª idéia) <u>Foi uma surpresa muito grande.</u></p> <p>Maria- (1ª idéia) <u>Foi uma surpresa.</u></p> <p>Catarina- (1ª idéia) <u>mas pra mim foi surpresa.</u></p> <p>Eulália- <u>Pra mim foi uma surpresa né me aconteceu isso pra minha família também.</u></p> <p>Gertrudes- <u>Foi uma surpresa muito grande.</u></p> <p>Mônica- (1ª idéia) <u>Foi surpresa eu não esperava que ia nascer prematuro.</u></p> <p>Ana- (1ª idéia) <u>Ah foi uma surpresa.</u></p> <p>Bárbara- <u>Foi surpresa.</u></p> <p>Josefa- <u>foi um susto ... saber que ia nascer prematuro.</u></p>	<p><i>“Pra mim foi uma surpresa né me aconteceu isso, pra minha família também, foi um susto... saber que ia nascer prematuro, lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte, nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim...”</i></p>

***5- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO
DOS RESULTADOS***

5.1- Perfil sócio-demográfico das mulheres entrevistadas

A amostra deste estudo foi composta por 19 mulheres-mães residentes na cidade de Limeira-SP, que tiveram seus filhos prematuros entre julho de 2005 e março de 2006 e que ficaram internados na UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Limeira.

As mulheres entrevistadas receberam orientações fornecidas pelos profissionais do Banco de Leite Humano sobre como manter a produção láctea enquanto o seu bebê permanecer internado e impossibilitado de mamar diretamente no peito.

Segue abaixo as características das mulheres-mães de prematuros que participaram do estudo em foco.

Pelos dados apresentados na tabela 01 pode-se observar que a maioria das mulheres entrevistadas (42%, portanto 8 mulheres) tem entre 21 e 30 anos, enquanto as adolescentes representam 32% (6) delas, acima dos 19,19%, média do estado de São Paulo¹².

Tabela 1- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme idade.

Idade	Frequência	%
16-20	6	32
21-30	8	42
31-39	5	26
Total	19	100

Em relação à profissão/ocupação, somente 37% (7) destas mulheres não trabalham fora de casa e as demais estão no mercado de trabalho, sendo que 21% (4) trabalham no comércio, 21% (4) são prestadoras de serviço (bastante comum o trabalho

¹²Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/informacoes_saude/dados_saude/html/dados_saude_nasc_vivos_1.html. [Acesso em 15 de dezembro 2006]

com jóias), 11% (2) realizam trabalhos domésticos em outras residências, 5% (1) é professora e 5% (1) é estudante (tabela 02).

Tabela 2- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme profissão/ocupação.

Profissão	Frequência	%
Do lar	7	37
Aux. Limpeza, doméstica	2	11
Estudante	1	5
Comércio (ourives, florista)	4	21
Prestadora de serviços (desenhista, auxiliar de escritório, soldadora de jóia, montadora)	4	21
Professora	1	5
Total	19	100

Das mulheres entrevistadas, 16% (3) fizeram até a quarta série, 21% (4) terminaram o ensino fundamental, 16% (3) não conseguiram terminar o segundo grau, 42% (8) tem o segundo grau completo e 5% (1) tem ensino superior incompleto (tabela 03). Também foi identificado que a maioria delas (63%) tem escolaridade acima do fundamental, o que se supõe que apresente certa facilidade de compreender as orientações veiculadas pelos profissionais de saúde.

Tabela 3- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme a escolaridade.

Escolaridade	Frequência	%
Até 4ª série	3	16
Até 8ª série	4	21
2º grau incompleto	3	16
2º grau completo	8	42
Superior incompleto	1	5
Total	19	100

Segundo a situação marital, as entrevistadas estão, em sua maioria (53% - 10 mulheres) em união consensual, 31% (6) são casadas e 16% (3) são solteiras, ou seja, a grande maioria (84%) vive maritalmente (Tabela 04).

Tabela 4- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme união conjugal.

União marital	Frequência	%
Casada	6	31
Solteira	3	16
União consensual	10	53
Total	19	100

O índice de mulheres que moram em residência própria é de 37% (7), as que moram em casa alugada representam também 37% (7) e as que moram na casa da família 26% (5) (tabela 05).

Tabela 5- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme tipo de residência.

Tipo de moradia	Frequência	%
Própria	7	37
Alugada	7	37
da família	5	26
Total	19	100

O número de gestações de cada mulher entrevistada variou entre 1 e 6 , 42% (8) tiveram apenas 1 gestação, 11% (2) tiveram 2 gestações, 26% (5) tiveram 3 gestações, 11% (2) tiveram quatro gestações,5% (1) teve 5 gestações e 5% (1) teve 6 gestações (tabela 06).

Tabela 6- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme número de gestações.

Número gestações	Frequência	%
1	8	42
2	2	11
3	5	26
4	2	11
5	1	5
6	1	5
Total	19	100
Total de gestações	46	

O número de gestações ocorrido entre as entrevistadas totaliza 46 (ver tabela 06), os filhos vivos correspondem a 78% (36) destes, 53% (19) são prematuros (tabela 07 e 08 respectivamente).

Tabela 7- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme filhos nascidos vivos.

Nº de filhos vivos	Frequência	%
1	11	59
2	3	10
3	1	10
4	4	21
Total	19	100
Total de filhos vivos	36	

Quanto aos filhos nascidos prematuros, chegou-se ao seguinte resultado: 79% (16) tiveram apenas 1 filho prematuro, ou seja, considerando o nascimento atual, 16% (2) tiveram 2 filhos prematuros e 5% (1) teve quatro filhos que nasceram prematuros (tabela 08).

Tabela 8- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme número de filhos prematuros.

Nº de filhos prematuros	Frequência	%
1	15	79
2	3	16
4	1	5
Total	19	100

Observa-se que das 19 mulheres-mães entrevistadas, 26% (5) apresentaram 1 aborto e 5% (1) teve 2 abortos (ver tabela 9); 16% (3) perderam 1 filho no primeiro mês de vida e 10% (2) perderam 2 filhos em gravidez de gemelares (tabela 10).

Tabela 9- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme número de abortos.

Nº de Abortos	Frequência	%
0	13	69
1	5	26
2	1	5
Total	19	100

Tabela 10- Distribuição das mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme número de filhos mortos.

Nº de filhos mortos	Frequência	%
0	14	74
1	3	16
2	2	10
Total	19	100

A totalidade das mulheres entrevistadas fez entre 2 a 10 consultas de pré-natal, chegando à média de seis consultas. A grande maioria (69%) realizou até seis consultas.

Segundo a OMS¹³:

“A Assistência Pré-Natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal”.

O principal objetivo da atenção pré-natal para o Ministério da Saúde (Brasil,2005) *“é acolher a mulher desde o início da gravidez assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal [...]. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para o alto risco”.*

Um das conformidades que o Ministério da Saúde prevê é de, no mínimo, seis consultas de pré-natal por mulher.

Para Alencar Junior (2001), o principal indicador do prognóstico ao nascimento talvez seja o acesso à assistência pré-natal, e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são um indicador da qualidade dos cuidados maternos. O número ideal de consultas segundo a Organização Mundial de Saúde seria igual ou superior a seis, mas uma atenção especial deve ser dispensada às grávidas com maiores riscos.

Nos casos de gravidez de risco as consultas devem ser mensais até 28 semanas, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (Alencar Junior, 2001).

Podemos concluir que o grupo em estudo freqüentou as consultas de pré-natal em número aquém (até 6) do sugerido para gestantes com gravidez de risco, conforme vimos anteriormente, este fato pode nos levar a pensar que a qualidade da assistência ao pré-natal foi prejudicada pela baixa freqüência às consultas, impossibilitando maior

¹³Disponível em http://www.planserv.ba.gov.br/noticias.asp?pagina=1&cod_noticia=231

conscientização por parte da gestante sobre o risco de sua gravidez desencadear um parto prematuro ou atraso na detecção precoce de alguma intercorrência que poderia levar a indução do parto prematuro. Vale ressaltar que nem sempre a quantidade de consultas de pré-natal acima de seis revela boa qualidade de assistência.

Tabela 11- Distribuição das mulheres-mães de recém-nascido prematuro internado na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme número de consulta de pré-natal.

Nº de consultas	Freqüência	%
10	1	5
9	1	5
8	3	16
7	1	5
6	6	32
5	4	22
4	1	5
3	1	5
2	1	5
Total	19	100

Segundo Bittar (2001) o nascimento prematuro, ou seja, aquele que ocorre em idades gestacionais inferiores a 37 semanas é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal.

Todos os avanços obtidos, até o momento, parecem insuficientes para impedir ou retardar significativamente o parto prematuro. Segundo Alencar Junior (2005), deve-se reconhecer que medidas antenatais podem ser implementadas para redução da morbimortalidade neonatal. Fica claro que a assistência pré-natal de qualidade, precocemente iniciada, é importante fator preventivo, entretanto não assegura ausência de intercorrência.

O ideal seria que as consultas fossem iniciadas tão logo o desejo pela maternidade se manifestasse para que fosse possível planejar a gestação com plena saúde, porém, na grande maioria das vezes, isso não é possível como mostra a tabela 11. A baixa frequência às consultas de pré-natal podem ter dificultado a detecção de alguma anormalidade levando-a a se surpreender com o desencadeamento precoce do parto. Esta surpresa poderá influenciar negativamente no processo de produção láctea.

Os bebês das mulheres-mães que participaram do presente estudo nasceram, em sua maioria (74%, ou seja, 14 mulheres) com 31 a 34 semanas de gestação e 26% (5) nasceram entre 27 a 30 semanas de gestação (tabela 12).

Tabela 12- Distribuição dos recém-nascidos prematuros das mães que participaram do estudo e que ficaram internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme idade gestacional ao nascer.

IG	Frequência	%
De 27 a 30 semanas e seis dias	5	26
De 31 a 34 semanas	14	74
Total	19	100

Quanto ao tempo de internação variou de 10 a mais de 100 dias, um dos bebês que participou do estudo continua internado passando de 180 dias (tabela 13).

Tabela 13- Distribuição dos recém-nascidos prematuros das mães que participaram do estudo e que ficaram internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme período de internação.

Período	Frequência	%
De 10 a 30 dias	9	47
De 31 a 60 dias	6	31
De 61 a 100dias	2	11
De 100 dias a mais	2	11
Total	19	100

Em relação à amamentação anterior, das mulheres entrevistadas nove (47 %) amamentaram o filho no peito (tabela 14), destas, 23% (2) amamentaram exclusivamente no peito apenas até o bebê completar 1 mês, três (33%) até 4 meses e quatro (44%) até 6 meses de idade (tabela 15). Das 10 mães que não amamentaram anteriormente apenas duas realmente não o fizeram, pois as oito mães restantes são primíparas.

Das mulheres entrevistadas, quatro teve bebê prematuro pela segunda vez: duas amamentaram por seis meses tendo oferecido água, outra, amamentou também por seis meses, porém além de água ofereceu leite artificial algumas vezes. Uma outra entrevistada teve duas gestações de gemelares e amamentou apenas um dos bebês por 2 meses. Segundo as informações obtidas, estas mulheres não encontraram dificuldades em estimular a produção láctea, quer seja através da extração do leite com a mão ou bomba manual e/ou mecânica. Dessa maneira podemos inferir que a experiência anterior pode ter contribuído para que a manutenção láctea, tenha sido bem sucedida.

Tabela 14- Distribuição das mulheres-mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, conforme amamentação anterior.

Amamentação anterior	Frequência	%
Sim	9	47
Não	10	53
Total	19	100

Tabela 15- Distribuição do tempo de aleitamento materno exclusivo anterior em mães de bebês internados na UTI Neonatal.

AME	Frequência	%
Até 1 mês	2	23
1 a 4 meses	3	33
4 a 6 meses	4	44
Total	9	100

5.2- Análise e discussão dos depoimentos

Os resultados do estudo serão apresentados sob a forma de DSC, que foi formulado a partir das respostas apresentadas pelas mulheres que têm bebês internados na UTIN, por ocasião da entrevista. Foram feitas onze perguntas (apêndice 2) e as respostas categorizadas para facilitar a análise. Para cada pergunta foi elaborado um quadro apresentando a contribuição de cada indivíduo àquela questão.

Apesar de entendermos que no estudo qualitativo a frequência de cada resposta não é relevante, o método DSC pede esta frequência por considerar importante a contribuição de cada indivíduo com sua cota de fragmento de pensamento para o

pensamento coletivo, ou seja, uma vez o pensamento coletivo gestado qualitativamente é preciso necessariamente explorar sua dimensão quantitativa que consiste, por exemplo, em saber quantos indivíduos concorrem para a construção de um dado DSC (Lefèvre e Lefèvre, 2003b).

Os comentários serão baseados na literatura, na observação participativa e diário de campo utilizados durante a convivência com estas mulheres no Banco de Leite e UTI Neonatal.

Ao fazer a análise das questões, emergiram as categorias apresentadas nos quadros 01 a 11 conforme as idéias centrais (IC) detectadas nas falas. Ao aprofundarmos ainda mais nos discursos elaborados nas respectivas categorias, percebemos semelhanças que consideramos pertinente agrupá-las. Assim, o DSC foi re-elaborado a partir dos agrupamentos.

Questão 1- Como está sendo para você e para sua família o fato de ter tido um bebê prematuro?

Quadro 1- Respostas emitidas pelas mulheres-mães de recém nascidos internados na UTIN

Categorias	f*	% **	%***
A- A experiência de ter um parto prematuro é difícil	14	74	36
B- Foi uma surpresa de ter tido um parto prematuro	11	58	28
C- Está tentando superar a situação	05	26	13
D- Encontra dificuldade para vir diariamente no hospital	02	10	5
E- Não queria que o bebê nascesse prematuro	03	16	19
F- Está na expectativa da alta	02	10	5
G- Está insegura da sobrevivência do bebê	01	5	2
Sub-total	38		98
H- Estava preparada para o parto prematuro	01	5	2
Total de respostas	39		100

*mais de uma resposta foi dada por cada participante.

**A porcentagem foi calculada sobre o total de participante (19) para cada resposta.

***porcentagem sobre o total de respostas.

O que se pode perceber nesta questão é que as entrevistadas ficaram bastante emocionadas quando se lembravam da experiência de ter tido um parto prematuro e algumas preferiam esquecer este momento. Contudo, mostravam-se corajosas relatando a situação, deixando transparecer a emoção. Já era esperado que a maioria das entrevistadas manifestassem que a experiência do parto prematuro foi um momento difícil.

Em relação à mãe que disse estar preparada para o parto prematuro, provavelmente a resposta foi baseada em ter tido uma experiência anterior, mas mesmo assim não conseguiu esconder a ansiedade e o medo que a situação representou.

O discurso a seguir foi elaborado a partir do agrupamento das categorias A a G que expressavam os sentimentos vivenciados pelas mães e familiares com o nascimento de um bebê prematuro:

DSC

“Está sendo difícil, não só para mim, minha família ficou muito preocupada com o bebê e comigo também... é lógico que na hora assim, sempre fica um pouco chateada, fiquei muito triste, foi horrível, mexeu muito comigo né, fui embora daqui chorando desesperada quando me deram alta, fiquei um pouco abalada, eu sofro até de pensar, esta noite mesmo eu passei a noite todinha de choro, vem a preocupação, dele táí (o bebê), não sabe se vai viver se vai morrer... foi uma surpresa, foi um susto ... Lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte, nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim, os médicos me passam tranqüilidade né, cê tem que tá forte ali.... mas eu tô superando... a gente não queria que ele nascesse prematuro... tô na expectativa de levar prá casa, é difícil né tem que vir todo dia, tenho mais dois em casa... porque é bem lento o processo do neném né, ter que ficar vindo...pra tirar o leite não é muito bom mas...a gente faz né...paciência né....”

Quando as mães dizem que o nascimento do bebê foi uma experiência difícil o fazem com tamanha carga de sentimento que algumas chegam a chorar, pois para elas, o nascimento antecipado pode representar uma incapacidade, uma falha e muitas vezes sentem-se culpadas por não ter conseguido levar a gravidez até o final.

A mulher passa todo o tempo de gestação sonhando com o bebê, com a arrumação do quarto, com o parto, com a chegada em casa e, de repente, entra em trabalho de parto, a criança nasce prematura, fica internada na UTI e ela tem que voltar para casa sem o bebê e ainda ficar dias, senão meses, indo ao hospital e lá permanecer o dia todo. Maldonado (1989) faz alusão a isso referindo que “*O parto prematuro traz uma profunda sensação de quebra da continuidade*”.

Quando estas mulheres chegam ao hospital aparentam estar assustadas, como que pressentissem que algo não vai bem e, quando são informadas sobre a necessidade da realização do parto, mostram-se bastante surpresas. Infere-se que este comportamento pode estar associado a um acontecimento imprevisto, sem tempo suficiente para se preparar psicologicamente para o parto.

Para Maldonado (1989), os temores de parto prematuro ou malformações sempre estão presentes, mas quando realmente acontece, gera o susto pelo inesperado, ocorre a quebra do que se havia planejado, que era sair do hospital levando o filho para casa.

Brazelton (1988) coloca que inconscientemente uma mãe tende a se culpar quando algo dá errado com o seu bebê, sendo necessários tempo e um árduo trabalho pessoal para superar o sentimento de ter produzido um filho prematuro.

Algumas mães expressaram certa incompreensão pelo fato de terem feito o pré-natal e, mesmo assim, se depararem com a necessidade de interromper a gravidez, ou seja, antecipar o nascimento do bebê por motivos diversos. Esta fala nos remete a uma idéia de que o fato de ter realizado a assistência pré-natal preveniria qualquer intercorrência durante a gestação.

Pode-se perceber que durante a entrevista, na mente das mulheres/mães passa um filme, desde o momento da confirmação da gravidez, que muitas vezes nem foi planejada, com mudanças de planos e adaptação à nova forma de vida, até o momento em que são surpreendidas com o nascimento daquele bebê real, diferente do bebê imaginado por elas. Nota-se que o acontecimento trouxe muita ansiedade, tristeza, um vazio, uma lacuna, devido ao fato de não ter o bebê em seu ventre e nem em seus braços.

Sobre este vazio, Maldonado (1989) cita *Kitzinger*¹⁴ e refere que, na gravidez, muitas vezes o filho é sentido como parte do corpo da mãe e o parto pode ser vivido como uma amputação, completa ainda dizendo que é após o parto que a mulher percebe que o filho é uma outra pessoa, não é aquele bebê que ela imaginou, sendo necessário elaborar a perda do bebê imaginário para interagir com o bebê real. Certamente esta tarefa não é fácil para as mães que têm bebês prematuros e que necessitam ficar internados em uma UTI Neonatal.

Para Codo (2002), se, ser mãe já gera conflitos internos na mulher, ser mãe de um bebê prematuro parece gerar conflitos ainda maiores.

Os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variadas, o que se torna um período bastante vulnerável a crises devido às mudanças intrapessoais e interpessoais desencadeadas pelo parto, fato bastante observado nas mulheres que foram entrevistadas (Maldonado, 1989).

A mãe do prematuro é uma puérpera que vivencia situações únicas, diferentes daquela que teve um bebê de termo, portanto é perfeitamente compreensível que uma mãe não queira passar por esta experiência. Inicialmente não será ela quem cuidará de seu bebê e sim o profissional que atua na UTIN. Portanto, a separação entre mãe e filho em um nascimento prematuro é previsível, levando a alterações no cotidiano e na dinâmica familiar (Serra e Scochi, 2004).

Para Brazelton (1988), não é de se admirar que uma mãe em uma situação desta queira fugir, esconder-se ou proteger-se sob uma depressão, mas felizmente, algumas optam por superar estes sentimentos e começar tudo novamente, vinculando-se ao bebê que sentem ter colocado em perigo.

¹⁴Kitzinger S. Education and counseling for Childbirth, Schocken, Nova York, 1977

Para Maldonado (1989) a puérpera tenta defender-se das dúvidas terríveis acerca da sobrevivência do bebê e dos sentimentos de culpa por tê-lo trazido a esta situação perigosa.

Relata ainda que existem pais que adiam a primeira visita ou as espaçam evitando, assim, o contato com o filho em cuja sobrevivência não confiam. Afirmam também que acontecem situações graves na evolução de vínculos dos pais com os bebês quando aqueles perdem a esperança de sobrevivência destes. Na UTI Neonatal onde foi realizado o estudo, este fato é bastante observado. Quando o bebê fica muito tempo internado, em estado grave, pode-se verificar que a presença dos pais é esporádica, apresentando baixa frequência.

Corroborando com autores acima, acreditamos que o contato entre as mães que têm bebê internado traz, na maioria das vezes, consolo, força e fé para superar este momento de separação entre mãe e filho. Na UTI Neonatal da instituição onde foi realizado o estudo, há uma sala para amamentação onde as mães podem relaxar por alguns momentos, terapeutas ocupacionais desenvolvem trabalhos manuais para distraí-las e desenvolver a auto-estima, proporcionando um momento de descontração muito importante para estas mulheres que convivem diariamente com situações de medo e ansiedade sobre as condições de saúde do filho internado.

Após o primeiro impacto, a maioria das mães compreendem que a recuperação do seu bebê também dependerá de sua calma, de sua tranquilidade e da confiança nos profissionais que estão cuidando dele. Só assim ela poderá fazer parte da equipe que trabalha para que o bebê vá para casa o mais rápido possível.

Vários autores afirmam sobre a importância do contato entre mãe e filho desde o nascimento para o desenvolvimento do vínculo e do apego.

Klaus e Kennell (1978) definem apego “*como uma relação singular e específica entre duas pessoas, que persiste ao longo do tempo*”. Os autores tomam como indicadores deste apego comportamentos como carícias, beijos, abraços e prolongados olhos nos olhos que servem para manter o contato e manifestar o afeto que se experimenta por uma pessoa em particular.

Bowlby (1984) e Brazelton (1988) concordam que o estabelecimento do vínculo e apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe de interagir com seu filho nos momentos iniciais da vida pós-natal.

Porém, para Sluckin (1990), a existência de um período sensível ou crítico para o desenvolvimento do vínculo mãe e filho é questionável. O autor demonstrou que o pressuposto sobre os efeitos negativos da separação entre pais e filhos, no período neonatal, é parcial e incompleto. Informa que há evidências de que, em circunstâncias favoráveis, as mães podem assumir o cuidado de seus filhos prematuros, cuidando deles de forma competente, criando vínculo tão forte quanto aos das mães de bebês nascidos a termo.

Embora o hospital em estudo ofereça a possibilidade de a mãe permanecer como hóspede quando sua casa é muito longe ou em outra cidade, algumas não têm esta possibilidade, pois têm outros filhos e não podem contar com a ajuda de familiares, ou seja, a sua rede social de apoio é fraca. As mães que dependem de outros meios de transporte sem ser o próprio automóvel para ir ao hospital, muitas vezes não comparecem por não ter condições financeiras e/ou por não ter com quem deixar os outros filhos.

Quando o prematuro tem uma boa evolução, o medo vai desaparecendo aos poucos e cedendo lugar à confiança de que o bebê sobreviverá e isto aumenta a ligação, o vínculo com ele (Maldonado, 1989). Apesar da frustração de não ter o bebê consigo, houve a superação e a energia foi direcionada para a fé de que logo estará levando seu filho para casa.

Sob esta ótica, podemos dizer que esta mãe lutou para não ter um parto prematuro e no momento está tentando superar os sentimentos de tristeza e ganhar forças para enfrentar a situação. A não aceitação da realidade poderá gerar ansiedade, tristeza com conseqüente diminuição da produção láctea.

A alta é um momento bastante esperado, pois os longos dias de internação foram construindo a expectativa de levar o bebê para casa. Desde a internação, os pais acompanham os progressos do filho que para eles são nítidos devido à diminuição de aparelhos e fios ligados. Esses pais experimentam também o alívio de ver o bebê sendo

transferido para a Unidade de Cuidados Intermediários, quando é possível aconchegá-lo, colocando-o em MMC sem que os fios atrapalhem ou impeçam este processo. Entretanto, a incerteza sobre se o bebê vai conseguir sugar o seu peito e ganhar peso também pode trazer certa ansiedade e insegurança para a mãe.

Maldonado (1989) afirma que o desejo de levar o bebê logo para casa é um sentimento análogo ao das últimas semanas da gestação, em que a mãe fica ansiosa para que o filho nasça logo, e no caso da alta surge o medo de ter que cuidar do bebê longe da equipe especializada.

Um fato observado em algumas mães é a incerteza da alta e o medo de que aconteça alguma piora no estado de saúde do bebê, adiando a alta prevista e, conseqüentemente, frustrando o desejo de levar o filho consigo para casa.

Para Cresti e Lapi (1997), a longa hospitalização dificulta o estabelecimento da relação da mãe com o bebê uma vez que tira o conhecimento e o poder da mãe sobre o filho doente. Porém, estes autores afirmam que as intervenções operadas pela estrutura do hospital também podem dar suporte aos potenciais de relação da díade, facilitando a sua ativação em favor da aproximação. O hospital, afirmam as autoras, pode atuar como um "envelope que contém e protege" não só o bebê, mas a mãe, dando uma sustentação adequada durante a permanência na unidade.

Portanto, a Instituição e os profissionais das unidades neonatais devem propiciar e facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e bebês prematuros, visando estabelecer o vínculo e apego, tendo em mente que esse é um processo gradual que pode levar um bom tempo.

Outro fator primordial é o contato dos profissionais com os pais e o esclarecimento sobre a situação em que se encontra a criança, pois, no momento o bebê está cercado de pessoas estranhas, monitores e fios e, para os pais, a quantidade de aparelhos significa o quão grave o bebê se encontra. Muitas vezes podemos perceber que as mães se assustam com o aspecto físico do bebê, têm receio em tocá-lo, e de repente se vê experimentando uma sucessão de sentimentos contraditórios, culpas, medos, novidades, tarefas e obrigações que em nada lembra o que ela imaginava sobre a sua relação com o bebê.

Brazelton (1988) afirma que a vulnerabilidade dos pais de bebês prematuros para os sentimentos de responsabilidade por qualquer coisa que aconteça de mal é bastante forte. Os profissionais que atuam diretamente com os pais destes bebês devem reconhecer o que estes realmente necessitam, ou seja, fornecer informações sobre o comportamento do bebê criando confiança para que os pais sintam que estes profissionais vêem o seu bebê como uma pessoa, e não como uma doença.

Segue abaixo o discurso que demonstra que a puérpera estava preparada para o nascimento do bebê prematuro:

DSC
<i>Já estava preparada, eu já sabia que ele ia nascer... e eu já tava esperando já</i>

O fato de a mãe dizer que já estava preparada para o parto prematuro pode, perfeitamente, ser uma maneira de negar a situação, ou de realmente estar esperando, pois na gravidez anterior teve um bebê prematuro.

Dentre as mulheres entrevistadas, quatro estavam vivenciando esta situação pela segunda vez, inclusive uma delas teve duas gestações de gemelares prematuros, portanto esta situação não era novidade. Entretanto, pode-se perceber que o sofrimento e a expectativa não são menores.

Quando algum problema é detectado durante o pré-natal, o ideal é que a gestante receba orientações do profissional médico sobre o parto e o nascimento de um bebê prematuro, assim como suas implicações e possibilidades.

Para Bittar (2001), evitar a prematuridade continua sendo um grande desafio ao obstetra. Trata-se de uma missão difícil, não apenas devido ao conhecimento incompleto dos fatores etiológicos e da fisiopatologia da prematuridade por não se tratar apenas de um problema de ordem médica, mas também, educativo e social, o que o torna mais complexo.

Para o mesmo autor, a literatura tem demonstrado que, apesar de nos últimos anos ter ocorrido importantes avanços nos estudos relacionados ao parto prematuro e a sua prevenção, a taxa de prematuridade se mantém constantemente elevada em alguns locais.

Bittar (2001) acredita ser imprescindível melhorar a assistência pré-natal procurando identificar casos de maior risco para diagnosticar os estágios iniciais do trabalho de parto prematuro. Isso poderá não só impedir ou postergar o nascimento prematuro, mas, também, propiciar melhores condições de nascimento.

A maternidade da instituição onde está sendo realizada a pesquisa em foco é referência regional da DIR XV – Piracicaba em Gestação de Alto Risco e apresenta um programa de orienta o para a gestante de risco internada, com atendimento prestado por psicóloga e assistente social preparando-a para o possível parto prematuro. A futura-mãe   levada para conhecer o ambiente e a equipe da UTI Neonatal e o Banco de Leite, lugares que freq entará caso venha a ter um parto prematuro.

Esta experiência pode ajudar a mãe a evitar conflitos com o sentimento do inesperado, pois ela saber  onde o bebê está e, provavelmente, superar  o estresse da separa o com um pouco mais de facilidade, este   um fator que favorecer  e incentivar  a mãe a se empenhar na manuten o da produ o de leite para o seu bebê.

Questão 2- Como está sendo para você coletar o leite e trazê-lo para o bebê?

Quadro 2- Respostas emitidas pelas mulheres-mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f*	%**	%***
A- Gosta e não encontra dificuldades em ordenhar e trazer o leite ao BLH	10	53	38
B- Está usando também o BLH para retirar o leite	04	21	15
Sub-total	14		53
C- Está sendo difícil coletar o leite e trazê-lo ao BLH	07	37	27
D- Acha que seria melhor se o bebê mamasse no peito	03	16	12
E- Desconhece sua responsabilidade em trazer o leite e como manter a lacta�o.	02	10	8
Total de respostas	26		100

*mais de uma resposta foi dada por cada participante.

**A porcentagem foi calculada sobre o total de participante (19) para cada resposta.

***porcentagem sobre o total de respostas.

Apesar das respostas positivas verbalizadas (53%) pelas mulheres durante as entrevistas, percebemos no nosso cotidiano que este comportamento não representa a realidade observada no Banco de Leite da instituição onde foi realizada a pesquisa. Esta contradição é percebida, pois a maioria das mães que têm o seu bebê internado têm dificuldade de trazer o leite ou quando traz, é em quantidade insuficiente para o seu bebê. Algumas referem que o motivo é por ter dificuldade na ordenha manual e, por esse motivo, preferem ordenhar com a bombinha do Banco de Leite por ser mais rápido e menos doloroso.

Estudo realizado entre os meses de janeiro e março de 2005, no BLH do hospital em estudo (Veloso e Shimo, 2005), mostrou a realidade deste serviço em relação à coleta de leite pelas mães de bebês internados. Verificou-se que apenas 30% das mães conseguiram suprir as necessidades de seus bebês durante a sua internação, porém, quando são questionadas sobre a coleta do leite, a maioria (quadro 02), relata que não encontra dificuldades para ordenhar ou trazer o leite, talvez com receio de que o BLH não mais forneça leite para o seu bebê.

O discurso a seguir reúne as categorias de depoimentos de mães que revelam não encontrar dificuldades para coletar o leite e ou aquelas empenhadas em manter ou aumentar a produção láctea:

DSC
<i>“Eu tiro com a bombinha né fervendo tudo, todo tempo que eu posso eu tiro e todos os dias eu trago um vidro cheio de leite, eu tenho bastante leite...é gostoso porque você imagina que tá dando seu próprio leite pro seu nenê pra ele crescer, pra ele ir embora pra casa, então é gostoso, eu gosto de tirar...eu senti medo do meu filho ficar com fome, então eu tiro em casa eu tiro aqui, se eu tiver que acordar cedo eu tiro também, o melhor é tirando aqui...um momento que eu aguardo tanto, ele mamar em mim, gostoso mesmo seria se ele tivesse mamando no peito”</i>

Após a puérpera ter se recuperado do parto, ter ido a UTIN ver o seu bebê e, percebermos que ela está menos abalada emocionalmente, é encaminhada ao BLH para receber informações sobre como deve realizar a ordenha das mamas, por quê deve retirar o leite, como armazenar e transportar o leite de casa para o BLH, sobre o processo pelo qual passará o seu leite antes de ser oferecido ao bebê com o objetivo de incentivá-la e tranquilizá-la a respeito de sua produção láctea.

Para Vinha (1999), a vontade e o querer nutrir o filho com o seu próprio leite são fatores importantes na manutenção do aleitamento materno. A mulher deve confiar em si própria em seu potencial de vencer barreiras pessoais e sociais que podem vir a perturbar a manutenção da lactação.

Por outro lado, deve existir apoio da equipe do BLH no sentido de capacitar e incentivar a mãe para a retirada do leite de suas mamas em casa. Para que as orientações sejam efetivas, é indispensável que o profissional demonstre a ordenha em uma “mama cobaia”¹⁵ e em seguida, peça à mãe para que repita a técnica verificando se ela realmente está conseguindo realizar a expressão da mama. O fornecimento de orientações escritas pode ser de grande valia caso surja alguma dúvida em casa.

Segundo Javorsky (1997), a descoberta de que algumas doenças são transmitidas pelo leite materno, entre elas a AIDS¹⁶, proscreeu o aleitamento cruzado, que era prática comum entre mães de bebês prematuros para manter a lactação, passando a utilizar outros mecanismos de extração do leite, dentre eles, podemos citar a extração manual ou com bombas tira-leite, utilizadas até que o bebê tenha condições clínicas para realizar a sucção no peito da mãe.

Grande parte das mães apresenta dificuldades em retirar o leite das mamas manualmente, preferindo as bombas tira-leite, procedimento este que pode trazer problemas à mama como, por exemplo, fissuras no mamilo. Atribui-se essa dificuldade pela falta de habilidade manual. Acreditamos que se bem treinadas, poderá executar o procedimento sem muitas dificuldades.

¹⁵Material didático-modelo de mama feita de pano, com estampa da glândula mamária e recoberta em crochê imitando a pele, com delimitação da aréola e mamilo em tom mais escuro

¹⁶A aids é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>. Acesso dezembro/2006.

É importante que os profissionais que estão apoiando a mulher na manutenção da lactação não centrem suas ações apenas nos aspectos biológicos do ato de amamentar, ou seja, ver a mulher apenas como um ser cuja função, naquele momento, é produzir leite para alimentar o filho. A mãe precisa se sentir segura durante a hospitalização de seu bebê e é necessário que ela tenha e receba informações acrescidas de apoio tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde (Serra e Scochi, 2004).

Para que isto ocorra, é essencial que os profissionais envolvidos se organizem para que possam fornecer às mães informações e orientações, encorajando-as, nunca se esquecendo de elogiar o esforço que elas estão fazendo, como uma maneira de incentivá-las favorecendo a produção láctea.

É importante esclarecer às mães que quanto mais leite é retirado das mamas, mais será produzido, sendo necessário em muitos casos alertar para o fato de algumas inexperientes que crêem em que se retirar o leite do peito, pode faltar para o seu bebê.

O que se tem observado nas mães é que a maioria gosta de retirar o leite só no BLH, acarretando uma baixa produção. Quando percebem que a quantidade está sendo insuficiente e que o leite está “secando”, ficam desesperadas e querem voltar a produzir uma quantidade de leite razoável.

Como já foi citado, a maioria das mulheres preferem retirar o leite no Banco de Leite por ser um processo menos doloroso e mais rápido, no entanto realizam a extração no máximo duas vezes ao dia: quando chegam para visitar o bebê e quando vão embora para casa.

Devido ao grande número de atendimento no BLH (média de 400 atendimentos/mês), muitas vezes torna-se impossível um atendimento rápido e muitas mães não podem esperar, o que faz com que elas procedam à ordenha apenas uma vez por dia. Algumas mulheres retiram o leite em casa, outras não, portanto o que fatalmente acontece é a hipogalactia por falta de drenagem, ou seja, o volume de leite produzido diminui chegando, muitas vezes, à supressão total.

O que tem sido feito para administrar esta situação é oferecer possibilidades na coleta do leite como, por exemplo, o fornecimento de bombas manuais com controle da força de sucção (a título de empréstimo) fazendo com que a ordenha se torne um processo

menos doloroso e mais rápido. Porém, o serviço não possui muitas unidades desta bomba, impossibilitando o fornecimento simultâneo para todas as mães.

Ficou evidenciado, durante o estudo, que os profissionais de Banco de Leite realizam um importante trabalho de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno. Almeida (1999) acrescenta que *”a maioria das instituições hospitalares que cumpriram os dez passos para o sucesso da amamentação, e que se tornaram “Amigas da criança” dispunham de um trabalho prévio de bancos de leite humano”*.

A função dos Bancos de Leite é bastante ampla e não se resume apenas ao processamento do leite. Neste serviço são desenvolvidas atividades de orientação e apoio as puérperas, execução de atividades de coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite pasteurizado sob prescrição médica ou de nutricionista. Não tem fins lucrativos e é obrigatoriamente ligado a uma instituição materna/infantil (Almeida, 2001). Neste contexto, o BLH é local de referência para o apoio à mulher que está mantendo a lactação para o seu bebê internado na UTI Neonatal.

No discurso abaixo agrupamos as categorias de depoimentos em que as mães referem encontrar dificuldades para coletar o leite:

DSC
<i>“Eu achava que tinha o suficiente aqui no Banco de Leite, então eu não fiquei tão preocupada, eu não esperava que eu ia ter que tirar meu leite, trazer todo dia, em casa é mais difícil... Oia, pra mim que não tenho costume tá sendo muito difícil, tá doendo bastante tá rachando... tirar com a mão é bem mais dolorido...no começo eu estressei, não tinha leite, eu ainda consegui um pouco né eu trouxe quatro ou cinco vez e aí depois acabou mesmo não tenho leite... Não... eu não to trazendo leite “</i>

A tarefa de retirar o leite e trazer para o BLH é um processo difícil para algumas mães e elas afirmam ter dificuldade para retirar o leite, mesmo com o auxílio da bomba tira-leite. Para outras, a dificuldade é econômica para o acesso ao hospital. A falta de equipamento social e/ou suporte familiar para cuidar dos outros filhos também é referida. A falta de tempo por estar absorvida com os afazeres domésticos é uma das justificativas para a não retirada do leite. Estes fatores independentes ou conjuntamente levam as mulheres a desanimarem com o procedimento de ordenhar as mamas em casa, passando às vezes a realizar somente quando vão até o hospital para visitar o bebê.

O fato de a mulher estar experimentando situações de estresse e tristeza pode desencadear a produção de adrenalina, a qual inibe a produção de ocitocina e causa uma diminuição significativa da produção láctea (Akré, 1997).

É imprescindível também que haja um preparo prévio para a alta onde será fornecida à mãe informações que a deixarão mais segura sobre os cuidados com o bebê e com sua produção láctea. Isto poderá deixá-la mais segura e confiante em sua capacidade de cuidar do filho, pois o desconhecimento poderá gerar ansiedade refletindo negativamente no aleitamento.

Durante o estudo foi possível perceber que, devido às internações mais longas, as mães ficam cansadas do ambiente hospitalar e às vezes deixam de trazer leite para o bebê, não comparecem ao Banco de Leite para ordenhar as mamas, e algumas chegam a apresentar problemas de relacionamento com a equipe que cuida do seu filho.

As nutrizas passam por um período, muitas vezes longo, no qual precisam manter a lactação sem a presença da sucção direta da criança. A dúvida e o conflito quanto à capacidade em manter a lactação através da expressão das mamas e a dor que acompanha a ordenha manual ou mecânica, são fatores observados na maioria delas, porém, elas devem ser encorajadas a realizar a retirada do leite em intervalos regulares (pelo menos de seis a oito vezes ao dia), inclusive no período noturno.

Acreditamos que o fato de não estar atendendo às expectativas quanto à produção láctea é tão perturbador para as mães que, às vezes, observamos que elas evitam se encontrar com os profissionais ou mesmo ir até o BLH. Inferimos que este comportamento é devido ao medo de serem responsabilizadas integralmente pela

alimentação do seu bebê ou para não ficar evidenciado o seu fracasso em produzir leite, pois temem que o serviço não mais forneça o leite pasteurizado para o seu bebê.

Foi evidenciado neste grupo de puérperas que tiveram bebês prematuros que, além de não poder ter os bebês em seus braços, a amamentação foi um momento também esperado e que não ocorreu na hora em que deveria ter ocorrido, trazendo intranquilidade, frustração e tristeza. O que se pôde verificar através da observação participante é que as mães só se sentiram “mães de verdade” após pegarem o bebê no colo e amamentá-los. Havia um clima de ansiedade para este momento acrescido ao medo e à incerteza de ser capaz de realizar este sonho.

Após visitar a literatura sobre papel materno das mães de RNPT, Carmona (2005 p. 74) verificou que:

“as mulheres precisam passar por um árduo processo para estabelecer controle sobre a situação em que se encontram, vencer os sentimentos negativos e tornarem-se realmente mães dentro da unidade de internação neonatal. A identidade de papel materno são construídos durante tal processo e para elas é substancialmente mais difícil atingir os ideais do bom desempenho materno. O contexto da unidade de internação neonatal faz com que tal desempenho seja ainda mais difícil em função dos conflitos entre os pontos de vista das mães e da equipe de enfermagem e o distanciamento imposto pela própria situação de hospitalização”

Para Javorsky (1997) o ato de amamentar o filho no peito tem sido representado por muitos como indicativo de amor materno, o que nos tempos atuais ainda aparece de forma camuflada, principalmente quando relacionada a determinados extratos sociais.

Embora alguns autores como Klaus, Kennell e Winnicott, concordem que a sucção no peito seja importante para o desenvolvimento psicológico do bebê, são cautelosos enfatizando que o ato de amamentar não deveria ser tomado como expressão de apego e amor materno (Javorsky, 1997).

É importante esclarecer a mãe sobre as possíveis dificuldades que poderão enfrentar ao iniciar a amamentação no peito pelo bebê prematuro, para que não se desanimem diante das várias tentativas em colocá-lo para sugar. Deverá saber que é normal o prematuro sugar durante períodos breves, interrompidos por intervalos freqüentes e, às vezes, bastante prolongados com objetivo de conseguir coordenar a sucção, deglutição e respiração (Almeida, 2005). Percebemos que a expectativa em iniciar o aleitamento pode estimular a mãe para que se empenhe no estímulo de suas mamas para garantir uma boa produção de leite.

Durante o estudo pudemos perceber que para algumas mães, o fato do hospital ter um BLH indicava que havia leite estocado em quantidade suficiente para atender a todos os bebês internados, o que não é realidade. O BLH da instituição onde foi realizado o estudo tem, em média, cerca de 20 doadoras e distribui uma média de 30 litros de leite mensalmente atendendo parte dos bebês internados na UTIN. Para atender a todos os bebês, seria necessário uma média de 100 litros/mês, com os 18 bebês mamando cerca de 20ml por mamada em 30 dias.

Diante dessa insuficiência, o BLH segue critérios de distribuição preconizados pela Portaria MS 322/88, conforme segue abaixo:

- Prematuros e de baixo peso que não sugam;
- RN Infectados (entero-infecções);
- Portadores de deficiências imunológicas;
- Portadores de alergias a proteínas heterólogas;
- casos excepcionais a critério médico.

No BLH em questão, todo leite distribuído é pasteurizado, mesmo o leite exclusivo da mãe para o filho. Neste sentido Vinagre e Diniz (2001) esclarecem que o leite humano pasteurizado mantém uma porcentagem elevada de S-IgA, IgG, lisozimas, lactoferrina e macrófagos, suficientes para proteção das crianças prematuras, uma vez que nenhum outro leite tem, sequer, traços destes elementos.

É importante esclarecer à mãe que o seu leite é o alimento mais adequado às necessidades do seu bebê, ou seja, para a sua idade gestacional. Vale acrescentar que o BLH suprirá a demanda caso ela não consiga produzir leite em quantidade suficiente, embora não há como garantir que o leite disponível se adequará à idade gestacional do bebê.

É recomendável que os profissionais das unidades neonatais e do BLH ensinem e estimulem as mães a ordenhar seu leite, o qual será posteriormente processado, armazenado e depois oferecido ao bebê, visando assim, não só a manutenção da produção láctea, mas também a oferta do melhor alimento para o bebê.

Um cuidado que só as mães podem fazer ao filho é produzir leite para ele. Esta é uma contribuição para o bem-estar do bebê de alto risco e representa, para a mãe, um caminho para se sentir como parte do “time” que presta assistência ao seu filho (Scochi et al.,2003).

Questão 3- Como você faz para retirar o seu leite?

O quadro 3 mostra a situação das mulheres-mães que extraem o leite, quer seja com uso de bomba tira-leite e/ou manualmente e as que não conseguem.

Quadro 3- Respostas emitidas pelas mulheres-mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f*	%**	%***
A- Usa a bomba tira leite para a ordenha	10	53	45
B- Usa a mão para a ordenha	07	37	32
D- Faz ordenha com a mão e com a bomba	02	10	09
Sub-total	19		86
C-Não consegue tirar de nenhuma maneira	03	16	14
Total de respostas	22		100

*mais de uma resposta foi dada por cada participante.

**A porcentagem foi calculada sobre o total de participante (19) para cada resposta.

***porcentagem sobre o total de respostas.

Como anteriormente citado, apesar da orientação e treinamento fornecido, nem todas as mulheres-nutrizes conseguem habilidade suficiente para proceder a drenagem manual, preferindo a extração com bomba-tira leite, especificamente do banco de leite humano.

Apesar de considerarmos que a extração manual oferece vantagens principalmente em relação a traumas mamilares, fato descrito na literatura, a preferência das mulheres/nutrizes pela bomba tira leite, leva-nos a questionar: os profissionais realmente oferecem treinamento adequado para que as mulheres possam desenvolver habilidade suficiente para a auto-ordenação? A ordenha mecânica é realmente mais fácil e menos dolorosa? Estudos se fazem necessários.

No discurso abaixo foram reunidas as categorias de depoimentos de mães que conseguem realizar a extração do leite de suas mamas com a mão ou com a bomba manual e/ou mecânica.

DSC

“Uso a bombinha, eu comprei a maquininha LILLO e com ela que eu tô tirando né de 2 em 2 horas de 3 em 3 horas né, tirando com a bombinha sai mais né, eu aprendi a tirar e agora é mais fácil, eu tiro em casa, primeiro eu massageio bem o seio tudo em volta né e aí eu sugo com a bombinha, ...eu acho que na bombinha é melhor do que na mão,mas eu tiro com a mão também, no Banco de Leite eles falaram que não é muito bom bombinha, mas tirar com a mão é bem mais doloridoprimeiro eu tiro com a bombinha, eu tiro até...até ele sair bastante aí quando começa a parar aí eu começo a massagear meu seio em circular assim...e aí eu vou tirando... quando eu tô aqui eu uso a bombinha delas, mas lá em casa eu tiro também com a mão...”

Como podemos ver, grande parte das mulheres entrevistadas preferem usar a bomba tira-leite para ordenhar as mamas. Este pode ser um procedimento que, se não for realizado com uma bomba adequada e com a pressão controlada adequadamente,

pode acarretar danos ao mamilo e contaminar o leite que foi extraído. É o caso do uso de bomba que apresenta em sua extremidade uma pêra de borracha, a qual deve ser apertada para desenvolver a sucção. Bombas deste tipo fazem forte pressão no mamilo podendo, inclusive, fissurá-lo, e o leite que é retirado poderá entrar dentro da pêra de borracha tornando-se contaminado. Vale salientar que esta peça é de difícil higienização e o resíduo de leite nela deixado poderá aderir à borracha, gerando o desenvolvimento de microorganismos.

Existe no mercado um outro tipo de bomba manual de preço acessível, que possibilita o controle da força da sucção, além de apresentar fácil higienização, sendo a recomendada pelos profissionais do BLH. Contudo, Nascimento e Issler (2004) referem que as bombas manuais são inadequadas para conseguir a manutenção prolongada da lactação, afirmam que a extração simultânea de LH das mamas através da bomba elétrica é mais efetiva para manter a produção, além de aumentar seu conteúdo lipídico. Deve, portanto, ser preferida, sobretudo se o RNPT for menor que 1.500g ou gemelar.

Alguns tipos de bombas elétricas, mais usadas em bancos de leite, apresentam um dispositivo que permite a extração do leite em ambas as mamas simultaneamente, diminuindo o tempo que a puérpera permanece no serviço, além de estimular maior liberação de prolactina (Nascimento e Issler, 2004).

A ordenha mecânica é uma opção para a retirada de LH, mas deve-se considerar a eficiência, a disponibilidade, o custo e o potencial para trauma mamilar associados às bombas antes de indicá-las. (Nascimento e Issler, 2004).

As mulheres participantes desse estudo referiram que com a bomba mecânica, o volume de leite retirado foi maior, e que se sentiram menos cansadas, ao contrário do que acontece com as bombas manuais, as quais há necessidade de utilização de força para puxar, portanto, de acordo com elas a extração do leite com bomba mecânica pode contribuir para a produção e manutenção láctea. Estudos nesse sentido também se fazem necessários.

O que se houve dessas mulheres é que, com a bomba mecânica, o volume de leite retirado é maior, sem que se sintam cansadas, ao contrário do que acontece com as bombas manuais, as quais há necessidade de utilização de força para puxar, portanto,

de acordo com a fala das mulheres-mães conclui-se que a extração do leite com bomba mecânica pode contribuir para a produção e manutenção láctea.

Quanto à ordenha manual, esta deve ser ensinada a todas as mães após o parto para prevenir o ingurgitamento e, para as mães que têm o bebê internado, será essencial para que a lactação seja mantida. Esse tipo de ordenha é fácil de ser aprendido, embora algumas mulheres demonstrem dificuldade na sua execução. Quando se ensina a técnica da ordenha para a mãe é importante que seu peito não esteja ingurgitado, pois poderá encontrar dificuldades para executar a drenagem das mamas.

Javorski (1997) 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. Codo (2002) em sua pesquisa com mães de bebês prematuros também aponta a dificuldade sentida pela inabilidade técnica, por ser uma coisa nova.

Para Vinagre e Diniz (2001) o leite humano coletado por expressão manual tem menores possibilidades de ser contaminado por coliformes e bactérias gram-negativas do que as amostras coletadas em bombas tira-leite nas residências. Para o autor a extração manual é considerada de melhor eficácia. Este tipo de ordenha estimulará a produção láctea desde que a mulher tenha habilidade e não sinta dor na sua execução.

A boa produção láctea parece funcionar como um motivador para a mãe. Ela entrega o frasco cheio de leite com um certo orgulho “de quem está cumprindo o seu papel na equipe. Nestes casos, a atitude do profissional que a atende é de grande importância, pois deve ser positivo, elogiando-a e explicitando o quanto este leite vai ajudar o seu bebê a se recuperar.

Para que o estímulo correto seja oferecido às mães, os profissionais que trabalham em BLH devem ser detentores de um perfil adequado para lidar com situações envolvendo não apenas as ações técnicas, mas ser pessoas com um profundo espírito de solidariedade e companheirismo (Menconi, 2005).

Os principais diferenciais destes profissionais são o acolhimento e a disponibilidade, pois como coloca Menconi (2005), as ações do BLH não se limitam ao campo técnico do saber, mas principalmente para as relações familiares no sentido de garantir o sucesso do aleitamento e também a captação das doadoras.

Segundo a autora, os profissionais que trabalham em bancos de Leite devem ter, de acordo com a Portaria Ministerial nº 698, de 09/04/2002, a capacitação mínima descrita a seguir: *Manejo Clínico da lactação* (treinamento 18 horas/OMS/Unicef/MS) e *Processamento e Controle de Qualidade em Banco de Leite Humano* (treinamento de 40horas/Redeblh/MS); recomenda-se também a Capacitação na Metodologia Mãe Canguru e o Curso de Aconselhamento em Amamentação (treinamento 40 horas/OMS/Unicef/MS).

O discurso abaixo se refere a depoimentos de mães que tem dificuldades para retirar o leite de suas mamas.

DSC
<i>Eu tenho dificuldade, não sai na bombinha e na mão eu também não consigo tirar, eu tentei mas eu não consegui...</i>

Há alguns casos em que a mulher não encontra habilidade suficiente para realizar a ordenha de forma alguma. Essa situação somada ao estado de ansiedade e estresse poderá, fatalmente, gerar a hipogalactia.

Diante da diminuição na produção láctea acrescida da dificuldade na retirada do leite, acreditamos que a mulher, muitas vezes, desiste e não comparece ao banco de leite para ordenhar as mamas por ocasião da visita ao bebê na UTIN, pois, conforme a nossa vivência, essas mulheres aparentam não querer assumir o fracasso de não produzir leite para atender às necessidades de seu filho.

Meier et. al (1992), citam alguns trabalhos onde constataram o elevado índice de fracasso no aleitamento materno entre as mães de prematuros. Segundo as autoras, 30 a 70% das mães que iniciaram o aleitamento materno com expressão manual ou com bombas elétricas, interrompem-no antes da alta hospitalar da criança, o que se deve à incoerência nas informações e as práticas relacionadas ao aleitamento materno.

Idealiza-se que por ocasião da alta hospitalar, todos os bebês estejam mamando exclusivamente no peito, o que se verifica com a grande maioria dos bebês da instituição em estudo, porém, o que se tem observado nos retornos ambulatoriais é que algumas mães introduzem aleitamento artificial precocemente. Segundo preconizado pela OMS o ideal é que seja alimentado apenas com o leite materno até o sexto mês de vida.

Xavier et al.(1991), realizaram estudo longitudinal e prospectivo da duração do aleitamento materno de RNPT em crianças nascidas com peso menor ou igual a 2.500 gramas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, onde há programa de incentivo ao aleitamento, no período de outubro de 1985 a setembro de 1986. A incidência do aleitamento materno foi de 86,5%. A prevalência do aleitamento para as crianças de 3 meses foi de 62,5%, 38,5% aos 6 meses, 28,7% aos 9 meses e 25,0% aos 12 meses de vida. A mediana da duração de aleitamento materno foi de 4 meses.

Nascimento e Issler (2004) referem que a literatura disponível referente ao aleitamento natural em prematuros não expressam claramente a definição de Aleitamento Materno (AM) à alta hospitalar e não descrevem especificamente os programas de estímulo à amamentação praticados. Citam trabalhos nacionais e internacionais realizados em unidades neonatais onde é desenvolvida alguma política de incentivo ao AM e que mostram que a amamentação do RNPT é viável. Segundo os autores estudos realizados na Europa trazem índices de AM em prematuros na alta de 96% na Noruega, 91% na Finlândia, 75% na Suíça e 94% na Suécia. O baixo índice de aleitamento na Suíça possivelmente se deve à falta de acomodações para as mães no hospital pesquisado.

Os autores acima mencionados relatam também pesquisas realizadas nos Estados Unidos com bebês de baixo peso sobre manutenção da amamentação em ambiente hospitalar: Em New Haven, Connecticut - 75%; São Francisco, Califórnia - 44%; em Cleveland, Ohio - 49%.

No Canadá os índices são de 58% de aleitamento no momento da alta. Estudo multicêntrico realizado na Etiópia, Indonésia e México, com bebês de baixo peso submetidos ao Método Mãe Canguru e que iniciaram a mamada precocemente, descreveu taxas de aleitamento exclusivo de 98, 83 e 80%, respectivamente, com taxa geral de 88%.

Baseados nestes índices conclui-se que os hospitais que realizam programas de incentivo ao aleitamento e/ou utilizam o Método Mãe Canguru, são os que apresentam melhores resultados na duração do aleitamento materno.

Para Vieira et al. (2004) citando Lucas¹⁹, quando as mães dos RN prematuros não conseguem produção de leite em volume suficiente para suprir as demandas de seus bebês, o uso do leite humano pasteurizado - LHP - se faz necessário. O único LHP seguro para a oferta aos bebês prematuros é o proveniente dos bancos de leite, centros especializados na promoção e incentivo ao aleitamento materno, responsável pela coleta, processamento e controle da qualidade do leite humano doado.

Nos hospitais onde não há Banco de Leite a permanência da mãe do prematuro para retirar o leite para cada mamada é imprescindível. Outra alternativa é que a mãe seja orientada a coletar o seu leite para ser pasteurizado por um Banco de Leite de referência do hospital, para atender a demanda do bebê. Nestes locais é de suma importância o comprometimento dos profissionais para garantir condições para a coleta do leite, pelas mães, nos horários semelhantes aos das mamadas e também o envio do leite coletado em casa para a pasteurização. Estas mulheres devem receber orientações sobre como armazenar e transportar o leite de maneira segura para o hospital.

¹⁹Lucas A. Enteral Nutrition. In: Tsang RC, Lucas A, Uauy R, Zlotkin S, editors. Nutritional needs of the preterm infant. scientific basis and practical guidelines. New York: Williams & Wilkins; 1993. p. 209-23.

Questão 4- O que você sabe sobre a alimentação do prematuro?

Quadro 4- Respostas emitidas pelas mulheres-mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f*	%**	%***
A- Acha que o leite materno é melhor	17	89	85
C- O bebê está recebendo outro tipo de nutrição	01	5	5
Sub-total	18		90
B- Não tem conhecimento sobre a alimentação do prematuro	02	10	10
Total de respostas	20		100

*mais de uma resposta foi dada por cada participante.

**A porcentagem foi calculada sobre o total de participante (19) para cada resposta.

***porcentagem sobre o total de respostas.

Embora a maioria das mulheres entrevistada conheça o valor do leite materno para o bebê, nem todas apresentam uma produção em quantidade suficiente para alimentar o bebê durante a sua internação. Este fato é perfeitamente explicado por Almeida (1999), quando aborda a história do desmame, ou seja, a produção láctea foi construída com atributos eminentemente biológicos, regidos unicamente pelas leis da natureza, faltando o condicionamento cultural favorável, e sem levar em conta as representações deste processo na vida da mulher.

Bosi e Machado (2005) fazem um resgate da prática da amamentação através da história e concluem que o valor atribuído ao leite materno e as suas vantagens nutricionais e afetivas apresentam, na atualidade, flutuações também observadas ao longo da história, em diferentes sociedades. Para as autoras, o ato de amamentar ou não no peito, a despeito de possuir uma expressão no nível biológico, decorre de processos que transcendem este plano sendo histórica e culturalmente condicionado.

Essa complexidade precisa ser considerada quando se pretende realizar ações voltadas ao incentivo do aleitamento.

No discurso abaixo estão reunidas as categorias de depoimentos de mães que relataram o tipo de alimentação que é importante para o seu bebê:

DSC
<i>“Eu acho que o leite materno é o melhor né...bom, no começo eu sei que ele não precisa de nada, até seis meses é só o meu leite, o meu leite basta pra ele, ele não precisa de água não precisa de nada... só o meu leite, meu leite tem tudo que ele precisa..., quanto mais ele mamar em mim melhor vai ser né? Ele tá mais na alimentação parenteral, não sei exatamente o que é isto, né, mas é tipo um sorinho que tem as vitaminas que ele precisa, meu leite ele tá tomando bem pouquinho... não existe nada melhor né, até os dois anos, acho que faz bem pra criança”..</i>

Pode-se perceber que a opinião destas mães a respeito do leite materno é formada basicamente em conceitos pré-formados, não havendo obrigatoriamente um conhecimento mais específico sobre as propriedades do leite produzido pela mãe do prematuro.

A importância do leite materno para o prematuro tem sido preconizada desde o início do século atual. Em seu primeiro texto sobre neonatologia, Budin (1907) recomendou que as mães deveriam ser encorajadas a amamentar os seus próprios filhos prematuros, além de um outro bebê a termo, a fim de aumentar e manter a produção de leite, prática esta contra indicada nos dias atuais.

Moura (2005) explica que durante a gravidez ocorre a produção de um leite semelhante ao colostro, o qual a autora chama de “precoce”, e que apresenta composição nutricional adequada ao crescimento do bebê que também nasce precocemente. O leite precoce corresponde a um período de cerca de 260 dias de gestação, isto é, 20 dias antes do parto termo e é basicamente composto de: proteína - apresentando maior teor que no leite de bebês a termo atendendo as necessidades de proteção do bebê e garantindo as substâncias construtoras para o seu crescimento - lipídios, cálcio e magnésio (Moura, 2005).

Quando o discurso sinaliza sobre a importância do “meu leite” desvela-se nesta fala não só o valor nutricional, mas também o carinho, a vinculação e a certeza de que ela é necessária para nutrir e contribuir para o restabelecimento do seu filho.

Esse sentimento é compreensível porque, *“na nossa sociedade, a maternidade é socialmente valorizada e instituída como responsabilidade/dever da mulher pelo cuidado do filho, o que está em parte fundamentada na capacidade que ela tem de engravidar, parir e amamentar, e em construções sociais de serem as mulheres mais ternas, carinhosas e habilidosas para cuidar da prole”* (Nakano, 2003 p.4)

A segurança das mães em relação ao valor de seu leite para o bebê é muito importante para o sucesso da manutenção láctea.

Moura (2005) esclarece que o leite de cada mãe é apropriado para o seu bebê, especialmente para aqueles nascidos pré-termo. Todavia, bebês nascidos muito precocemente podem necessitar de alguma suplementação nutricional.

Lacerda et al. (2000) colocam que para a realização do suporte nutricional, tem-se as vias de acesso para a nutrição enteral e para a parenteral.

Na nutrição enteral, as vias possíveis correspondem à sonda naso ou orogástrica, nasojejunal, gastrostomias e jejunostomias. Em relação à nutrição parenteral, tem-se o acesso venoso periférico e o profundo.

Os autores informam também que a via de acesso prioritária é a enteral, uma vez que a parenteral é mais cara e arriscada. Para a utilização da via enteral, o trato gastrointestinal precisa estar íntegro. Caso a nutrição enteral não supra as necessidades, a nutrição parenteral deve ser indicada.

O objetivo principal da nutrição parenteral (NP) nos recém-nascidos de baixo peso não é o ganho de peso e sim o fornecimento adequado de calorias e nitrogênio suficientes para prevenir o catabolismo e promover o balanço nitrogenado positivo. Deve ser indicada após 72 horas de vida em casos onde a alimentação enteral não é possível ou quando os requerimentos calóricos não puderem ser adequadamente fornecidos por via enteral (Lacerda et al., 2000).

É importante deixar claro para a mãe que deve manter o estímulo de suas mamas para que a produção seja mantida e que assim que o bebê esteja apto a receber o leite, haverá produção suficiente para alimentá-lo.

Segue abaixo o discurso da categoria de depoimentos onde foi revelado que algumas entrevistadas não souberam dizer qual o melhor alimento para o seu filho:

DSC
<i>não sei....não ouvi falar...não sei o que é melhor...</i>

Algumas mães não tiveram oportunidade de conhecer mais sobre a alimentação do prematuro, ou seja, com o quê aquele “ser” pequenino e indefeso deveria ser alimentado.

Na realidade, a alimentação do recém-nascido pré-termo é um assunto que já foi e ainda continua sendo bastante estudado, tendo afrontado os pesquisadores por suas especificidades anátomo-fisiológicas e necessidades protéico-calóricas elevadas, necessárias para atender ao processo acelerado de crescimento destas crianças (Javorsky, 1997).

Vários estudos já foram realizados ao longo dos anos, Gross et al. (1981), demonstraram que os prematuros alimentados com leite humano tinham velocidade de crescimento semelhante ao ganho ponderal intra-uterino, além de um menor índice de infecção e menor taxa de morbidade e mortalidade, concluindo que o leite materno era o melhor alimento para os bebês pré-termo.

O desconhecimento dessas mulheres pode também ter como causa a falha de informação, sendo que a função de fornecer esclarecimentos sobre o assunto para essas mulheres, ainda durante a internação, é do profissional de saúde que as atende, o qual muitas vezes não está capacitado para tal função.

Segundo Javorsky (1997), os serviços de apoio ao aleitamento materno, quando existentes nas unidades neonatais, dificilmente seguem um protocolo de informações podendo a mãe receber orientações contraditórias dos vários profissionais com

os quais ela tem contato, portanto concluímos que as informações devem ser uniformes, esclarecedoras, de preferência escritas, para motivar a puérpera e não deixá-la insegura. Acreditamos que as orientações devam ser repetidas tantas vezes quanto forem necessárias até percebermos que as mães/familiares tiveram a compreensão do conteúdo explanado.

Questão 5- Você encontra algum obstáculo/dificuldade para a retirada do leite?

Nessa questão, agrupamos as categorias A a E para elaborarmos o discurso das mulheres que apresentaram e/ou demonstraram dificuldades para a extração do leite.

Quadro 5- Respostas emitidas pelas mulheres mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f	%
A- A dor é um obstáculo	03	16
B- O leite não sai	03	16
C- Teve dificuldade no início	03	16
D- Não tem local apropriado para a coleta	01	05
E- A internação do bebê interfere psicologicamente na produção láctea.	02	10
Sub-total	13	63
F- Não encontra obstáculos	07	37
Total de respostas	19	100

O quadro acima traduz exatamente a nossa observação, qual seja, 63% das mulheres entrevistadas verbalizam dificuldade diversas para retirada do leite.

Sabe-se que as mamas-mamilos são regiões muito delicadas e se tornam muito mais sensíveis durante a gestação e após o parto, principalmente durante a apojadura, assim sendo, é preciso muito cuidado ao demonstrar a ordenha para a mulher.

O ideal é que a orientação seja fornecida no mesmo dia após o parto, período em que provavelmente a mulher estará mais disposta para receber informações e ainda não entrou na apojadura, entretanto, é um período em que ela está elaborando a prematuridade e condições de saúde de filho. Acreditamos que nessa situação a mulher-mãe terá dificuldades de absorver as orientações.

Abaixo temos o discurso que reúne as categorias de depoimentos de mães que encontram obstáculos para a retirada de leite:

DSC
<i>“A gente que tem bebê na neo não fica bem psicologicamente, aí onde que o leite não desce, atrapalha na hora de produzir por causa que eu tirando o leite eu fico muito nervosa, aí eu não consigo tirar muito... eu vou estimulando, e não sai, e eu fui lá no Banco de leite e não consigo também. Não consigo de nenhum jeito, tá secando, não sai leite, puxo... puxo, não sai nada. Tô com o peito rachado, o seio ficou meio empedrado e não saía muito leite, saía pouco e doía, dá muita dor.... dói um pouquinho mais na bombinha LILO. No primeiro dia dava a impressão que tinha até pedrinha dentro, mas foi só o primeiro dia, os outros dias não... e eu fiz bastante massagem antes de tirar, antes tinha. Como não tá saindo o leite aí dificultava eu trazer, porque eu tirava pouco...como é que eu ia trazer?... Eu tenho mais dois filhos, eu tô num lugar assim tranqüilo, daqui a pouco um né às vezes briga com o outro às vezes um entra tem que interromper...”</i>

É do nosso conhecimento que “*amamentar não deve doer*” (Valdés et al.,1996), o mesmo pode-se considerar para a ordenha, pois a dor pode ser além de um indicador de técnica inadequada e/ou presença de ingurgitamento mamário, ser um grande impedimento para a retirada do leite das mamas, interferindo no reflexo de ejeção do leite.

As fissuras do mamilo são traumatismos produzidos pela pressão da boca do lactente ocasionando, uma solução de continuidade (Valdès et al. 1996; Thompson, 2001), ou bombas de extração de leite que não oferecem mecanismos de controle da força da sucção, sobre o tecido que cobre o mamilo e/ou aréola.

De acordo com o discurso das mulheres-mães deste estudo, o uso da bomba extratora aconteceu devido à dificuldade em retirar o leite das mamas por estas estarem ingurgitadas.

Segundo Valdès et al. (1996), ingurgitamento mamário é a retenção de leite produzida pelo esvaziamento não freqüente ou insuficiente das mamas. Manifesta-se pelo aumento de ambas as mamas que se apresentam duras, doloridas e em casos extremos leva a obliteração dos condutos, impedindo a saída do leite, queixas comumente referidas no discurso das mulheres que encontraram dificuldades na retirada do leite.

Esta situação pode ser evitada, se houver apoio profissional no sentido de transmitir conhecimento para as puérperas, sobre a importância do esvaziamento das mamas como ação preventiva ao ingurgitamento e traumatismo mamilar, além de ser um procedimento para aumentar e manter a produção láctea.

Foi observado no estudo realizado que embora algumas mães apresentassem as mamas túrgidas e/ou mamilos fissurados, essa dor não representava impedimento para a extração, a produção de leite tinha um significado maior, significava que o seu bebê teria o alimento adequado garantido, e a dor.....logo iria passar.

Nakano (1996, p.96) nos revela que:

“A essência de toda prática de amamentação não poderia deixar de estar centrada 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”.

Fazer sacrifício em prol do seu filho é uma atitude transmitida ao longo dos séculos sobre o simbolismo de uma boa mãe. O significado da maternidade surgido em meados do séc XIX revela que sacrifício, doação e sofrimento são inerentes ao papel de

uma boa mãe (Badinter, 1985), vivências que foram encontradas também nas mães entrevistadas, o que revela a permanência destes valores até hoje.

Acreditamos que se os profissionais estiverem sensíveis à possibilidade desses comportamentos poderão atuar junto às mulheres-mães com ações preventivas.

Isto nos faz pensar também que a dor é enfrentada de diferentes formas e cada pessoa tem um limiar, sendo uma característica individual, construída durante seu processo de socialização, calcada nas diferenças individuais.

Guyton (1984) esclarece que os receptores da dor na pele e em outros tecidos são todos terminações nervosas livres, relata também que a dor é um mecanismo protetor para o organismo. Ela ocorre sempre que houver alguma lesão do tecido e faz o indivíduo reagir retirando o estímulo doloroso; o autor completa dizendo que *“pessoas diferentes reagem de maneira muito diversa à dor”*, por isso podemos afirmar que a dor pode ser um obstáculo a manutenção da lactação.

Existem situações em que embora a mulher esteja disponível para retirar o leite, a produção láctea não acontece ou pode até haver produção, mas em volume muito pequeno.

Sabe-se também que o reflexo de ejeção pode ser deflagrado através de estímulos visuais olfativos, auditivos, contato direto da mãe com o bebê (Almeida, 1999), nos casos em que o neonato está internado, o reflexo de ejeção fica prejudicado, a ocitocina não atua nas células mioepiteliais permitindo que estas se contraíam, possibilitando a saída do leite do interior do alvéolo.

Há que se considerar o individualismo dos casos, mas nas entrevistas realizadas pode-se notar um certo desânimo entre as mulheres que apresentam pequena produção de leite, indicador de que talvez as tentativas para retirar o leite não foram frequentes, não ocorrendo estímulo suficiente para uma produção esperada, e isto pode estar relacionado à situação de estresse e tristeza que o momento representa.

Pelo que foi observado, a real dificuldade para as mulheres entrevistadas foi o desconhecimento sobre volume de leite extraído no início da lactação, que estava aquém do que elas esperavam, significando, portanto, um fracasso. Essa sensação só foi eliminada após o aumento da produção ocorrido durante a apojadura.

O papel de profissional de saúde, nestas circunstâncias, deverá ser o de tranquilizar a mãe informando como ocorre o processo de lactogênese e induzi-la a atuar de um modo mais otimista, sem tensão, de forma a adequar a extração manual de leite às suas habilidades, de maneira que a ordenha não seja vista como um sacrifício (Issler e Marcondes, 1980). O acompanhamento de profissional capacitado é importante para contornar o problema podendo ser realizado através de intervenção precoce e orientação.

Outra dificuldade comum entre as mulheres-mães entrevistadas é a de não ter quem as ajude nos afazeres da casa, sendo que dificilmente sobra um tempo para a realização da ordenha. A própria moradia, com poucos cômodos não possibilita um local tranquilo para a realização da extração.

As orientações fornecidas para a puérpera no BLH são para que procure ordenhar as mamas a cada 3 horas durante o dia e antes de se deitar, que siga as orientações de higiene e que procure realizar a coleta em local limpo onde não haja presença de animais. O fato de a doadora seguir a risca os cuidados de higiene e manter a cadeia de frio do leite congelado é muito importante para garantir a qualidade do leite ordenhado.

No Banco de Leite o leite doado é submetido, ao teste de acidez de “Dornic”, o qual segundo Menconi (2005), indica por análise retrospectiva como o leite foi conservado, permitindo a avaliação de várias etapas do processo, por exemplo, a cadeia de frio. O aumento da acidez resulta em perdas qualitativas do leite e resulta da proliferação de microorganismos que promovem o desdobramento da lactose em ácido láctico. Leites com acidez “Dornic” elevada são impróprios para o consumo, resultando no descarte do mesmo (Menconi, 2005). Portanto é importante informar e ajudar a mãe a escolher um local adequado para a coleta evitando o desprezo do leite devido à acidez alterada.

O discurso abaixo mostra as categorias de depoimentos das mães entrevistadas que não encontram dificuldades para a retirada do leite:

DSC

“Eu não vejo dificuldade, não encontro nenhuma, dá pra tirar, eu faço isso com prazer, eu sinto prazer no que eu faço né, eu tiro com muito prazer, eu sei que eu vou ajudar não só a minha filha, mas os outros também que estão necessitando, tranqüilo... cada 3 horas eu tiro um pouquinho”.

Quando a mulher é conscientizada da necessidade de sua colaboração para a produção e manutenção láctea, se torna, na maioria das vezes, mais colaborativa e tem grande possibilidade em obter sucesso na tentativa de ordenhar as próprias mamas. Nos casos em que há necessidade de expressão mamária por um longo período, o atendimento rápido e o melhor aproveitamento do tempo podem influenciar na disposição materna de continuar ordenhando. Acreditamos que talvez seja por esse motivo que muitas mulheres procuram o serviço do BLH para ordenha das mamas na bomba elétrica.

Existe grande variabilidade nos volumes de LH produzido por mães de prematuros que necessitam fazer a drenagem láctea de forma artificial enquanto seus filhos não podem sugar no peito diretamente (Nascimento e Issler, 2004).

Quando o bebê ainda não está recebendo um grande volume de leite e a produção láctea de sua mãe é grande, o excedente da produção poderá ser utilizado para alimentar outros bebês que estejam necessitando. Esta prática é realizada com o consentimento da puérpera, pois na maioria das vezes a sua doação é exclusiva para o seu bebê.

Nascimento e Issler (2004) colocam que na orientação dada a puérpera, deve-se sugerir que realize a ordenha com a frequência similar ao número de mamadas diárias de um RN de termo - cerca de oito a dez vezes - com o objetivo de estimular a liberação de prolactina e permitir a produção duradoura de quantidade de leite suficiente.

Os autores acima citados, afirmam que a duração da ordenha nos primeiros dias pós-parto deve ser de 10 a 15 minutos e, após a apojadura, deve prosseguir até os 2 minutos seguintes à extração das últimas gotas de leite, o que pode determinar um tempo total de

expressão de 20 a 30 minutos. Este procedimento na maioria das vezes promove uma boa produção láctea, motivando a mulher para a retirada freqüente do leite.

Questão 6- O que você acha da sua produção de leite?

Quadro 6- Respostas emitidas pelas mulheres mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f*	% **	%***
A- Acha que a produção é pouca	03	16	15
C- Acha que a produção era boa e diminuiu	04	21	20
Sub-total	07		35
B- Acha que tem uma boa produção	10	53	50
D- Acha que a produção é média	01	5	5
E- Acha que a produção está boa porque tomou remédio	02	10	10
Total de respostas	20		100

*mais de uma resposta foi dada por cada participante.

**A porcentagem foi calculada sobre o total de participante (19) para cada resposta.

***porcentagem sobre o total de respostas.

Analisando as respostas emitidas pelas entrevistadas, podemos observar que elas acreditam produzir leite em quantidade suficiente para suprir a demanda do seu bebê, porém, o que se vivencia no BLH é a falta de leite materno exclusivo para atender às necessidades diárias do RNPT. Surge assim a necessidade de optarmos pelo leite humano pasteurizado (LHP) proveniente da doação realizada pela mãe-nutriz, que produz leite excedente às necessidades do seu filho.

Segue abaixo o discurso que reúne os depoimentos das mães que acreditam que sua produção láctea é pouca:

DSC

“Era bastante, depois foi secando, eu achava que era aquilo... eu tirando acabava secando, daí eu parei de tirar, quando o nenê nasceu era ótima e daí depois quando eu fui embora que eu chorei muito diminuiu bastante, ela pediu pra mim ir tirando com a mão e com a mão não é igual o nenê tá sugando...._eu tinha uma produção boa de leite, aí veio a preocupação dele, daí foi diminuindo bastante...É muito pouco.....eu tô achando pouca mas devido ao modo como eu fiz né, e mesmo porque, com o nenê mamando é mais fácil né, ele pega né, assim.... como eu nunca tinha tirado também, mais a principal causa é porque eu não tava tirando nos horários de 3/3 horas...”

Este discurso nos remete ao que a literatura traz como uma das maiores queixas e ou justificativa para o desmame precoce: “tenho pouco leite”, “meu leite é insuficiente”, o “meu leite acabou”. Este fato também é abordado por Almeida (1999), o qual relata que *“talvez esta seja uma justificativa socialmente aceita para a incapacidade de verbalizar o insucesso na realização de uma prática tão instintiva e que se traduz como sinônimo de amor ao filho”*.

A baixa produção láctea é denominada de hipogalactia, definida desta maneira pela medicina do início do século XX, sendo o mediador para a institucionalização do desmame precoce como prática sócio-cultural naquela época em que os profissionais de saúde atuavam francamente como promotores do aleitamento, construindo socialmente o fator biológico em favor do progresso da amamentação, a mulher não era ouvida e faltava-lhe o condicionamento cultural favorável (Almeida,1999).

É conveniente oferecer informações sobre os detalhes referentes à produção de leite, ou seja, o volume que é comum ser produzido, para esclarecê-la e dar sugestões de algumas estratégias para aumentar a produção.

Outro aspecto bastante importante a ser informado é sobre os benefícios da amamentação natural na saúde da criança, que já foram exaustivamente estudados e publicados; na saúde da mulher; no fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho; bem como na economia para família, instituições de saúde, governos e nações; entre outros aspectos (Araújo et al., 2004).

É importante que a mulher saiba dos benefícios econômicos diretos e indiretos do aleitamento materno, quando se compara o baixo custo da amamentação com a utilização dos substitutos do leite materno e quando relacionados a gastos com doenças causadas pelo aleitamento artificial (Araújo et al., 2004).

Por outro lado a autora afirma que, o único custo da amamentação exclusiva é a produção do leite materno, que é igual ao conteúdo energético do leite secretado, adicionado da energia necessária para produzi-lo. Completa ainda dizendo que o custo da lactação pode ser calculado como custo adicional de uma fração de um ou dois alimentos da dieta cotidiana, que supram a demanda aumentada de nutrientes para a mãe, e que sejam economicamente acessível às famílias de baixa renda.

O discurso mostra que possivelmente terá que lançar mão da alimentação artificial para o seu bebê após a alta da UTIN, se não tiverem apoio profissional e familiar necessário para voltar a produzir uma quantidade de leite que seja suficiente para atender a demanda do seu filho. Cabe ressaltar que isso só será possível se a mulher/mãe realmente desejar amamentar, se colocar disponível para essa jornada e tiver apoio de sua rede social.

Nossa maior preocupação neste caso, é também com a questão econômica - pois provavelmente estas mães não terão condições de adquirir o leite para a demanda do bebê - e ainda, o que esse leite poderá causar no organismo do bebê prematuro, que tem exigências especiais.

Nós profissionais devemos saber que, os fatores fisiológicos atrelados às condições socio-econômicas serão mais influenciados na medida em que descuidarmos dessa mulher como um todo, ou seja, a compreensão da situação que ela vivencia, os traumas, ansiedades, medos, inseguranças, sobrecargas, enfim todos os aspectos da vida dessa mulher. Precisamos oferecer opções e apoio para que ela realize tentativas para produzir leite, se este for o seu desejo.

Neste grupo de mulheres entrevistadas, uma resposta chamou bastante a nossa atenção: “*eu tirando acabava secando, daí eu parei de tirar*”. Neste caso, a fala dessas mulheres nos leva a pensar que elas acreditam que o leite retirado de suas mamas acarretará uma menor produção podendo, portanto, inferir que não houve esclarecimento suficiente, ou mau entendimento por parte da mãe sobre a necessidade de se realizar a retirada freqüente de leite das mamas para manter e/ou aumentar a produção de leite. Independente da situação, o que fica claro é que os profissionais de saúde não informaram adequadamente e/ou não asseguraram a informação necessária.

A literatura é unânime quando refere que isso pode acontecer quando a mulher ainda não está preparada para receber informações que não sejam sobre o estado de saúde de seu filho.

Badinter (1985) cita que historicamente amamentar no peito é considerado como a primeira prova de amor da mãe pelo filho e a mulher que não o fizer pode ser levada a se sentir culpada.

Nesse sentido, Van Der Sand (1999) relata que a preocupação central das mulheres, participantes de seu estudo, é o “*bem estar do filho sempre em primeiro lugar*”.

A literatura mostra que o esvaziamento das mamas contribui para a manutenção da lactação através de um mecanismo de controle puramente local, onde a glândula mamária obedece à lei da oferta e da procura, ou seja, quanto maior a drenagem, maior o volume de produção (Vinha e Scochi, 1989).

Espera-se que o profissional que assiste a mulher nesse período tenha sensibilidade suficiente para perceber o momento adequado para passar as informações importantes para a mãe, como, por exemplo, como se dá a produção láctea, a maneira de manter esta produção através da ordenha manual, e também sobre o volume produzido, sem criar ansiedade.

Estaremos mostrando abaixo o discurso que reúne os depoimentos de mães que acham que sua produção láctea é boa:

DSC

“Não é nem pouca nem é ruim, é média... Agora considero suficiente, o remédio ajudou, tomei o remédio, aumentou... mas mesmo assim quando termina o remédio, diminui... Agora tá boa, todo dia eu venho aqui no Banco de leite tirar e tiro na minha casa também, acho que é bastante né, uns quatro dia ficou aquele leite “marelo” e depois ficou branquinho e bastante , tô sempre molhada mesmo tirando, eu acho que tá ótimo viu, tá saindo bastante, continuo tirando leite, cada dia tá produzindo mais” .

Este discurso, associado à observação participativa, leva-nos a perceber o entusiasmo das mães que vê o seu esforço sendo recompensado pelo aumento da produção láctea, melhorando sua auto-estima, sua confiança e a certeza de que está cumprindo o seu papel de mãe, responsável pelo cuidado e pela nutrição do seu bebê.

Torna-se muito mais fácil e compensador para a equipe trabalhar com mães que têm confiança na sua capacidade de produção láctea e nos profissionais que estão cuidando do seu bebê, o que faz com que cada membro tenha segurança e motivação suficiente para que dê o máximo de si para que a assistência prestada seja a mais adequada.

Nestes casos, a presença da mãe na unidade neonatal traz tranquilidade e diminui o estresse da equipe, contribuindo dessa maneira para melhorar a qualidade da assistência.

O grande desafio são aquelas mulheres que apresentam dificuldades para manter a produção, o que pode deixá-las extremamente desanimadas. É nesse momento que a equipe deverá saber como ajudá-las a criar confiança e se empenhar na manutenção láctea.

Analisando a quantidade de leite produzida²⁰ pelas 10 mulheres que verbalizaram ter boa produção de leite, e comparando com o registro do volume demandado pelo bebê, obteve-se o seguinte resultado: 50% (5) das mães:

²⁰Dados obtidos no Mapa de Leite diário e no Relatório de entrada e saída de leite humano - BLH “Dr Olindo de Luca”.

(Bernadete, Tereza, Maria, Eulália, Mônica)²¹ produziram leite em quantidade suficiente, algumas até mais que o necessário para suprir as necessidades do bebê, porém das outras 5 mulheres restantes, 30% (3) (Úrsula, Lúcia e Cristina) produziram um volume menor do que o necessário e 20% (2) (Cecília e Bárbara) não trouxeram o leite.

Em relação à resposta dada por Úrsula, Lúcia e Cristina podemos inferir que, possivelmente, não tinham noção do volume necessário para alimentar o bebê. Sobre a resposta dada por Cecília e Bárbara é difícil concluir o motivo pelo qual afirmaram estar com boa produção láctea se nunca trouxeram leite. Isso nos leva a crer que talvez até tinham vontade de ter uma boa produção e, possivelmente, ficaram inseguras em admitir a dificuldade e o fracasso no momento da entrevista.

Vinha e Scochi (1989) afirmam que a lactação depende, em grande parte de fatores psíquicos, e que estados de ansiedade e estresse podem gerar “corte de leite” podendo a preocupação de não poder amamentar, inibir as funções da mama. Relatam que se deve explicar para a mãe o quanto é importante o seu leite para crescimento e desenvolvimento do seu bebê que nasceu prematuramente, porém sem levá-la a uma obrigatoriedade que lhe causaria ansiedade e culpa.

A nossa experiência na Unidade neonatal nos leva a observar, que muitas vezes, a mulher se mostra pouco envolvida com as questões da saúde do filho. Esta percepção nos leva a questionar se esta mulher não poderia estar manifestando comportamento de fuga para o problema que está vivenciando.

Observamos também que algumas mães somente comparecem uma ou duas vezes ao Banco de Leite para realizar a ordenha, durante o período de internação de seu bebê. Geralmente essa ordenha não passa de alguns minutos. Esses fatos nos levam a acreditar que deve haver motivos diversos, entretanto não nos impedem de questionar se essas mulheres têm conhecimento sobre a sua produção láctea e se a mesma é suficiente para o seu filho. Acreditamos que, para algumas mães, essa breve visita ao Banco de Leite seja apenas o que ela pode estar realizando ou mesmo seja o bastante para se sentir mãe-participante.

²¹Os nomes utilizados são fictícios para preservar o anonimato das mulheres

Para incentivar a ordenha em casa é fornecida às mães orientações que auxiliem no procedimento da retirada do leite em seu domicílio e leve-o ao Banco de Leite, na quantidade que for possível. Entretanto, entendemos que para que elas se sintam parte do “time” (equipe) que está trabalhando para a recuperação do seu bebê, sentimos que é necessário incluí-las como tal e torná-las cientes da importância de sua presença junto ao bebê e também cientes sobre o volume de leite que o bebê está ingerindo, comparando com o volume que está produzindo. Este detalhe pode ser muito importante para incentivá-las a uma retirada mais freqüente.

A orientação adequada deve ser dada de forma que a mãe não se sinta pressionada, pois poderá haver um efeito desagradável, ou seja, criar ansiedade maior com conseqüente diminuição na produção láctea. O trabalho pode ser feito de forma que as mães tenham segurança de que se sua produção não for suficiente o BLH suprirá este *déficit*.

Questão 7- Você sente necessidade de fazer alguma coisa para aumentar a produção de leite?

Quadro 7- Respostas emitidas pelas mulheres mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f	%
A- Acha que tomar bastante líquido vai fazer aumentar a produção de leite	03	17
B- Acha que se tomar remédio vai produzir mais leite	03	17
C- Acha que se tirar o leite a produção vai aumentar	03	17
D- Acha que para produzir mais leite tem que se alimentar bem	07	32
Sub-total	16	83
E- Acha que não precisa fazer nada para produzir mais leite	03	17
Total de respostas	19	100

O quadro acima mostra que a maioria (83%), das mulheres se preocupa em fazer algo para ajudar a aumentar a produção láctea. Porém, o que nos parece na realidade, é que as medidas tomadas para o aumento da produção ajudam mais o lado psicológico da mulher tornando-a mais relaxada, do que propriamente a providência tomada em si.

Segue abaixo o discurso das categorias A a D agrupados, dos depoimentos das mães que acham que precisam fazer algo para aumentar a produção láctea:

DSC
<i>“A médica agora deu o remédio pro leite aumentar, tô tomando remédio direitinho, pra que aumente.... vamo ver quando acabar o remédio né se vai continuar ou se vai diminuir eu até já perguntei o que eu tenho que fazer, me falaram que eu tenho que tomar bastante água, bastante líquido, tomar mais suco, continuar tirando, não parar né porque se eu parar de tirar ele seca, vou começar a fazer de 3/3 horas.... Comer algumas frutas verduras, legumes vai trazer melhora né, cuidar da alimentação, ter uma alimentação saudável, me alimentar bem e descansar ... tomar bastante vitamina, bastante leite, bastante canjica, acho que isso aí ajuda também. Procuo me alimentar bem, comer bastante salada, verdura né, pra poder ter uma boa amamentação...”</i>

É comum observar que quando as mulheres fazem a retirada do seu leite referem estar com a boca seca e com sede intensa.

Akré (1997) revela que se têm ressaltado na literatura a ingestão aumentada de líquidos para estimular/aumentar a produção láctea, porém, não há evidências de que aumentar ou restringir ingestão de fluidos afete o sucesso da lactação. Ele explica que se a ingestão é pequena, a urina torna-se concentrada e a mãe terá sede. Portanto, as mães devem beber o suficiente para satisfazer a sede e manter a urina diluída.

O autor refere ainda que as necessidades nutricionais das mães variam muito na lactação; é necessária energia suficiente para suprir o conteúdo energético do leite secretado e energia para sua produção. Se as necessidades adicionais não forem supridas, a lactação ocorrerá às custas dos tecidos maternos.

Ichisato e Shimo (2001), citando Ornellas²², recomendam que a mulher lactante receba, através de sua alimentação, grande quantidade de água, glícides, prótidos, lípides, sais minerais e vitaminas, elementos que serão utilizados para a formação do leite com a finalidade de não desfalcicar suas reservas orgânicas. Assim, as autoras acreditam que os líquidos devem ser tomados em quantidade suficiente para reposição da água secretada no leite.

De acordo com Lana (2001), a sede natural orienta a ingestão suficiente de líquidos, e uma ingestão inadequada pode resultar em uma produção abaixo do normal. Já a ingestão exagerada não aumenta proporcionalmente a produção de leite. O fato de a mulher acreditar que a ingestão de líquido aumenta a sua produção láctea, poderá agir positivamente, deixando-a mais relaxada o que pode contribuir para a produção dos hormônios da lactação.

Podemos observar que a maioria das mulheres entrevistada acredita que a boa produção láctea está diretamente ligada à sua alimentação, porém é comum encontrarmos mulheres que ganharam muito peso durante a gestação e apresentam, conseqüentemente, certa “pressa” em perder alguns quilos logo após o parto.

Lana (2004) refere “*que a alimentação da mulher que amamenta precisa ter calorias, proteínas, sais minerais e vitaminas em quantidade suficiente para garantir a produção e a composição adequada do leite*”. Explica ainda que a mãe acumula depósitos de gordura durante a gravidez e esta reserva será usada para compensar as necessidades adicionais nos primeiros meses da lactação. Se a alimentação da mãe não for adequada, suas reservas serão consumidas; será retirado da mãe para não faltar para o bebê. O inverso também é verdadeiro, ou seja, caso a mulher coma mais do que a demanda para o seu corpo e amamentação, ela ganhará peso. Portanto, a crença que deva comer por dois deverá ser abandonada.

É interessante dizer que está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 8º, § 3º) que cabe ao Poder Público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem (Lana, 2004). Contudo será interessante orientarmos para que as

²²Ornellas A, Ornellas LH. Alimentação da lactante. In: Ornellas A, Ornellas LH. Alimentação da criança. 2 ed. São Paulo (SP): Atheneu;1983. p.439-43.

gestantes e nutrizes carentes procurem o serviço social do município para receber ajuda alimentar.

Algumas mulheres deixam de comer certos alimentos por acreditarem que esses secam ou diminuem a produção do leite e, às vezes, dão ênfase na ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, a água inglesa, a cerveja preta, o arroz doce, a canja, a água e o leite (Ichisato e Shimo, 2001).

Essas autoras dizem ainda que, durante a lactação, o organismo materno apresenta uma demanda semelhante à da gestação. O leite materno, produzido pelas glândulas mamárias após o nascimento, atua como o substituto sanguíneo para a criança. Com o desenvolvimento do bebê, a alimentação da mãe também deve ser reforçada e ajustada para oferecer alimentação ao seu lactente.

Giugliani (2004) afirma que os profissionais das unidades neonatais e banco de leite devem oferecer sugestões às mães como, por exemplo, aumentar a frequência da retirada de leite, retirar o leite das duas mamas e esvaziá-las bem, consumir dieta balanceada, ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite), descansar, relaxar, buscar tranquilidade e paz.

Almeida (2005) concorda e afirma que existem vários estudos nos quais se pode observar uma relação direta entre a frequência da ordenha e o volume produzido de leite, portanto as mamas devem ser esvaziadas regularmente.

A mesma autora aconselha o uso de bomba mecânica para manter a lactação no caso de mães que têm bebês internados, já que o peito não será sugado por um longo período. Diz também que o ideal é que as mamas sejam ordenhadas simultaneamente, o que acarretará aumento dos níveis plasmáticos de prolactina, da quantidade de leite e de sua concentração de gordura.

Outro método utilizado para aumentar a produção láctea é o uso de medicamentos lactogogos/galactogogos que estimulam a produção de prolactina com o objetivo de iniciar e/ou manter uma adequada produção de leite.

Para Almeida (2005), o medicamento mais conhecido é a metoclopramida, porém deve-se observar, principalmente a exacerbação de sintomas depressivos, casos em que a terapêutica deve ser descontinuada.

Este medicamento tem sido usado quando ocorre a inibição da lactação. É tido como um potente estimulador para a liberação da prolactina e, conseqüentemente, promove a produção do leite (Kauppila et al,1985). Anderson (2005) explica que a metoclopramida eleva a prolactina sérica através do antagonismo dopaminérgico central e resulta em produção aumentada de leite e em uma transição mais rápida do colostro para o leite maduro. Pode ser empregada terapêuticamente nas mães que estão produzindo quantidades insuficientes de leite como mãe de prematuro ou lactante doente, ou em mães adotivas, porém pode induzir à depressão. Portanto seu uso exige cautela e a terapia deve se limitar a 14 dias. O nome comercial deste medicamento no Brasil é *Plasil* (metoclopramida).

Outro medicamento indicado é a sulpirida (Equilid), que é bastante usado em algumas regiões do país, porém não há estudos que amparem seu uso rotineiro (Almeida, 2005). A sulpirida é um antagonista de receptores D2 dopaminérgicos, utilizada terapêuticamente como antidepressivo antipsicótico e como um auxiliar na digestão. Antagonistas de Dopamina são drogas que se ligam aos receptores da dopamina, bloqueando assim a ação desta, sem ativar os receptores, o que ocasionará um aumento da prolactina com conseqüente aumento da secreção láctea (Mesquita, 1981; Ballone, 2005)

Anderson (2005) explicita que a sulpirida pode aumentar o suprimento de leite, mas apenas em doses baixas de 50mg duas vezes ao dia, sendo que a terapia não deve se estender por mais de 14 dias.

Para Giugliani (2004) citando Hale¹⁷, os medicamentos mais utilizados são domperidona e metoclopramida, antagonistas da dopamina, que aumentam os níveis de prolactina. A domperidona, largamente utilizada no Canadá e no México, tem a vantagem de não atravessar a barreira hemato-encefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado. No entanto, essas drogas aparentemente não estimulam a secreção láctea quando os níveis de prolactina já estão suficientemente altos ou quando há insuficiência de tecido glandular

¹⁷Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47:696-711

No hospital onde foi realizado o estudo usa-se a metoclopramida e, caso a mulher não se adapte bem à droga, a opção é a sulpirida, a qual tem trazido bons resultados.

Entre as mulheres entrevistadas, os métodos mais utilizados na tentativa de aumentar a produção são o aumento da frequência na retirada do leite e o uso de medicamento, medidas que tem contribuído para o aumento e a manutenção da produção láctea. Em relação à alimentação, não foi relatado o uso de lactogogos locais¹⁸ e as mulheres apenas referiram que procuram se alimentar bem, com a dieta à qual já estavam habituadas.

Diante do exposto é interessante observar que das mulheres entrevistadas, apenas 31% (6) se preocuparam em se alimentar de maneira adequada, visando o aumento da produção láctea. Podemos deduzir que há necessidade de se intensificar as orientações nesse sentido, para que a produção láctea seja efetiva o que influenciará de maneira positiva a manutenção da produção de leite.

O discurso abaixo reúne as categorias dos depoimentos das mães que acham que não precisam tomar nenhuma atitude para aumentar a produção de leite:

DSC
<i>Não, eu acho que não porque leite suficiente tem... acho que por enquanto tá bem.. acho que tenho bastante leite.</i>

Apenas 3 mulheres informaram que têm produção de leite suficiente, embora a grande maioria receba atenção dos profissionais do BLH no sentido de capacitá-las para o estímulo nas suas glândulas mamárias logo após o parto. Esta realidade é bastante diferente quando se observa as mães que tiveram o bebê a termo e que recebem o estímulo nas suas glândulas mamárias logo após o parto através da sucção realizada pelo seu filho. São poucas as que se queixam de não estar produzindo leite em quantidade

¹⁸Alimento ou bebida que, segundo crenças locais, aumentam a produção do leite materno

suficiente. Assim, concluímos que, o esforço para que a produção láctea seja efetiva e em quantidade suficiente, precisa ser grande não só para a mãe, mas também para a equipe de profissionais que estão diretamente ligados ao binômio.

Em estudo realizado por Borges e Philippi (2003), que aborda a quantidade de leite materno que as mulheres de uma unidade de saúde da família produziam, chegou-se ao resultado de que a maioria das mulheres entrevistada (n=24) achou que produziam muito leite materno no primeiro mês pós-parto, totalizando 58,5%, enquanto que 24,4% (n=10) acharam que produziam uma quantidade normal. As respostas das mulheres sobre a suficiência ou insuficiência do seu leite, se basearam nos seguintes parâmetros: a observação da quantidade de leite materno drenado; o volume das mamas; o estado físico e psicológico da criança após a mamada.

No caso onde a mulher tem seu bebê prematuro internado, consideramos que seja interessante ela saber o volume de leite que o seu RN está consumindo para que compare com o produzido, já que não pode avaliar naturalmente se o seu leite está sendo suficiente ou não para saciar a fome do seu bebê, porém este dado pode trazer frustração e ansiedade. É preciso ter bom senso e sensibilidade ao fornecer informações para não causar maiores preocupações à mulher.

Questão 8- Que sentimentos você experimentava quando retirava o leite?

Serão analisados os aspectos emocionais vivenciados pela mulher-mãe diante da necessidade de produzir leite para o seu bebê que por ter nascido prematuramente, ainda não teve a oportunidade de ser acolhido em seus braços e espera ansiosamente por este momento.

Quadro 8- Respostas emitidas pelas mulheres mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f	%
A- Acha bom retirar o leite	12	63
B- Pensa que o bebê precisa do leite	02	11
C- Cobra-se quanto à quantidade de leite retirada	01	5
Sub-total	15	79
D- Está ansiosa para amamentar o bebê no peito	02	11
E- Experimenta uma dualidade de sentimentos	01	5
Sub-total	03	16
F- Não gosta de tirar o leite	01	5
Total de respostas	19	100

O discurso abaixo reúne as categorias dos depoimentos das mães (A,B,C), que relatam ser bom retirar o leite para o bebê:

DSC
<i>“É gostoso, dá aquela sensação que você está amamentando, quanto mais eu tiro, mais eu quero tirar...eu penso assim que o leite que eu tô tirando é para uma boa causa, coisa boa porque a gente tem que tirar o leite pra expressar uma coisa boa...um sentimento bom que eu tô tirando pra não deixar secar o leite.... fico feliz porque é pro meu filho e pros outros bebês, eu sei o quanto é importante cada gota que aumenta né... eu acho que vai fazer muito bem pra ele... é uma sensação tão gostosa que não tem como explicar... o fato de ser mãe, de ter leite pra poder dar pro meu nenê...é ótimo né.... Penso que meu bebê tá precisando do meu leite , eu me sinto feliz porque eu vou tá sustentando meu filho com a esperança de que ele saia o mais breve possível”</i>

No discurso, podemos observar o significado da produção láctea para a mãe, sendo que a sua fala nos faz sentir que este fenômeno é importante não só pensando no bem que fará ao bebê, mas também para provar a si mesma a sua competência na condição de mãe. Neste sentido, Brazelton (1988) revela a importância da amamentação para a mãe no que diz respeito a sua recuperação física, trazendo um sentimento de integridade através do uso de seus peitos.

O fato de a mulher estar segura e satisfeita com a sua capacidade em produzir leite colaborará para uma excreção mais eficaz, pois, como já abordamos anteriormente, os hormônios responsáveis pela produção láctea serão liberados naturalmente em mulheres que realizam o estímulo de suas mamas e se mantêm relaxadas, livres de pressões e estresse.

O fato de a mulher estar segura e satisfeita com a sua capacidade em produzir leite colaborará para uma produção mais eficaz, pois, como já abordamos anteriormente, os hormônios responsáveis pela produção láctea serão produzidos naturalmente em

mulheres que realizam o estímulo de suas mamas e se mantêm relaxadas, livres de pressões e estresse.

Com a atenção voltada principalmente ao melhor alimento para o bebê, muitas vezes nós, profissionais, esquecemos de observar como está se sentindo a mulher-mãe que produz o leite e quais dificuldades pode estar enfrentando para atender à necessidade do seu filho internado. Frequentemente a preocupação da mãe (acompanhante) é com outros filhos que ficaram em casa.

Brazelton (1988) é bastante claro quando diz que muitas mulheres decidem amamentar no peito, por se sentirem pressionadas a tomar uma decisão. O autor relata que os conflitos sobre serem ou não adequadas como mães, a lembrança da forma como foram amamentadas, a relutância em utilizar os peitos, tudo isto, pode interferir na sua decisão de amamentar o seu filho. Primo e Caetano (1999) concordam e dizem que a decisão da mulher em amamentar está interligada a sua história de vida e ao significado que atribui a este ato, e essa opção pessoal pode ser influenciada pelo aspecto emocional, social, cultural e econômico desse sujeito.

Podemos destacar outros fatores influentes na decisão e estímulo da mulher-mãe em se empenhar na produção láctea, podendo ser compreendidos no conhecimento de algumas mães sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno, sobre o melhor desenvolvimento físico, mental e emocional dos bebês amamentados (Primo e Caetano, 1999).

Através das observações de campo e das informações obtidas verificamos que a convivência entre as mães que têm o bebê internado também influencia positivamente no estímulo à lactação. Uma dá força para outra, dentro de suas possibilidades e, na maioria das vezes, vão juntas ao Banco de Leite para a extração. Devemos estar atentos, pois existem exceções. Às vezes, em alguns grupos, pode ocorrer de uma ou outra mãe não ser bem sucedida na produção láctea, influenciando negativamente as mães que estão iniciando a estimulação; neste caso será necessária a intervenção profissional para que não ocorra prejuízo para a mãe iniciante.

No discurso acima, no qual a maioria das mulheres-mães relata que sentiram prazer em produzir o alimento para o seu próprio filho, podemos observar e sentir a felicidade que a produção láctea causa a elas. A sensação é a de que estavam sendo bem sucedidas no que haviam proposto a si mesmas e este acontecimento proporcionava segurança, esperança na alta hospitalar do seu filho e aumentava a sua auto-estima.

Algumas mulheres têm o conhecimento sobre o melhor alimento para o seu bebê, que pode ter sido adquirido durante sua existência e, muitas vezes no curso de pré-natal. Torna-se mais fácil ajudar a mulher/mãe que está disposta e empenhada na produção láctea, pois a produção hormonal que agirá na lactação depende dela, do seu equilíbrio emocional, da sua vontade em amamentar, fugindo do controle do profissional.

A nós, profissionais, cabe capacitá-la e apoiá-la para realizar a extração do leite e tornar o ambiente agradável, sem muitas cobranças, elogiando o seu esforço em produzir leite para o seu bebê.

Pode-se observar neste discurso que a mulher-mãe se cobra em relação à quantidade produzida de leite, podendo ser reflexo da cobrança de todos os profissionais quanto à necessidade do seu leite para o próprio bebê. Esta situação pode ocorrer não somente nas mães que tem dificuldade da extração, mas naquelas que normalmente conseguem uma boa produção láctea. Caso o volume eventualmente diminua, produzirá preocupação e medo de que seu leite diminua podendo chegar a secar.

Como já citamos anteriormente, o volume produzido está diretamente ligado à retirada freqüente do leite das mamas através da ordenha (manual ou mecânica), e também à questão hormonal, pois situações de conflito e estresse poderão provocar a diminuição da produção láctea.

Para Borges e Philippi (2003), a opinião materna de leite insuficiente parece ser o reflexo de uma interpretação advinda do processo avaliativo que a mãe inicia logo no período pós-parto sobre a sua capacidade de aleitar. A mãe conduzirá, portanto, a produção láctea, de acordo com os resultados vindos de sua avaliação, quando observa, dentre outros aspectos, o volume do leite materno produzido.

Diante do exposto é importante discutir com a mulher que recorre ao BLH sobre a necessidade nutricional do bebê, tornando-a consciente sobre qual a demanda diária de leite no sentido de incentivá-la para o aumento da produção, oferecendo sugestões para o aumento da produção, sem deixá-la frustrada.

Todo leite retirado e entregue ao Banco de leite será processado e posteriormente distribuído, dando-se preferência do leite da mãe para o próprio filho. Nos casos em que o volume de leite retirado excede as necessidades do bebê, o excedente será distribuído, após o processamento, para outros bebês que necessitem, e caso o volume retirado não atenda às necessidades do bebê, será feita a complementação com LHP.

No discurso abaixo estão reunidas as categorias (B e C) dos depoimentos realizados pelas mães sobre a dualidade de sentimentos experimentados ao retirar o leite:

DSC
<i>“Ah.. assim... meio termo cê fica um pouco feliz um pouco triste eu fico feliz por ter leite e tá tirando prá ele né , mas eu fico triste porque eu queria que ele tivesse mamando no meu peito. Eu imagino que ele vai beber o leite, que logo logo eu não vou precisar tá tirando...dando diretamente pra ele né porque eu tô ansiosa não vejo a hora de ele vim mamar em mim...que ele podia tá mamando no peito, em casa, seria mais fácil, seria melhor... quando eu tiro pouco fico meio brava devia encher mais o vidro “.</i>

Para as mães que têm o bebê prematuro internado em uma UTIN, um momento bastante esperado, além da alta hospitalar, é a hora de pegar o bebê, senti-lo em seus braços, levá-lo ao peito e demonstrar todo amor que sente por ele.

O que podemos perceber através da observação participativa é que algumas mulheres só sentirão que são mães e conseguirão demonstrar todo o seu afeto, após terem colocado o seu bebê no colo, ter sentido o seu calor, olhar nos seus olhos estabelecendo um vínculo com ele e colocando-o no peito.

Elas esperam que, ao colocar o bebê no peito, ele estabelecerá a sucção, o que muitas vezes não acontece prontamente. Em alguns casos há uma certa dificuldade e em outros, o bebê chega a não sugar o peito efetivamente. As mães devem ser preparadas para esta possibilidade para que não ocorra a frustração de não conseguir amamentar. Klaus e Kennell (1993) afirmam que o ato de amamentar ou não um filho não pode ser tomado como demonstração de amor materno.

Brazelton (1988, p.26) diz que:

(...) o valor da amamentação pelo seio materno é tão amplamente reconhecido atualmente, que me preocupo, agora, com as críticas implícitas às mães que não querem ou não podem amamentar seus filhos(...)

Na realidade, nós profissionais da enfermagem temos a nossa parcela de responsabilidade, pois adotamos um discurso técnico para convencer as mães reforçando que a amamentação é uma demonstração de amor materno e, algumas vezes, deparamo-nos com situações difíceis em relação às mães de bebês prematuros que não conseguem amamentar (Javorsky,1997).

Toda essa situação pela qual está vivenciando gera uma grande ansiedade, que podemos verificar claramente no discurso acima. Estes sentimentos podem ser causados, também, pelo tempo em que o bebê fica internado, pela espera de sua recuperação, na expectativa de colocá-lo ao peito e nutrí-lo.

Cada bebê deve ser avaliado individualmente dentro da sua capacidade de se alimentar; bebês muito pequenos e abaixo de 32 semanas de gestação geralmente não apresentam padrão oral maduro o suficiente para realizar uma mamada efetiva. Os bebês que não conseguem sugar recebem alimentação por sonda e podem ser colocados em um peito já ordenhado e serem estimulados a sugar enquanto são alimentados por sonda (Almeida, 2005).

Para Almeida (2005), dois pontos devem ser observados na alimentação do prematuro: a produção de leite da mãe e a capacidade do bebê de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração. A autora afirma que bebês muito pequenos têm grande capacidade de aprendizagem e muitos conseguem apresentar uma coordenação de sucção, deglutição e respiração adequadas mesmo antes da 34ª semana de gestação na vida extra uterina. Os bebês que ficam muito tempo intubados ou com gavagem devem ser avaliados e acompanhados com fonoaudióloga.

É importante que os profissionais da equipe acompanhem a mãe no início da amamentação, pois tentativas de levá-lo ao peito caso ele não esteja acordado podem causar frustração à mãe (Almeida, 2005).

Como podemos verificar no discurso acima, a mãe espera ansiosamente pelo momento em que colocará o bebê no peito e devemos estar ao seu lado para apoiá-la, e estimulá-la. Caso a tentativa não seja bem sucedida, o bebê poderá apenas lambe o peito nas primeiras tentativas, o que poderá deixá-la frustrada, caso não saiba que isto poderá acontecer.

É natural que a mãe experimente sentimentos ambivalentes como amor e ódio, como alegria e tristeza, de realização e frustração devido a situação que está vivenciando. Porém, Oliveira (2004) refere que os pais têm dificuldade de expor os seus sentimentos, pois sentimentos negativos são socialmente repudiados e reprimidos, obrigando-os a conviver com eles de forma conflitante e destrutiva. O reconhecimento destes sentimentos possibilita que argumente, que reflita e busque soluções para atenuá-los.

No discurso acima verificamos que a mãe expõe, sem receio, o que está realmente sentindo. Embora sua produção esteja na sua ótica, adequada, ainda está faltando algo para sua felicidade ser plena, está faltando ter o bebê em seus braços, poder amamentá-lo e levá-lo para casa.

Concordamos com Oliveira (2004) quando esta afirma que é importante que os profissionais estejam preparados para que essas mulheres, agora mães, sintam confiança neles e expressem seus sentimentos sem serem julgadas. É necessário que se sintam apoiadas para poderem se empenhar e ter uma produção láctea efetiva e satisfatória.

Acreditamos que o papel do profissional de saúde é fundamental na acolhida não só da mãe, mas também do pai. Brazelton (1988) sugere que seria melhor que o médico se sentasse com eles, deixasse que o casal contasse sobre seus medos, assegurasse-os que todos os pais sentem essas mesmas sensações e, depois, desse as mínimas instruções necessárias, podendo até escrevê-las, de modo que os pais pudessem digerí-las mais tarde, pois num período assim, eles não conseguem mesmo assimilar muita informação.

O acompanhamento das puérperas por profissionais capacitados esclarecendo dúvidas e mantendo-as informadas sobre a evolução do seu bebê poderá ser um elemento tranquilizador.

Neste discurso está a categoria (E) do depoimento em que a mãe entrevistada revela ser desagradável amamentar:

DSC
<i>Eu acho desagradável...</i>

Quando num grupo nos deparamos com mulheres-mães que acham que o fato de ter que tirar o seu próprio leite ou ter o seu peito manipulado por uma pessoa estranha representa para ela uma agressão, num primeiro momento, nos assustamos e temos dificuldade em aceitar esta atitude, pois é usual que a maioria dos profissionais visualiza a mãe com a responsabilidade de nutrir o seu filho, enfocando principalmente o seu aspecto biológico e quase sempre ignorando a dimensão pessoal, de sujeito da mulher, ligado ao desejo e ao prazer de amamentar.

Com o objetivo de estimular a prática da amamentação precisamos procurar entender esta atitude, pois provavelmente, está fundamentada na maneira como ela foi criada, nos seus costumes, e possíveis fatos que tenha ocorrido em sua vida. Não devemos julgá-la, mas sim oferecer opções para que juntos possamos encontrar uma maneira de enfrentar a situação.

Silva (1990) faz uma observação importante:

“ Quando o desejo de amamentar é real, este parece, efetivamente, atuar não só como ponto de partida mas, principalmente, como elemento fundamental na superação das dificuldades com a amamentação. Se há prazer na experiência com a amamentação, este sentimento também, parece ter um peso significativo no fortalecimento das condições favoráveis ao aleitamento”.

A autora revela que um significativo número de mães demonstra pouco interesse em amamentar ou admitem não gostar ou sentir prazer em fazê-lo sugerindo que, a presença desses sentimentos, constitui-se em fator também importante na determinação das altas taxas de desmame precoce no Brasil. Esta é uma situação que dificulta o trabalho dos profissionais de BLH, porém temos que procurar entender e buscar alternativas.

Questão 9- Como sua família participa no processo de retirada de leite e para conseguir produzir leite?

Quadro 9- Respostas emitidas pelas mulheres mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f*	%**	%***
A- O marido ajuda e incentiva	12	63	44
B- A família ajuda e incentiva	08	42	30
Sub-total	20		74
C- A família não participa na retirada do leite	07	36	26
Total de respostas	27		100

*mais de uma resposta foi dada por cada participante.

**A porcentagem foi calculada sobre o total de participante (19) para cada resposta.

***porcentagem sobre o total de respostas.

Neste grupo de respostas, tomamos conhecimento da participação da família junto à mulher que está vivenciando um período difícil, longe de seu bebê, com uma carga de responsabilidades que, para a maioria, não existia antes do nascimento dele. É fundamental lembrar que a família deve ser vista como parte integral no suporte da díade mãe-filho e, em especial, na experiência de produção láctea.

Para Scochi (2000), à medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais em longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições sócio-culturais.

É esperado que os profissionais de saúde orientem as pessoas mais próximas da mãe de modo adequado para que as ajudem na tomada de uma decisão informada e consciente no que diz respeito à alimentação de seus filhos prematuros.

A seguir, analisaremos de que maneira a ajuda e o incentivo foram transmitidos para as mulheres e qual o significado para elas.

O discurso abaixo reúne as categorias de depoimentos de mães que informaram ter tido alguma ajuda para a manutenção da lactação:

DSC
<i>“Eles ajudam, minha mãe e meu marido me apóiam, minha mãe fica pondo na minha cabeça pra tirar e ir no Banco de leite todo dia, minhas filhas me ajudam quando eu to tirando, não sai de perto de mim segurando o copo, eles ficam elogiando que tem bastante leite e isto motiva, quanto mais eu tiro mais quero tirar né? Meu esposo me ajuda massageando, gosta que eu tire. Tá sempre falando “cê não vai tirar leite”? me incentiva muito ... As vezes ele cobra “já tá na hora de você tirar o leite, cê já tirou?” “Ce vai leva o leite pra ele hoje?” a compreensão dele, a ajuda é muito importante... ele fala pra mim me acalmar que eu fico muito nervosa, me ajuda ficando junto comigo, fica segurando o copinho, ajuda fazer massagem. Minha sogra me ajudou movimentar a maquininha e foi muito mais fácil... Minha mãe fica no meu pé: “é hora de tirar” aí ela pega todas as coisas pra mim, e me ajuda ... quando eu choro e fico nervosa elas falam “Não fica nervosa que diminui a produção...”</i>

Atualmente é comum vermos o marido ou companheiro participar de todo o processo de gestação. Eles participam dos cursos e/ou consultas de pré-natal, e alguns até permanecem junto à gestante durante o trabalho de parto. Este direito das pacientes gestantes de ter um acompanhante (indicado pela parturiente) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto nos hospitais públicos ou conveniados do Sistema SUS está garantido na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005²³ porém, em alguns serviços esta lei ainda não é uma realidade.

A permanência do marido ou companheiro também é possibilitada, principalmente, devido à licença paternidade que permite ao trabalhador ausentar-se do serviço para auxiliar a mãe de seu filho, que não precisa ser necessariamente sua esposa, no período de puerpério, e também para registrar o bebê.

A licença paternidade concedida aos trabalhadores em regime CLT é de 5 dias corridos contados a partir do dia seguinte ao parto e consta nos termos do art. 7º, inciso XIX da CF/88 c/c Art. 10, § 1º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da CF/88²⁴.

Primo e Caetano (1999) relatam que várias pesquisas mostram que o apoio e suporte familiar, principalmente do marido e da mãe, são fatores importantes na escolha da alimentação da criança e a presença e ajuda do marido colaboram positivamente para a prática do aleitamento. Além disso, a aprovação e as atitudes do esposo em relação ao aleitamento materno são consideradas pelas mulheres na decisão de amamentar ou não. Dessen e Braz (2000) também identificaram em seu estudo que as mães apontam o suporte do marido/companheiro como o principal dentre os apoios recebidos e, em segundo lugar, o de suas próprias mães. O apoio dos amigos e de outros membros familiares, como pai, sogro e sogra, é considerado como menos importante.

A presença do marido ao lado de sua esposa é também relevante quando se trata de um bebê prematuro que deverá permanecer internado, pois a mãe busca, em alguém próximo, apoio e forças para enfrentar a situação.

²³Disponível em: www.dji.com.br/leis_ordinarias/20005-011108/20005-011108.htm. [Acessado em 19/08/2006].

²⁴Disponível em Consumidor Brasil - Empregado doméstico-
www.consumidorbrasil.com.br/textos/domestico/paternidade.htm. [Acessado em 19/08/2006]

Pode-se observar neste estudo que a maioria (63%) das mães foram encorajadas pelos maridos ou companheiros e continuaram a ordenha mamária para manter a lactação durante a internação do prematuro na unidade neonatal.

A participação na extração do leite e o interesse do marido na produção láctea fazem com que a mulher se sinta incentivada, havendo uma cumplicidade neste momento difícil, que poderá ser amenizado se vivenciado a dois, um apoiando o outro.

É bastante comum também a presença de alguém da família junto a puérpera no BLH, principalmente nos primeiros dias após o parto. Sabemos que o aleitamento materno é influenciado por fatores sócio-psico-culturais, e a opinião e o incentivo de pessoas que cercam a mãe, incluindo avós maternas e paternas da criança, é um deles. Portanto, a família pode desempenhar um papel de notável influência na manutenção láctea e amamentação de um bebê prematuro.

Susin et al. (2005) nos falam de alguns estudos realizados sobre a influência das avós que pode favorecer ou dificultar a amamentação. No Texas, Estados Unidos, a avó materna foi considerada a fonte de apoio mais importante para o início da amamentação entre as mulheres de origem mexicana. No Canadá, as mulheres que receberam apoio de suas mães e do pai da criança, assim como aquelas que previamente já haviam decidido amamentar antes da gravidez, amamentaram seus filhos por mais tempo. Em um estudo feito na África, as avós eram favoráveis à amamentação exclusiva e achavam desnecessário e nocivo a saúde da criança a suplementação com água, que, segundo elas, era recomendada pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, estudo realizado em Porto Alegre, RS, por Giugliani e cols (1992) trouxe a suspeita de que as avós pudessem influenciar negativamente na duração da amamentação. Segundo esse estudo, a ausência de ajuda de um familiar em casa foi fator de proteção para a interrupção da amamentação antes dos quatro meses.

Em Natal, Rio Grande do Norte, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi significativamente menor entre as crianças com avós presentes no grupo familiar quando comparadas com as de avós ausentes (Andrade e Taddei, 2002).

É interessante acrescentar que no estudo realizado por Susin et al. (2005), sobre a influência das avós sobre o aleitamento materno, descobriu-se que as mães com contato diário com as respectivas mães tiveram uma chance maior de interromper o aleitamento materno nos primeiros seis meses após o nascimento da criança. Já o contato mais freqüente com as avós paternas não afetou significativamente a duração do aleitamento materno.

Como podemos ver, a influência pode variar e vai depender de uma série de fatores. No caso das mulheres entrevistadas, vimos que 42% delas se sentiu apoiada não só pela mãe e sogra, mas também por outros membros da família para que se empenhasse em retirar o leite para o bebê prematuro que está internado.

Neste discurso está reunida a categoria (C) elaborada a partir dos depoimentos das mães que não recebem ajuda de nenhum familiar ou amigo:

DSC
<i>“Minha família mora longe daqui... não tem muita participação, eu mesmo que tiro sozinha no quarto, quieta lá, eu tiro sozinha... ninguém me ajudou em nada, ninguém... eu que me virei sozinha... Ah, é uma coisa assim que é mais comigo mesmo, é uma conscientização mais minha, eu retiro sozinha mesmo, não peço ajuda não...”</i>

Atualmente é bastante significativo o número de pessoas que não tem familiar morando próximo, na mesma cidade. É comum pessoas se aventurarem à procura de uma condição melhor de vida, de um emprego, deixando para trás os familiares. Isto faz com que algumas mulheres possam contar apenas com o marido ou companheiro, e algumas não têm nem o marido para ajudá-las.

Muitas vezes podemos observar que quem oferece alguma ajuda é um vizinho que não tem laços familiares, mas se doam genuinamente, com sentimento de grande solidariedade.

O trabalho realizado pela equipe de apoio (assistente social, psicóloga, entre outras), pode ser muito importante no sentido de encorajar a família a participar deste processo, estando junto à mãe durante o período em que o prematuro está hospitalizado.

Há algumas situações em que a própria mulher se recusa a ser auxiliada, afirmando que é de sua responsabilidade prover seu filho com o leite materno não necessitando, portanto, da ajuda das pessoas que a rodeia. Para essas mulheres, este é um processo normal, o qual elas encaram com muita naturalidade, de uma forma relaxada, sem estresse, conseguindo assim uma boa produção láctea.

Nascimento e Issler (2004) relatam estudo realizado em um Hospital Amigo da Criança com os familiares das mulheres que têm seu bebê internado, onde existe um programa de aproximação dos familiares: *“As famílias dos prematuros também são convidadas a se apresentar em um grupo de apoio aos pais de duas em duas semanas. Coordenado por um time interdisciplinar, esse grupo representa uma oportunidade para os pais discutirem e trocarem experiências em uma tentativa de aliviar a ansiedade da família e promover a amamentação. A participação da família é encorajada, especialmente dos avós, para que esses também possam oferecer apoio aos pais do prematuro”*.

Podemos considerar que o apoio da família e amigos é, em geral, a mais importante fonte de apoio. Contudo, o apoio da comunidade muitas vezes é muito bem vindo, principalmente em lugares onde existe uma forte tradição de amamentação e os membros da família moram perto; porém, algumas idéias tradicionais arraigadas que são prejudiciais para a manutenção da amamentação, como o uso de mamadeira, podem aparecer (OMS/UNICEF/IS, 1993).

Conclui-se então que o incentivo e o convite à participação de grupos onde as orientações corretas serão transmitidas, podem ser uma forma de trazer a família, unir esforços para apoiar esta mulher que está passando por um momento bastante delicado de sua vida.

Questão 10- As informações que você recebeu dos profissionais do Banco de Leite foram suficientes para dar conta de retirar o leite e manter a produção?

Quadro 10- Respostas emitidas pelas mulheres - mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categorias	f	%
A- Acha que as orientações do BLH foram suficientes	17	89
B- Acha que as informações não foram suficientes	02	11
Total de respostas	19	100

Observamos que a maioria das mulheres entrevistadas (89%) respondeu que as orientações que receberam pelos profissionais do BLH foram suficientes para capacitá-las para a extração do leite, porém quando analisamos quantas conseguiram produzir um volume necessário para a demanda do bebê, verifica-se que apenas 30% (5) conseguiram uma produção efetiva.

No discurso abaixo está a categoria (A) dos depoimentos que relataram o apoio que receberam dos profissionais do Banco de Leite:

DSC
<i>“No começo eu fiquei confusa hoje eu tenho todas as informações.... Foi aqui que eu aprendi tudo, nunca nem tinha ouvido falar do Banco de leite... tudo o que elas falaram, tinha coisa que eu não sabia, elas explicaram bem, pra mim foi mais que suficiente, foi muito ótimo. As meninas me orientaram direitinho... as mocinhas de lá foi muito boa me ajudou, no instantinho começou a sair... então tem certas coisas que elas me explicaram muito bem... até agora não tem falhado não, pra mim já foi suficiente..... explicaram como era prá tirar o leite , como usava a máscara , a toca, aonde que era prá tirar... elas me explicaram e todas as minhas dúvidas eu pergunto prá elas... elas deram as dicas que precisava, excelente pra mim porque eu consigo produzir mais leite, me ajudou bastante... as informações delas foram bem claras”.</i>

Consideramos que o trabalho de orientação realizado pelos profissionais do BLH é de extrema importância, principalmente para que a mulher, após ter tido um parto prematuro, muitas vezes apresentando sentimentos de culpa e fracasso, sinta que poderá fazer algo para compensar esta falha, empenhando-se em produzir o alimento que dará sustento e que será importante para a recuperação de seu bebê, para que finalmente, possa sair do hospital com ele nos braços.

Espera-se que o profissional tenha sensibilidade para compreender a dor desta mulher e saber o momento propício e a forma com que oferecerá ajuda. As orientações fornecidas deverão corresponder às dúvidas da mãe e, basicamente, informá-la sobre a importância do seu leite para o seu bebê e sobre como deverá proceder para extrair o leite de suas mamas (incluindo as questões de higiene). Deverá ser informada também sobre o horário de funcionamento do BLH e a quem deve recorrer caso precise de ajuda fora deste horário.

Informações como: o que é apojadura, características do colostro, leite anterior e posterior; como armazenar o leite e qual a frequência da retirada, entre outras não devem ser dadas todas de uma vez, e é importante que sejam transmitidas durante os dias de internação da puérpera, pois se deve respeitar a dificuldade de atenção que, provavelmente poderá apresentar devido ao processo pelo qual está passando.

Não se deve esquecer, durante os vários encontros com esta mulher, de elogiá-la e sugerir que ela pode fazer ainda melhor, aumentando cada vez mais a produção (OMS/UNICEF/IS, 1993).

Muitas vezes, faz-se necessário proceder às orientações sobre a extração do leite para o seu filho, mesmo percebendo que esta mulher-mãe ainda não está suficientemente pronta, ou seja, ainda está processando o nascimento prematuro e às vezes ainda está em estado de choque. Entretanto, o processo fisiológico da lactação já está ocorrendo no seu corpo e nessa situação não se pode perder o momento adequado de estimular as mamas a produzir leite. Caso percamos esse momento, é difícil recuperá-lo causando a irremediável cessação da produção láctea, deixando todos - a mãe, a família e os profissionais - extremamente frustrados.

A seguir temos o discurso da categoria (B) de depoimentos que mostram ser insuficientes as orientações dos profissionais do Banco de Leite:

DSC
<i>Não, eu acho que não, eu acho que não foi o suficiente....se eles tivessem me dito “procura tirar o seu leite de 3/3 horas” dar ênfase a isto né mesmo porque seu filho pode ficar sem o leite, porque a gente não tem leite suficiente aqui, aí com certeza eu teria me preocupado mais , houve a falha deles e eu falhei também em me acomodar com isso...</i>

Apesar de existir uma rotina de orientação para as puérperas, acreditamos que pode acontecer que esta não tenha sido transmitida no momento certo e que alguns detalhes importantes tenham passados despercebidos.

Observamos, no nosso cotidiano que existe uma certa ansiedade dos profissionais em dar todas as orientações, de ensinar tudo com o intuito de tranquilizar as mães. Entretanto, pode acontecer que às vezes elas ainda não estejam sintonizadas e ainda estejam sobre os efeitos do susto, recuperando-se do pesadelo pelo qual estão passando e, mesmo que tentem prestar atenção, há momentos em que sua atenção volta-se para o seu bebê, podendo perder alguns detalhes importantes.

Diante desta realidade é interessante que as recomendações mais importantes para a manutenção da lactação, sejam abordados diversas vezes, possibilitando que dúvidas sejam esclarecidas.

Analisando a fala das mulheres entrevistadas, pode-se inferir também que o profissional realmente não forneceu a orientação sobre a frequência da extração do leite. Esta é uma falha que pode ocorrer e é necessário que os profissionais estejam atentos.

Os profissionais de saúde são, essencialmente educadores, portanto, devem ter a consciência que o resultado do seu “trabalho” vai depender do tipo de atenção prestada, da linguagem utilizada, da sua empatia e da forma com a qual aborda o outro indivíduo.

Sabendo-se que a base é *comunicar-se de maneira esclarecedora e acolhedora*, pode-se afirmar que todo o processo de diálogo é vivenciado através de gestos, palavras, olhares, atitudes, entonação da voz, expressões corporais, expressões faciais e comportamentos; compartilha-se conhecimentos, num processo de comunicação e troca e, assim, o profissional aprende e ensina (Oliveira, 2002).

Portanto, no discurso acima, podemos concluir que houve uma falha de comunicação que deve ser evitada para que não se transforme em forte motivo para que a mulher desista de participar do cuidado alimentar/nutricional ao seu bebê através do fornecimento do seu leite.

Questão 11- Como você acha que pode participar no processo de recuperação do seu bebê?

Quadro 11- Respostas emitidas pelas mulheres - mães de recém nascidos internados na UTIN.

Categoria	f	%
A- Acha que pode ajudar estando presente, amamentando, tirando o leite fazendo canguru.	11	58
B- Acha que deve fazer de tudo	03	16
C- Acha que deve dar amor e carinho	02	11
D- Acha que deve conversar com o bebê	01	05
E- Acha que vai ajudar fazendo os procedimentos corretos	01	05
Sub-total	18	95
F- Acha que o marido também pode ajudar	01	05
Total de respostas	19	100

O quadro acima demonstra os esforços realizados pelas mães para tentar compensar a separação ocasionada pela internação do filho. Cada uma delas tenta fazer o melhor, numa tentativa de se adaptar à situação que acreditam ser passageira e que logo voltará a estar bem.

Os dados que seguem abaixo irão abordar as formas de participação destas mulheres como membro integrante da equipe que trabalha para que o bebê se desenvolva logo e saia o mais rápido possível da unidade de internação e que vá para junto de sua mãe e familiares.

O discurso reúne as categorias de depoimentos das mães que relataram que podem participar no processo de recuperação do bebê:

DSC
<i>“Eu venho conversar com ele, a participação é a presença né.... acho que ficar perto dele ... tá havendo essa troca né, observando, quanto mais observo eu conheço mais ele, vir aqui fazer com que ele sinta a minha presença, que eu quero que ele vá pra casa logo, passar força para o neném, fazer canguru né que é muito bom, estar por perto, tirar o leite, tando junto com ele, mesmo ele bebendo o leitinho pela sonda, sempre tá ali estimulando ele no bico do seio prá tá pegando, passando meu calor, pra ele sentir que eu to aqui, ele sabê que tem uma pessoa que ama ele aqui fora. Tudo o que me pedi, eu faço o possível pra ajudar... não tossir em cima, lavar as mãos, dar carinho, o amor que eu tenho , os cuidados por ele ser prematuro...</i>

A metodologia mãe canguru tem contribuído para a diminuição do tempo de internação do recém nascido pré-termo. Miltersteiner (2003) informa que os custos de atenção aos neonatos que recebem os cuidados do método são relativamente baixos em comparação ao método tradicional, por ser um programa simples, próprio para países com recursos escassos. Trata-se de um modelo eficaz, com ótima relação custo-benefício, pois incrementa a sobrevivência, a qualidade de vida e evita o abandono durante a internação, freqüente nesses casos.

Como já foi citado anteriormente o método Canguru tem sido bastante utilizado no atendimento humanizado ao recém nascido com baixo peso, pequenos para a idade gestacional ou pré-termos, propiciando a alta antecipada destes bebês, porém muitas vezes

não é possível de ser realizado devido à falta de disponibilidade da mãe, que deverá permanecer por alguns dias acompanhado o seu bebê.

O estudo realizado por Furlan et al. (2003) com objetivo de analisar a percepção de pais de bebês prematuros sobre a vivência no Método Mãe-Canguru mostra um modelo flexível de permanência materna permite que a mãe retorne, à noite, para o domicílio, o que contribui para minimizar a ansiedade decorrente do afastamento materno do lar, sentimento esse expresso por algumas mães em estudo realizado em uma instituição que implantou esse método, de permanência contínua, desde 1994 (Javorsky,1997).

Furlan et al (2003) comentam que a mulher, por desempenhar diversos papéis, simultaneamente, como o de mãe, esposa e dona de casa, dificulta a ausência prolongada do lar e pode conduzir a algumas deficiências no bom encadeamento dos papéis. A flexibilidade do método desenvolvido possibilita à mãe dividir seu tempo com o filho internado, com os afazeres domésticos, com o parceiro e com os outros filhos, se existirem.

A nossa experiência mostra que muitas vezes, após alguns dias de permanência no ambiente hospitalar a mãe-acompanhante se mostra bastante cansada, embora seja permitido que outros membros da família dividam com ela esta tarefa.

É preciso ter bom senso e aceitar os limites desta mãe, possibilitar o seu retorno ao lar para se certificar que sua ausência está sendo suprida de alguma forma, assim poderá retornar ao hospital com mais ânimo para assumir o cuidado do seu filho, colaborando para sua recuperação.

A presença dos pais, principalmente da mãe, na unidade neonatal é importante tanto para a recuperação do bebê, quanto para a equipe que cuida dele. Para obter a colaboração dos pais, é importante que estes estejam esclarecidos sobre as normas da unidade, os profissionais também devem ter uma atitude simpática possibilitando perguntas em caso de dúvidas. Segundo Linharez (2001) a experiência emocional estressante da mãe pode resultar na diminuição da qualidade e fidelidade no entendimento dos cuidados dispensados à criança e das orientações. Reforça ainda que o apoio da equipe deve acontecer desde o esclarecimento dos cuidados até o conhecimento da dimensão

sócio-econômica e cultural da família, no sentido de minimizar a situação de estresse, utilizando-se como via principal a comunicação verbal.

Linharez (2001) refere que o RN vivencia momento solitário na UTIN, lutando para sua sobrevivência sugerindo, portanto, que o cuidado seja centrado no amor, ultrapassando as fronteiras do tecnicismo frio e impessoal. Na opinião da autora deve-se facilitar a visita também dos irmãos, avós e acesso livre para os pais, visando a humanização. Acreditamos que, ao valorizar a presença da família durante o tratamento da criança, nós profissionais da saúde, desempenhamos um papel singular no cuidado aos pais, em particular no contexto da UTIN. Na nossa experiência encontramos que mães orientadas sobre o processo de recuperação de seu bebê são mais participantes e produzem leite com maior facilidade.

Apesar de apenas duas mulheres terem verbalizado suas opiniões, é possível perceber como é forte a relação de amor e carinho por parte da maioria das mulheres entrevistadas com os seus bebês.

Para Brazelton (1988), o vínculo afetivo entre pais e filhos é um processo contínuo que tem seu início na gestação e vai se formando na medida em que as interações vão ocorrendo. Medidas a serem tomadas são propostas por Klaus e Kennell (1993) já na sala de parto, como a redução da luz e som do ambiente a fim de facilitar a formação do apego do bebê com seus pais já nos primeiros momentos de vida, pressupondo com isso a disponibilidade dos recém nascidos para um vínculo afetivo.

Bowlby (1990) afirma que quanto mais satisfação o padrão de interação adotado por um par proporcionar a cada parceiro, mais estável ele será. Por outro lado, quando o padrão desenvolvido pela dupla é insatisfatório para um ou ambos, a tendência à estabilidade diminui, já que o parceiro descontente tentará sempre alterá-lo.

Gandra (2000) esclarece que o apego é um dos aspectos constituintes da personalidade do indivíduo que é influenciado por fatores como as características da mãe, o temperamento da criança e o meio social em que vive a dupla. Por outro lado, o padrão de apego desenvolvido no primeiro ano de vida influencia a formação da auto-imagem e do auto-conceito, fazendo das crianças que tiveram um modelo de apego seguro, indivíduos mais competentes e aceitos socialmente.

Diante do exposto, é importante proporcionarmos e incentivarmos a presença dos pais, principalmente da mãe para que a criança se sinta amada e desejada, fortalecendo, dia a dia o apego/vínculo com o seu bebê.

Através da observação, percebemos também que quanto mais os pais freqüentam a unidade, mais passam a confiar na equipe que presta assistência à criança, diminuindo a ansiedade e o medo que o ambiente lhes transmite.

É bastante interessante observar como o “conversar com o bebê” traz para a mãe um estado de calma, de positividade. Apesar de se tratar de um monólogo, são ditas palavras de amor e de otimismo, transmitindo para o pequeno ser, que há alguém que se preocupa com ele e está esperando.

Abaurre et al (2000), revela que a comunicação humana ultrapassa os limites da simples transmissão e recepção de sinais biológicos. Isso ocorre porque o ser humano, distintamente de outras espécies de seres vivos, utiliza sinais sensíveis como, por exemplo, as palavras, linhas e cores de um desenho e gestos de uma mímica. Três tipos distintos de interação são possibilitados aos seres humanos: transmitir informações; expressar sentimentos, emoções e atitudes; transmitir ordens e pedidos.

O mesmo autor acrescenta que a linguagem, isto é, a fala, é o instrumento ao qual o homem modela seus pensamentos, seus sentimentos, suas emoções, seus esforços, sua vontade e seus atos; é o instrumento com o qual ele influencia e é influenciado, a base última e mais profunda da sociedade humana.

Percebemos então que, para a mãe, este momento de “conversa” com o bebê funciona também como um momento de desabafo que ela sente necessidade em fazer, mas que, muitas vezes, não tem alguém com a qual se sinta segura para expor seus sentimentos.

O ambiente de uma UTI é sempre muito assustador para a maioria das pessoas e quando se trata de uma UTIN, esse sentimento é maximizado. Assim, é freqüente que os pais tenham muitas dúvidas em relação ao ambiente da UTIN, principalmente sobre os aparelhos que têm muitos fios, luzes que piscam ou alarmes que soam, precisam ser esclarecidos sobre como podem ajudar a equipe e não atrapalhar o andamento da assistência prestada ao seu filho e demais bebês.

Geralmente os pais querem saber tudo e as informações visam também esclarecer aquilo que estão vendo e não compreendem, por não terem vivência de UTIN.

Em estudo realizado sobre a presença de pais na UTIN, Rossato-Abéde e Angelo (2002) constataram que a presença dos pais interfere também no andamento dos cuidados, já que, em virtude da proximidade com o filho, alguns procedimentos precisam ser realizados novamente ou o atendimento da criança deve ser atrasado. Muitas vezes os pais não entendem os procedimentos, acham que estão maltratando a criança. Esses são os motivos da necessidade de transmitir aos pais com uma linguagem acessível acerca dos cuidados que estão sendo dispensados ao bebê, para que não haja dúvidas quanto à necessidade ou a forma de como estão sendo realizados.

Para Rossato-Abéde e Angelo (2002), cabe a enfermeira orientar e ensinar os pais sobre a organização do serviço de enfermagem, como devem se comportar na unidade, sobre o funcionamento de aparelhos, como interagir com a criança e sobre a alta. Enfatizam que é importante que explicações sobre os procedimentos que estão sendo realizados na criança seja oferecida, além de demonstrar e acompanhar a forma correta da lavagem das mãos para os pais.

Entendemos que esses são procedimentos simples que não dispensarão um grande tempo do profissional, mas que refletirá de maneira bastante positiva durante o período de internação do bebê.

Neste discurso está a categoria de depoimento da mãe que acha que o marido também deve ajudar na recuperação do bebê

DSC
<i>...Eu acho que não só eu mas meu marido também ..tá junto com ela vai bem na recuperação dela, dando carinho pra ela...</i>

Não se observa, com frequência, a presença do pai na unidade neonatal. Atribuímos tal fato, provavelmente, porque ele esteja cumprindo o seu papel de provedor da família ou porque a despesa acarretada com o transporte para mais uma pessoa não se encaixa dentro do orçamento familiar que, na maioria das vezes, é bastante restrito, levando a família a optar por somente uma pessoa, que geralmente é a própria mãe.

Observamos que as mulheres-mães gostariam que o marido ou companheiro pudessem participar mais deste momento difícil, tanto para ela como para toda a família, principalmente porque o estar junto com o bebê se torna uma atividade, muitas vezes, bastante solitária para ela. De um modo geral, as famílias vão se moldando à realidade, umas com mais, outras com menos dificuldade de enfrentamento. Acreditamos que é preciso que se criem estratégias junto aos vários equipamentos sociais para minimizar a situação.

Em relação ao horário a maioria das unidades neonatais são abertas para os pais, os quais podem visitar o bebê depois do horário de trabalho. Quanto às despesas com transporte, pode-se recorrer ao serviço social da instituição que poderá fazer uma avaliação da situação e fornecer o passe, pelo menos, para alguns dias da semana. Na Instituição onde foi realizado o estudo, a Capelânia Evangélica mantém uma casa próxima ao hospital que acolhe pessoas que moram longe e precisam estar junto do seu doente, principalmente mães de bebês prematuros.

Para Furlan et al (2003), a troca de calor humano e afetividade entre o prematuro e os membros da família são pontos importantes para o fortalecimento do relacionamento familiar. A autora coloca que, à medida que os pais sentem-se livres para permanecer o tempo que lhes for possível com o recém-nascido na unidade neonatal, ficam mais tranquilos para cuidar, melhorando a qualidade do relacionamento mãe-filho-família.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A convivência diária com mulheres que têm o seu bebê prematuro internado na UTIN nos motivou a conhecer melhor esta fase que está vivenciando, desde sua chegada ao hospital para o parto prematuro até sua alta para casa, juntamente com o bebê. O acompanhamento destas 19 mulheres-mães, sujeitos do estudo, nos proporcionou um conhecimento mais profundo sobre o aspecto psico-afetivo da situação e possibilitou que nos colocássemos em seus lugares, experimentando o que é esperar tanto tempo por um momento e vê-lo adiado e, o que é pior, muitas vezes correndo o risco de não se concretizar.

Durante o desenvolvimento deste estudo nos deparamos com vários fatores que dificultam a manutenção da produção do leite pela puérpera, porém a maior parte deles podem ser contornados se ela receber ajuda de profissionais conscientes, capacitados, disponíveis e também de pessoas de sua confiança.

Os depoimentos nos permitiram perceber o quão insegura a mulher se sente em relação a sua capacidade de aleitar, vimos em seus olhos a tristeza, a ansiedade e o medo devido a incerteza da sobrevivência do bebê. Notamos que muitas, depois de algum tempo deixam de comparecer ao hospital, não trazem mais o leite retirado em casa, provavelmente vencidas pelo cansaço, pela dificuldade econômica, pelo acúmulo de afazeres doméstico e por não ter com quem deixar os outros filhos. Presenciamos a dor e o desgaste físico devido a falta de habilidade na extração do leite com as mãos, com conseqüente baixa produção, e entendemos porque a bomba tira-leite é tão disputada. Muitas vezes, devido ao nosso volume de trabalho, não tivemos disponibilidade para fornecer informações mais detalhadas sobre o processo de produção de leite, nem sensibilidade para perceber que o que ela queria era um ombro amigo...Foi possível perceber que a nossa atenção estava mais voltada para o aspecto biológico e cuidamos pouco do psico-social.

Por outro lado, pudemos perceber que vários fatores que influenciam positivamente a lactação foram mencionados pelas mulheres entrevistadas: A convivência com outras mulheres que estão na mesma situação, seja no momento da ordenha ou mesmo nos momentos que estão na sala de amamentação realizando trabalhos manuais traz força e relaxamento; ter informações sobre como está o bebê, sua evolução e possibilidade de alta diminui a ansiedade; ser valorizada pela equipe que cuida do bebê e sentir que faz parte

dela; poder permanecer no hospital, receber as refeições para poder acompanhar o bebê e ficar em contato pele a pele com ele, receber informações de como proceder a extração do leite e sobre como este é importante para o desenvolvimento do bebê, a incentivou em se empenhar na retirada do leite. Foi evidenciado nas falas que a possibilidade da utilização de medicamento lactogogo para aumento da produção láctea e o empréstimo de bombas manuais com controle da sucção proporcionaram maior segurança e confiança na capacidade de produção láctea. Constatou-se que a possibilidade do marido estar junto no ambiente da UTIN e BLH e de ter as dúvidas esclarecidas, contribuiu para que se sentisse apoiada.

Foi possível identificar que a ajuda vem principalmente do marido que ajuda nos afazeres do lar, uma ou outra teve ajuda da família, e em alguns casos pudemos ver famílias inteiras empenhadas em apoiar a puérpera e se interessar sobre os detalhes da ordenha e do armazenamento do leite, não foi evidenciado apoio de grupos ou profissionais além da equipe que atua na instituição, principalmente do Banco de Leite que tiveram importante papel no apoio destas mulheres-mães.

Durante a pesquisa e análise dos depoimentos foi possível uma reflexão que nos fez rever a forma de abordar a mulher, agora mãe, após o nascimento do bebê. A nossa preocupação estava centrada na necessidade da produção de leite por ela para atender as necessidades nutricionais do seu filho, nos esquecendo que ela precisava, antes de tudo estar bem para que este processo acontecesse de forma adequada. Assim, compreendemos que ela precisa de um tempo para se recuperar do susto e digerir a idéia de ter seu filho separado de si, sendo cuidado por outras mãos, que assumirão o cuidado que ela gostaria de estar oferecendo.

Hoje, sabemos que não devemos ter pressa, devemos agir com bom senso e respeitar o momento daquela mulher-mãe que está fragilizada e precisa de um tempo para se equilibrar. As orientações sobre a ordenha mamária devem ocorrer de maneira que a mãe sinta-se apoiada e não cobrada de uma prática da qual, na maioria das vezes, não tem conhecimento. O fornecimento de informações escritas podem ajudar no caso de ocorrer alguma dúvida e não ter nenhum profissional próximo para esclarecê-la.

Outro ponto que nos chamou a atenção foi o perfil do profissional que presta orientações a mulher-mãe, deve ter disponibilidade e paciência para ensinar, apoiar, incentivar e ouvir, pois muitas vezes é a única pessoa que ela tem para conversar, desabafar e receber uma palavra amiga.

Ficou evidenciado que a participação institucional com política de humanização e acolhimento das mães acompanhantes é de grande importância. Acreditamos que sem esse comprometimento institucional, a viabilização de uma atenção mais personalizada e holística torna-se uma tarefa bastante difícil.

O acolhimento das mães que moram longe ou fora do município possibilitando sua permanência próximo ao bebê é imprescindível. No Hospital onde foi realizado o estudo as mães permanecem como hóspedes na maternidade ou em uma casa de apoio próximo ao hospital. Esta é uma realidade que não é encontrada na maioria das maternidades que possuem UTIN.

Diante destes resultados obtidos passaremos, a apresentar algumas sugestões para minimizar as dificuldades verbalizadas e percebidas neste estudo:

- Maior empenho das instituições formadoras de profissionais da saúde (técnico e universitário) para o aspecto da humanização no atendimento.
- Fazer esforços junto à comunidade através do controle social e órgãos que elaboram as políticas de saúde para que medidas sejam tomadas no sentido de garantir local apropriado para a permanência integral das mães acompanhantes de RNPT.
- Garantir que o cuidado e apoio tenham continuidade no pós-alta, junto às equipes de saúde da família monitorando a amamentação, o ganho de peso e o desenvolvimento do bebê, além de acompanhar os aspectos físicos e psico-emocionais da puérpera, papel este que pode ser desenvolvido conjuntamente com os profissionais de ambulatórios e unidades básicas/equipe de saúde da família.
- Realizar ações para implementar a lei nº 10.689 de 30 de novembro de 2000, Secretaria do Estado da Saúde²⁵ que dispõe sobre a permanência de acompanhantes dos pacientes internados nas unidades de saúde do estado, bem como direito a Visita Aberta,

²⁵Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Vol 110-número 230- 1^o de dezembro de 200

uma das ações do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde²⁶.

- Nas instituições onde há estagiários de pedagogia, estes poderão realizar grupos educativos com mães acompanhantes que não são alfabetizadas ou que precisam de reforço escolar, o que pode contribuir também para facilitar o entendimento das orientações fornecidas.
- Propõe-se que se promovam sessões de exercícios de relaxamento os quais poderão ser conduzidos pela enfermagem ou fisioterapeuta, para diminuir as tensões e proporcionar a integração das mães, nos momentos em que não estão acompanhando o bebê.
- Fornecer manual no momento da alta com conteúdo prático que sirva para orientá-la em caso de dúvidas. É importante que contenha o número do telefone dos principais serviços: Banco de Leite, Ambulatório, UBS próxima de sua casa, UTIN, entre outros.
- Criar Grupo de Apoio com reuniões pré-agendadas para as mães acompanhantes de RNPT e seus familiares com o objetivo de compartilhar as idéias, as angústias, sofrimentos, trocar experiências, fazer reclamações, dar sugestões, tirar dúvidas e também para reforçar as informações já fornecidas.
- Criar oficinas de trabalhos laborais e lúdicos, que além de ocupar a mente, a capacitam para desenvolver produtos que poderão ser comercializados, como, por exemplo, enxoval do bebê, enfeites, costuras, peças de artesanato, etc. contribuindo no orçamento doméstico.
- Criar o “cantinho da beleza” com pessoas voluntárias que poderão ensinar a cuidar do cabelo, da pele, dar dicas de moda, entre outras com o objetivo de elevar a auto-estima. Esta sugestão vai ao encontro às várias ações que a SES recomenda como ações do processo de humanização hospitalar²⁷.

²⁶Manual disponível no site: www.saude.org.br

²⁷www.saude.sp.gov.br/portal

- Possibilitar e estimular as mães acompanhantes que freqüentem a biblioteca (nas instituições onde há), proporcionando momentos de lazer, distração e de conhecimento.
- Disponibilizar e fornecer a título de empréstimo, bombas tira-leite manuais com controle da sucção, para as mães que não conseguem fazer a ordenha manual.

Finalmente, para que a atenção e o apoio dos profissionais de saúde sejam efetivos, devem perceber os múltiplos significados, para a mulher e família, desse período especial que elas vivenciam e que reforça a ambivalência e as atitudes muitas vezes regressivas provocadas pelo medo, desespero, preocupação, falta de informação, enfim, por ter que lidar com uma realidade diferente da idealizada.

Acreditamos que o trabalho a ser realizado no sentido de socializar esses conhecimentos e torná-los realidade está apenas começando...

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abaurre ML, Potara MN, Fadel T. Português - língua e literatura, 1^a ed., Ed. Moderna. 2000.

Akré J. Alimentação Infantil: bases fisiológicas. IBFAN/Instituto de Saúde de São Paulo; 1997.89p.

Alencar Junior CA. Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. [Acesso em 18 maio 2006]. Disponível em URL: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf.

Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza - cultura. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999.119 p.

Almeida H. Situações especiais do lactente. In: Carvalho MR de, Tamez RN. Amamentação: Bases científicas. 2^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; p. 67-85.

Almeida CAN de, Ricco RG, Del Ciampo LA. Anatomia e embriologia da mama. In: Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CAN de. Aleitamento Materno: Passagens e transferências Mãe-Filho. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.157p.

Anderson GH, Atkinson SA, Bryan MH. Energy and macronutrient content of human milk during early lactation from mothers giving birth prematurely and a term. Am J Clin Nutr 1981; 34:258-265.

Anderson PO. Amamentação e uso de drogas. In: Carvalho MR de, Tamez RN. Amamentação: Bases científicas. 2^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.258-259.

Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos sociais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo 2002; 20:8-18.

Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do RNPT: comparação do método Mãe Canguru com os cuidados tradicionais. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife 2005; 5(1):61-69.

Araújo MFM, Del Fiacco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. Rev Bras Saude Mater Infant 2004; 4(2): 135-141.

Badinter E. Um amor conquistado: O mito do amor materno. 3ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.370p.

Ballone JG. Antipsicóticos Sedativos, Psiqueweb. [Acesso em 26/06/2006]. Disponível em URL: <http://www.psiqweb.med.br/farmacologia/antipsicose.html>.

Bittar RE. O que fazer para evitar a prematuridade? Rev Ass Med Brasil 2001; 41(1):1-23.

Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(3): 287-92.

Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. Cadernos Esp - Escola de Saúde Pública do Ceará 2005; 1(1): 1-9.

Bowlby J. Apego. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1990.424p.

Budin P. The nursling. 1907. Disponível em <http://www.neonatology.org/classics/nursling/nursling.6.html> .Acessado em 29/01/2007.

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 322, DE 26 DE MAIO DE 1988. [Acesso em 14/6/2006]. Disponível em URL:<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18659&word=Banco%20de%20leite>.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano, 4ªedição Brasília 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000 - Aprova a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru. DOU, Sec. I, nº 129-E, de 6-7-2000,p.15-6.[Acesso em 19/7/2006]. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas Estratégicas, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos 2005. Brasília; Caderno n.5.

Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.208p.

Caetano LC. Vivendo no Método Canguru [Tese-doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.

Callen J,Pinelli J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, Vol 5, No 2 , 2005: pp 72-88.

Calil VMLT. Caracterização do Recém-Nascido Pré-Termo. In: Leone CR,Tronchin DMR. *Assistência Integrada ao Recém-Nascido*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. 378p.

Camarotti MC. De braços vazios: uma separação precoce. In: Rohenkohl CMF. *A Clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.193p.

Carmona EV. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe”: uma perspectiva do período neonatal [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 2005.

Cecchetto S. Mãe Canguru tecnologia perinatal humana. In: Carvalho MR de, Tamez RN. *Amamentação: Bases científicas*. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.190-206.

Chizzotti A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Ed.Cortez, 2000.

Codo CRB. *Amamentação do recém-nascido pré-termo: olhar materno*. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Craig StJ,Winston TJ. The effect of social support on prenatal care. *Journal of Applied Behavioral Science*, (1989). 25, 79-98.

Cresti L, Lapi I. O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In: Lacroix M, Monmayrant M, org. A observação de bebês: Os laços do encantamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Dessen MA; Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psic.: Teor. e Pesq.*. 2000, vol. 16, no. 3.

Ferraris AO. A evolução do apego primordial. *Rev de psicologia, psicanálise, neurociências e conhecimento* 2005; 150:45-51.

Ferreira I, Vieira CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2003; 25(1): 41-50.

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

Gandra MI de S, Farias MA. A Importância do Apego no Processo de Desenvolvimento. [Acesso em 19/07/2006]. Disponível em URL: <http://www.brazilpednews.org.br/dec2000/bnp0026.htm>.

Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J. Pediatría* 2004; 80(5): 147-154.

Giugliani ERJ; Issler RMS; Justo EB; Seffrin CF; Hartmann RM; Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil *Acta Paediatrica* 1992, 81: 484-487,

Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev latino-am Enfermagem* 2000; 8(2):25-32.

Goldman AS, Cheda S, Keeney SE, Schmalstieg FC, Schanler RJ. Immunologic protection of the premature newborn by human milk. *Semin Perinatol.* 1994;18:495-501.

Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro. Editora Interamericana; 1984.926p.

Gross SJ, Buckley RH, Wakil SS, McAllister DC, David RJ, Faix RG. - Elevated IgA concentration in milk produced by mothers delivered of preterm infants. *J. Pediat.* 99: 389, 1981, [PubMed - indexed for MEDLINE].

Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9(5): 70-6.

Issler H, Marcondes E. Técnicas de Aleitamento. *Rev Pediatría (São Paulo) Revisões e ensaios* 1980; 2:13-20.

Jaldin MGM, Santana RB. Anatomia da mama e fisiologia da lactação. In: Rego J D. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 35-46.

Javorsky M. Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em Cuidado Canguru. [Dissertação]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem/USP. 1997.

Kauppila A, Anunti P, Kivinen S, Koivisto M, Ruokonen A. Metoclopramide and breast feeding: efficacy and anterior pituitary responses of the mother and the child. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985 January; 19(1):19-22.

Kennell JH, Klaus MH. Vinculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatrics in Review* 1998;19(1):4-12.

Klaus MH, Kennell HJ. El vinculo madre-hijo In: *La relacion Madre-Hijo: Impacto de la separacion o pérdida prematura en el desarrollo de la família*. Editorial médica Panamericana; 1978.

Klaus MH, Kennell HJ. Pais e bebês: a formação do apego. Tradução de Daise Batista. Porto Alegre: Ed. Artes médicas; 1993.

Klaus MH, Klaus PH. Seu surpreendente recém-nascido. Tradução de Maria A. Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2001.111p.

Lacerda MTC, Neiva FCB, Vaz FAC. Suporte nutricional em recém-nascidos de muito baixo peso. *Rev Pediatría (São Paulo) Revisões e ensaios* 2000; 22(1): 60-67.

Lamounier AJ, Vieira GO, Gouvêa LC. Composição do Leite Humano - Fatores Nutricionais. In Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p.47-58.

Lana APB. O livro de Estímulo à Amamentação: Uma visão Biológica, Fisiológica e Psicológica: comportamental da amamentação.São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p. 111-116.

Lefèvre F,Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul RS: Editora EDUCS; 2003.256p.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O pensamento coletivo como soma qualitativa. Faculdade de Saúde pública - USP. 2003a. Acessado em 10-10-2004 disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>>.

Lefèvre F. Teoria das representações sociais. IN: Curso Discurso do Sujeito Coletivo. Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. 2006.

Leopardi MT, Beck CLC,Nietsche EA,Gonzáles RMB. Metodologia da pesquisa na saúde.Santa Maria: Editora Pallotti, 2001.344p.

Lewis M. Social development in infancy and early childhood. In J.D. Osofsky (Org.), Handbook of infant development New York: Wiley, 1987. p. 419-493.

Linharez MB. Médicos e psicólogos se unem pela qualidade de vida de prematuros 2001, USP Ribeirão Preto. [Acesso em 26/06/2006].Disponível em URL:<http://www.pcarp.usp.br/asci/mat13.htm>.

Maldonado MT. Maternidade e Paternidade: Situações especiais e de crise na família. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1989.2v.156p.

Meier PP,Enqstrom JL,Mangurten HH,Estrada E,Zimmerman B,Kopparthi R. Breastfeeding support services in the neonatal intensive-care unit.JOGNN, [PubMed - indexed for MEDLINE].v.22,n.4,p.338-47,1992.

Mello Junior W, Romualdo GS. Anatomia e fisiologia da lactação. In: Carvalho M R de, Tamez RN. Amamentação: Bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan; 2000. p. 25-36.

Menezes MV, Vieira R, Amêndola LCB. Mamogênese. In: Santos Junior LA. A mama no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 275p.

Menconi SD. Banco de Leite Humano. In: Carvalho MR de, Tamez RN Amamentação: Bases científicas. 2ªed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2005. p. 67-85.

Mesquita LF. Avaliação clínica a longo prazo do Ro 10-7122 (Sulpiride-Bromazepam) na síndrome depressivo-ansiosa. *Jornal de psiquiatria* 1981; 30 (1):19-22.

Milstersteiner AR, Milstersteiner R, Rech VV, Molle LD. Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termo, de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Rev. Bras. Saúde matern Infant* 2003; 3(4): 447-455.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p.71.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª.ed. São Paulo-Rio de Janeiro:Ed. HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.

Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 379p.

Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Ed. Summus; 1988. p.80-102.

Morin E et al. A entrevista nas ciências sociais, no rádio e na televisão. In: Morin E et al. *Linguagem da cultura e comunicação em massa*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1973.

Moscovici AS. *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291p.

Moura EC de. *Nutrição*. In: Carvalho MR de, Tamez RN Amamentação: Bases científicas. 2ªed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2005. p. 26-53.

Nahas EAP, Nahas-Neto J, Ponres A, Dias A, Fernandes CE. Estados hiperprolactinêmicos inter-relações com o psiquismo. Rev. de Psiquiatria Clínica 2006; 33(2)p.68-73.

Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino. Tese [doutorado]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. 1996.170p.

Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si” [tese livre docência]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. 2003.

Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. Artigo de revisão. Jornal de Pediatria. 2004.

Nóbrega SM. O que é representação social. 1990.76p.Mimeo.

Novelino AM. Maternidade: um perfil idealizado. Cad Pesq. 1988; 65:p.21-9.

Oliveira ME. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mãe e seus recém-nascidos pré-termo. Rev. Eletrônica de Enfermagem; 2002. [acesso em 19 de julho 2006]. Disponível em: URL:<http://www.fen.ufg.br/revista>.

Oliveira RCC. A reorganização familiar no primeiro mês pós-parto: como fica a amamentação? [Dissertação]. Campinas (SP) Universidade Estadual de Campinas. 2004.

OMS/UNICEF/IS. Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento. 1993.

Orlandi EP. Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Petrópolis: Ed. Vozes. 1998.

Orlandi MHF; Mexia APA, Arruda DC, Neves FAM, Oliveira JL dos S, Castilho SA. Comunicação verbal: percepção dos visitantes de neonatos da unidade intensiva e semi-intensiva neonatais entre a equipe médica e de enfermagem. Simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem. 2002. [Acesso em 19/7/2006]. Disponível em URL: <http://www.proceedings.scielo.br>.

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

Pereira SMP. Qualidade de vida no método mãe-canguru. Disponível em <<http://www.metodocanguru.org.br>> Acessado em 03 de fevereiro de 2007.

Polit DF, Hugler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas;1995.391p.

Pontes A, Sá MFS, Ferriani RA, Moura MD. Prolactina na lactação. Femina 1988; 16(8): 722-24.

Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. Jornal de Pediatria 1999; 75(6) p.449-455.

Rego JD. Amamentando um Prematuro. In: Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 237-243.

Rezende J, Linhares E. Mamas. Lactação. In: Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara Koogan; 1998.

Ribeiro NRR. Famílias vivenciando o risco de vida do filho. Curso de pós-graduação em enfermagem. Florianópolis: UFSC; 2001.194p.

Rossato-Abéde L.M, Angelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(1): 48-54.

Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP. O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo:Brasiliense,1993.p.19-45.

Santos Junior LA. A mama no ciclo gravídico-puerperal.São Paulo: Editora Atheneu; 2000.275p.

São Paulo. Instituto de Saúde/CIP/Secretaria Estadual de Saúde. Curso para formação de multiplicadores em manejo da lactação. 2002.

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

Silva AS, Guerra MO. Lactogênese e reflexo ejecto-láctil. *Boletim do Centro de Biologia e Reprodução* 1998; 17:17-29,

Silva HML. O estudo do aleitamento materno a partir do olhar da mulher: a (des) mistificação da mãe biológica. [Dissertação]. João Pessoa (PB). Universidade Federal da Paraíba; 1990.

Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. [Tese-doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

Scochi CGS, Kokuday MLP, RIUL MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(4): 593-43.

Shimo AKK. Mama Puerperal, Aspectos preventivos e curativos do Ingurgitamento mamário. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP) Escola de Enfermagem/USP; 1983.

Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. Tradução de: Claudia Berliner. São Paulo. Casa do psicólogo, 1997.

Sluckin M, Herbert M, Sluckin A. Vínculo Materno. São Paulo: Edições Paulinas; 1990.

Stasevskas KO. Ser mãe: narrativas de hoje. [Dissertação]. São Paulo (SP). Faculdade de Saúde Pública, USP; 1999.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2)141-147.

Tamez RN, Silva MJPP. Enfermagem neonatal: assistência ao RN de alto risco. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1999.

Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. Cad. Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2003 [citado 2007 Fev 03]; 19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800005&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800005

Thompson Z. Problemas precoces e tardios da mamas: Prevenção, diagnóstico e tratamento. In: Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 175-192.

Unicef/OMS. Manual de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança - Curso de 18hs; 1993.

Valdès V, Sanches AP, Labbok M. Manejo Clínico da Lactação - Assistência á Nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1996.128p.

Van Der Sand ICP. O bem estar da criança sempre em primeiro lugar: o processo de alimentação do lactente sob a ótica das mulheres-mães de Ijuí-RS. [Dissertação mestrado]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/USP. 1999. 190p.

Veloso RCN, Shimo AKK. Quantidade de leite produzida pela mãe versus demanda de leite de RNPT internado em UTIN: realidade de um BLH. Anais do II Congresso Internacional de Banco de Leite Humano; 2005, Brasília, DF.

Venâncio SI, Almeida H de. Kangaroo Mother Care: scientific evidences and impact on breastfeeding. J. Pediatr. (Rio de J.). [serial on the Internet]. 2004 Nov [cited 2007 Mar 06]; 80(5): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700009&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0021-75572004000700009

Vieira AA, Moreira MEL, Rocha AD et al. Análise do conteúdo energético do leite humano administrado a recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento. J Ped 2004; 80(6):490-494.

Victoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: TOMO Editorial; 2000. 225 p.

Vila VSC. O Significado cultural do cuidado humanizado de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. [Tese - Mestrado]. Ribeirão Preto (SP). Universidade de São Paulo - (USP). 2001

Vinagre RD, Diniz EMA. O Leite Humano: e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.142p.

Vinha VHP, Scochi CGS. Aleitamento Materno: evolução histórica. *Femina*.1989, 17(10):819-23.

Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Baliero; 1999. 91 p. ilus.

Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento em recém- nascidos de baixo peso. São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 1991,5(25).

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1994.96p.

Wheeler JL, Johnson M, Collie L, Sutherland D, Chapman C. Promoting in the neonatal intensive care unit. abstract. Breastfeed Rev. 1999 Jul; 7(2):15-8. [PubMed - indexed for MEDLINE] Acesso em 3 de fevereiro 2007.

8- ANEXOS



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira
Avenida Antonio Ometto, 675 - Vila Cláudia - Telefone - (19) 34466100
C.G.C. MF 51.473.692/0001-26 - Inscrição Isenta - Cep 13480-970 - Limeira - SP

PARECER CONSUBSTANCIADO

Limeira, 19 de agosto de 2005

Ilma. Sra.
Rita de Cássia Noronha Veloso
Santa Casa de Misericórdia
Limeira (SP)

Este CEP-SCML, em reunião datada de 31 de agosto, avaliou o projeto de pesquisa intitulado “**Manutenção da lactação em mães de recém-nascidos pré-termo: um desafio**”, inscrito neste CEP com protocolo nº 32, com as seguintes características:

Projeto desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia de Limeira.

Pesquisador responsável: Rita de Cássia Noronha Veloso.

Área temática: Ciências da Saúde – Código 4.04

Objetivos: Identificar as barreiras para a manutenção da lactação em mães de RNPT internados; identificar os fatores facilitadores no processo da manutenção da lactação e identificar a rede de apoio social.

Desenho do projeto: O estudo será realizado no Banco de Leite Humano da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, considerado referência regional para atenção terciária na área perinatologia. As atividades do Banco de Leite Humano, vão além da simples coleta do leite para oferecê-lo às crianças internadas, trata-se de um pólo de incentivo ao aleitamento materno constituído dentro do ambiente hospitalar. Os atores sociais da pesquisa serão mães de recém-nascidos pré-termo, internados na UTI Neonatal do hospital e que foram orientadas pelos profissionais do Banco de Leite de como proceder para estimular e manter a lactação.

Critérios de Inclusão: Mães de bebês prematuros internados na UTI Neonatal que forem orientadas pelos profissionais do Banco de Leite do hospital em estudo sobre a manutenção da lactação e que concordarem em participar da pesquisa.

Critérios de exclusão: Mães que têm seus bebês prematuros internados na UTI Neonatal e que não residam na cidade onde ocorrerá o estudo, e as que não concordarem em participar da pesquisa.

Este Projeto de Pesquisa, segundo sua proposta, tenderá a beneficiar mães com filhos prematuros assistidos pela UTI Neonatal.

Portanto este CEP-SCML apresenta seu parecer favorável pela **APROVAÇÃO**.

Em nome do CEP-SCML subscrevo-me, enviando cordiais saudações.

Atenciosamente,


Pe. dr. Alquermes Valvasori
Coordenador do CEP-SCML

Consentimento do Provedor da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira

Limeira, julho de 2005

Venho por meio desta, solicitar autorização desta Instituição, para o desenvolvimento de minha pesquisa científica, para dissertação de mestrado intitulada: “*Manutenção da lactação em mães de recém-nascidos pré-termo: um desafio*”, cujos objetivos são: identificar as barreiras para a manutenção da lactação em mães de RNPT internados; identificar os fatores facilitadores no processo da manutenção da lactação; identificar a rede de apoio social.

Desde já agradeço a colaboração,

Atenciosamente,

Rita de Cássia Noronha Veloso
Enfermeira do Banco de Leite Humano
Aluna regular do Curso de Pós-Graduação em enfermagem da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

*autorização para realização da pesquisa:

Sr. Luiz Alberto Battistella
Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Limeira

9- APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento:

Meu nome é Rita de Cássia Noronha Veloso, enfermeira, COREN-SP 28139, mestranda do curso de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, estou realizando uma pesquisa sobre a manutenção da lactação em mães que tem bebês prematuros, ou seja, como é para as mães retirar o leite e trazer para o bebê. Estou perguntando às mulheres nessa situação que me queiram contar quais as dificuldades que encontram para manter as mamas produzindo leite, se elas têm alguma ajuda da família, se foram orientadas pelos profissionais do Banco de leite como retirar o leite, que sentimentos ela vivencia retirando leite para o bebê.

Estou convidando a senhora para participar desse estudo, sua participação é importante, pois os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este. Para tanto, necessito realizar uma entrevista contigo, que será gravada para facilitar o registro das informações. A entrevista será realizada por mim, num local e hora que a senhora indicar. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto a sua identidade, pois todas as informações aqui coletadas somente serão utilizadas pra fins de pesquisa. Nenhuma informação que a identifique será utilizada. As fitas gravadas serão guardadas em local seguro, sob a minha responsabilidade. Também garanto que o desenvolvimento da pesquisa não envolve riscos e desconfortos a sua saúde. Todas as dúvidas em relação à pesquisa serão devidamente esclarecidas. A senhora pode se negar a participar desse estudo.

Em caso de consentimento, a senhora terá a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa ou retirar o seu consentimento, mesmo que a entrevista já tenha sido realizada. Isto não acarretará nenhum prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde.

Com esta pesquisa espero compreender melhor como a mulher consegue manter suas mamas produzindo leite, mesmo com o seu bebê internado, buscando subsídios para melhorar o atendimento às mulheres durante o período em que os bebês ainda não estão mamando no peito. Entretanto, informo que a senhora, neste momento, não se beneficiará

diretamente dos resultados dessa pesquisa. Assumo o compromisso de ao término da entrevista esclarecer dúvidas que a senhora possa ter com relação ao procedimento e aos seus cuidados.

Data: ____/____/____

Rita de Cássia Noronha Veloso
Enfermeira COREN-SP 28139

Termo de Consentimento pós-esclarecimento

Eu _____

abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar dessa pesquisa.

- Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre a entrevista, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- Liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a continuação do meu cuidado e tratamento;
- Segurança que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
- Segurança que serei informado dos resultados da pesquisa e os benefícios que podem advir e que serão realizados esforços para implementar ações para melhorar a assistência a saúde;
- Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, entrarei em contato com Rita de Cássia Noronha Veloso pelo tel (19) 34466107 ou pelo celular (19) 97684496.
- Se tiver quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, que caiba recurso ou reclamações poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Limeira pelo telefone (19) 34466100.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto desejo participar da pesquisa e não me oponho à que a mesma seja gravada.

Limeira, _____ de _____ de 2005.

Assinatura da entrevistada

RG: _____

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

PESQUISA: Manutenção da lactação em mães de RNPT: um desafio

n. da entrevista: _____

data: _____ / _____ / _____ início/h: _____ término/h: _____

DADOS DA NUTRIZ

1- Identificação (será registrado com um numero, para garantir sigilo) _____

2- Idade: _____

3- Profissão: _____

4- Ocupação: _____

5- Escolaridade:

(a)- nunca estudou

(d)- 2º grau completo

(g)- superior incompleto

(b)- até a 4ª série

(e)- 2º grau incompleto

(c)- até a 8ª série

(f)- superior completo

6- Situação marital atual:

a) casada

c) união consensual

e) outra _____

b) solteira

d) viúva

7- residência:

a)- própria

c)- da família

b)- alugada

d)- outra _____

8- Gestação: n° _____ n° de filhos prematuros _____

outros filhos _____ n° de nascidos vivos _____

9- Pré-natal:

a) sim n° de consultas _____

b) não

10- Amamentação anterior:

a) sim AME _____ Mista _____

b) não

11- Dados obtidos durante o período de manutenção da lactação por retirada manual ou por bomba (através da gravação):

1- Como está sendo para você e para sua família o fato de ter tido um bebê prematuro?

2- Como está sendo para você coletar o leite e trazer para o bebê?

3- Como você faz para retirar o leite?

4- O que você sabe sobre os cuidados com a alimentação que um bebê pré-termo precisa ter?

5- Você encontra algum obstáculo para a retirada de leite? Se sim como faz para resolvê-los?

6- O que você acha da sua produção de leite?

7- Você sente necessidade de fazer alguma coisa para aumentar a produção de leite? O que?

8- Que sentimentos experimenta quando retira o leite?

9- Como sua família participa no processo de retirada de leite e para conseguir produzir leite?

10- As informações que você recebeu dos profissionais do Banco de Leite foram suficientes para dar conta de retirar o leite e manter a produção?

11- Você acha que pode ter alguma participação no processo de recuperação do seu bebê? Como?

Questão 1- Como está sendo para você e para sua família o fato de ter tido um bebê prematuro?

Expressões Chaves (ECH) – IAD1	Idéias Centrais
1- Madalena- <u>Foi difícil de aceitar...minha família toda ficou muito preocupada com o bebe e comigo também</u>	Difícil - A
2-Rita de Cássia - Ninguém esperava... <u>prá mim foi muito difícil...fiquei muito triste...</u>	Difícil - A
3- Edwirges- Não, eu não sabia, <u>esta sendo difícil</u> , porque minhas irmãs todas moram no sul e teve dia de me ligarem 6 vezes ao dia,sabe, para saber como o bebê ta, como eu tô, <u>é difícil não só para mim quer dizer para mim ta sendo pior né pra minha família</u> , minha irmã acho que segunda feira ela vem pra cá ficar uns dias comigo, é complicado né.	Está sendo difícil - A
4- Luzia- Na verdade (1ª idéia) <u>foi uma surpresa, nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim</u> , (2ª idéia) <u>e pra minha família também foi, foi horrível</u> que assim, ele foi pro quarto, no quarto eu não tinha leite, aí ele veio pra cá (UTIN), no mesmo dia.	(1ª idéia) Foi uma surpresa - B (2ª idéia) Foi horrível - A
5- Bernadete- bom não foi só o bebê que foi prematuro como teve muita coisa que aconteceu com o nenê, (1ª idéia) <u>se fosse só prematuro seria até melhor, porque assim já resolvia no Canguru, como ele nasceu com outra coisa e prematuro também, ficou mais difícil</u> , (2ª idéia) <u>lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte né e vai demorar mais que se fosse só o problema de ser prematuro né</u>	(1ª idéia) Esta difícil porque o bebê além de prematuro tem outros problemas - A (2ª idéia) A família está ansiosa - B
6- Tereza- (1ª idéia) Foi uma surpresa muito grande, até que (2ª idéia) <u>esta noite mesmo eu passei a noite todinha de choro, pedindo a Deus que ele saísse daqui</u> porque é tudo o que eu quero da minha vida é ver meu filho em casa numa boa.	(1ª idéia) Foi uma surpresa - B (2ª idéia) Chorou bastante - A
7- Maria- (1ª idéia) <u>Foi uma surpresa</u> porque até então na minha família nunca ninguém tinha nascido de 8 meses que eu saiba, né, (2ª idéia) <u>mas eu to conseguindo levar tranquilo, né porque os médicos me passam tranquilidade né</u> , que é normal que (2ª idéia) <u>eu vejo criança com até menos tempo que o meu, então me passa uma certa tranquilidade...</u>	(1ª idéia) Foi uma surpresa - B (2ª idéia) está tranquila - C
8- Catarina- Eu esperava ter completando os nove meses apesar de saber que seria cesárea porque a médica falou que eu tinha 2 cesáreas anteriores, (1ª idéia) <u>mas pra mim foi surpresa</u> porque eu vim aqui porque ela deu uma carta de internação para fazer exames e assim que eu cheguei fizeram ultra-som e verificaram que ele num...., que tava tendo algum problema, não tava recebendo alimentação, oxigenação suficiente, assim que ele não tava ganhando peso, igual os meses anteriores e também minha pressão tava muito alta no dia né? Então eles resolveram tirar, mais...(2ª idéia) <u>é lógico que na hora assim sempre fica um pouco chateada</u> porque espera né que aos nove meses né....ele nasceu de 31 ou 32 semanas mais ou menos.	(1ª idéia) Foi surpresa - B (2ª idéia) Ficou chateada - A

<p>9- Eulália- (1ª idéia) <u>Pra mim foi uma surpresa né me aconteceu isso pra minha família também e (2ª idéia) eu sofro muito até de pensar, (3ª idéia) mas eu to superando né (4ª idéia) ela tá melhor amanhã a gente vai embora e eu espero né não ter que voltar, eu não esperava não, nem imaginava.</u></p>	<p>(1ª idéia) Foi surpresa - B (2ª idéia) Sofreu muito - A (3ª idéia) Está superando - C (4ª idéia) Expectativa da alta - F</p>
<p>10- Eudóxia- <u>Já estava preparada porque já estava “delatando” desde os quatro meses então eu já sabia que ele ia nascer... Tinha muita pressão alta, fiquei internada aqui muito tempo e eu já tava esperando já.</u></p>	<p>(1ª idéia) Estava preparada - D</p>
<p>11- Gertrudes- (1ª idéia) Foi uma surpresa muito grande, tanto que (2ª idéia) <u>mexeu muito comigo né, fui embora daqui quando deram alta pra mim chorando desesperada eu não queria que ele ficasse e quando eu comecei sentir a dor pra ter o neném eu não queria que ele nascesse, o médico queria segurar ele, seguro, seguro consegui segurar cinco dias a mais só que eu não queria que tirasse logo por causa da dor- (3ª idéia) mas hoje eu vejo que foi ótimo ele ter ficado mais cinco dias dentro de mim, fez diferença, mas é muito difícil.</u></p>	<p>(1ª idéia) Foi surpresa - B (2ª idéia) Mexeu comigo - A (3ª idéia) Tentando evitar o parto prematuro - E</p>
<p>12- Monica- (1ª idéia) Foi surpresa eu não esperava que <u>ia nascer prematuro, não. Na hora que rompeu a bolsa e viemo pro hospital e o médico falou que ia nascer... (2ª idéia).ficamo apavorado né ...Graças a Deus ele tá bem.</u></p>	<p>(1ª idéia) Foi surpresa - B (2ª idéia) Todos ficaram apavorados - A</p>
<p>13- Ana- (1ªidéia) <u>Ah foi uma surpresa porque... (2ª idéia) a gente não queria que ele nascesse prematuro né, porque ver ele intubado...vê nenê que tá correndo risco de vida..é difícil, pra toda mãe é difícil, ver seu filho intubado, às vezes ele sofre complicações, (3ª idéia) cê tem que tá forte ali então (4ª idéia)foi difícil pra mim e pra minha família.</u></p>	<p>(1ª idéia) Foi surpresa - B (2ª idéia) não queria que nascesse prematuro - E (3ª idéia) tem que ser forte - C (4ª idéia) foi difícil - A</p>
<p>14- Úrsula- Eu acho que (1ª idéia) <u>minha família reagiu bem, (2ª ideia) eu fiquei um pouco abalada...mas agora tá legal.(3ª ideia).a gente espera ter e levar prá casa né ? aí ter que ficar vindo e voltar...pra tirar o leite não é muito bom mas...a gente faz né...paciência né.</u></p>	<p>(1ª idéia) A família reagiu bem - C (2ª idéia) ficou abalada - A (3ª idéia) Queria ter tido o bebe e levado para casa - H</p>
<p>15- Lucia- <u>Tá sendo difícil né porque a caminhada nossa do dia a dia né, tá sendo difícil pra nós.</u></p>	<p>É difícil - A</p>
<p>16- Cecília- (1ª idéia) <u>Foi difícil, muito difícil o porque eu não sei como lidar, tá muito difícil mesmo, (2ª idéia) eu não esperava que fosse prematuro, na hora que nasceu foi...uma pancada, eu não sabia, pensava que ia chegar até os nove.</u></p>	<p>(1ª idéia) É difícil - A (2ª idéia) Não esperava que era prematuro - E</p>
<p>17- Barbara- (1ª idéia) <u>Foi surpresa...mas foi bem aceito, porque já ia ganhar logo, vê né, (2ª idéia) não foi tão difícil aceitar.</u></p>	<p>(1ª idéia) Foi surpresa - B (2ª idéia) Fácil de aceitar - C</p>

<p>18- Josefa- Primeiramente (1ª idéia) <u>foi um susto né saber que ia nascer prematuro</u>, que ia ficar internado, aí vem a preocupação, dele táí, (2ª idéia) <u>não sabe se vai viver se vai morrer</u>, mas logo que o neném nasceu fui informada que a equipe médica era muito boa, que o que pudesse ser feito seria feito pelo bebe isso foi tranquilizando mais, aí todo dia a gente vem ver como ele tá e aí vai tranquilizando né agora já faz um mês, ele já está melhor, (3ª idéia) <u>estou na expectativa de levar prá casa</u>.</p>	<p>(1ª idéia) Foi um susto - B (2ª idéia) Não saber se vai sobreviver - G (3ª idéia) Expectativa da alta - F</p>
<p>19- Cristina- Ah (1ª idéia) <u>é difícil né que tem que vir todo dia né tenho mais dois em casa</u> que eu deixo no prezinho tá sendo meio difícil por causa desta parte e também, (2ª idéia) <u>porque é bem lento o processo do neném né</u>, ainda teve algumas complicação, então é mais porisso mesmo.</p>	<p>(1ª idéia) Difícil, pois tem que vir todo dia - H (2ª idéia) Recuperação do bebe é lenta - I</p>

A- A experiência de ter um parto prematuro é difícil

Expressões chaves -IAD2	DSC
<p>Madalena- Foi difícil de aceitar...minha família toda ficou muito preocupada com o bebe e comigo também Rita de Cássia- prá mim foi muito difícil...fiquei muito triste... Edwirges- (1ª idéia) Está sendo difícil, <u>é difícil não só para mim quer dizer para mim ta sendo pior né</u>. Luzia- (2ª idéia) <u>pra minha família também foi, foi horrível</u>. Bernadete- (1ª idéia) <u>Se fosse só prematuro seria até melhor, como ele nasceu com outra coisa e prematuro também, ficou mais difícil</u>. Tereza- (2ª idéia) <u>esta noite mesmo eu passei a noite todinha de choro, pedindo a Deus que ele saísse daqui</u>. Catarina- (2ª idéia) <u>é lógico que na hora assim sempre fica um pouco chateada</u>. Eulália- (2ª idéia) <u>Eu sofro muito até de pensar</u>. Gertrudes- (2ª idéia) <u>mexeu muito comigo né, fui embora daqui quando deram alta pra mim chorando desesperada</u> Mônica- <u>ficamos apavorado né...Graças a Deus ele tá bem</u>. Ana- (3ª idéia) <u>então foi difícil pra mim e pra minha família</u>. Úrsula- <u>fiquei um pouco abalada</u>. Lucia- <u>Tá sendo difícil</u>. Cecília- <u>Foi difícil, muito difícil</u>.</p>	<p><i>“Está sendo difícil, é difícil não só para mim, quer dizer para mim tá sendo pior né, minha família toda ficou muito preocupada com o bebê e comigo também... Se fosse só prematuro seria até melhor, como ele nasceu com outra coisa e prematuro também, ficou mais difícil, é lógico que na hora assim, sempre fica um pouco chateada, fiquei muito triste, foi horrível, mexeu muito comigo né, fui embora daqui chorando desesperada quando deram alta pra mim, fiquei um pouco abalada, eu sofro muito até de pensar, esta noite mesmo eu passei a noite todinha de choro, pedindo a Deus que ele saísse daqui, ficamos apavorado né...Graças a Deus ele tá bem..”.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas 14 (74%) referiram que a experiência de ter tido um parto prematuro é difícil tanto para ela como para os familiares.

B- A surpresa de ter tido um parto prematuro

Expressões chaves - IAD2	DSC
<p>Luzia- (1ª idéia) <u>foi uma surpresa , nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim.</u></p> <p>Bernadete- (2ª idéia) <u>lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte.</u></p> <p>Tereza- (1ª idéia) <u>Foi uma surpresa muito grande.</u></p> <p>Maria- (1ª idéia) <u>Foi uma surpresa.</u></p> <p>Catarina- (1ª idéia) <u>mas pra mim foi surpresa.</u></p> <p>Eulália- <u>Pra mim foi uma surpresa né me aconteceu isso pra minha família também.</u></p> <p>Gertrudes- <u>Foi uma surpresa muito grande.</u></p> <p>Mônica- (1ª idéia) <u>Foi surpresa eu não esperava que ia nascer prematuro.</u></p> <p>Ana- (1ª idéia) <u>Ah foi uma surpresa.</u></p> <p>Bárbara- <u>Foi surpresa.</u></p> <p>Josefa- <u>foi um susto ... saber que ia nascer prematuro.</u></p>	<p><i>Pra mim foi uma surpresa né me aconteceu isso, pra minha família também, foi um susto ... saber que ia nascer prematuro, lá em casa tá todo mundo ansioso pra que ele volte, nem imaginava que eu ia ganhar tão prematuro assim....</i></p>

OBS: 11 (58%) das 19 puérperas entrevistadas responderam que foi surpresa o fato de ter tido um parto prematuro.

C- Está tentando superar a situação

Expressões chaves - IAD2	DSC
<p>Maria- (2ª idéia) <u>Eu to conseguindo levar tranqüilo, né porque os médicos me passam tranqüilidade né eu vejo criança com até menos tempo que o meu, então me passa uma certa tranqüilidade...</u></p> <p>Eulália- (3ª idéia) <u>mas eu to superando.</u></p> <p>Ana- (4ª idéia) <u>cê tem que tá forte ali.</u></p> <p>Úrsula- <u>minha família reagiu bem.</u></p> <p>Bárbara- <u>foi bem aceito, não foi tão difícil aceitar.</u></p>	<p><i>Eu to conseguindo levar tranqüilo, porque os médicos me passam tranqüilidade né, eu vejo criança com até menos tempo que o meu, então me passa uma certa tranqüilidade... cê tem que tá forte ali.... mas eu to superando... minha família reagiu bem, foi bem aceito, não foi tão difícil aceitar.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas 5 (26%) responderam que estão tentando superar a situação.

D- Estava preparada para o parto prematuro

Expressões chaves - IAD2	DSC
<p>Eudóxia- <u>Já estava preparada, eu já sabia que ele ia nascer... e eu já tava esperando já</u></p>	<p><i>Já estava preparada, eu já sabia que ele ia nascer... e eu já tava esperando já</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas apenas 1 (5%) respondeu que estava preparada para o parto prematuro.

E- Não queria que o bebê nascesse prematuro

Expressões chaves-IAD2	DSC
<p>Gertrudes- <u>quando eu comecei sentir a dor pra ter o neném eu queria que ele nascesse o médico queria segurar ele , consegui segurar cinco dias a mais só que eu não queria que tirasse logo por causa da dor..</u></p> <p>Ana- <u>a gente não queria que ele nascesse prematuro.</u></p> <p>Cecília- <u>eu não esperava que fosse prematuro, eu não sabia, pensava que ia chegar até os nove.</u></p>	<p><i>A gente não queria que ele nascesse prematuro, quando eu comecei sentir a dor pra ter o neném, eu não queria que ele nascesse o médico queria segurar ele , consegui segurar cinco dias a mais, eu não queria que tirasse logo por causa da dor...eu não esperava que fosse prematuro, eu não sabia, pensava que ia chegar até os nove...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas 3 (16%) responderam que não queriam que o bebe nascesse prematuro.

F- A expectativa da alta

Expressões chaves -IAD2	DSC
<p>Eulália- <u>ela ja tá melhor amanhã a gente vai embora e eu espero né não ter que voltar</u></p> <p>Ana- <u>estou na expectativa de levar prá casa</u></p>	<p><i>Estou na expectativa de levar prá casa, ela já tá melhor, amanhã a gente vai embora e eu espero né, não ter que voltar</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas 2 (10%) responderam que estavam na expectativa de levar o bebe para casa.

G- A insegurança da sobrevivência do bebê

Expressões chaves-IAD2	DSC
<p>Ana- <u>aí vem a preocupação, dele tá não sabe se vai viver se vai morrer.</u></p>	<p><i>Aí vem a preocupação, dele tá, não sabe se vai viver se vai morrer...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas 1 (5%) respondeu que se preocupa se o bebe vai sobreviver.

H- A dificuldade de ter que vir no hospital todo dia

Expressões chaves-IAD2	DSC
<p>Úrsula- <u>ter que ficar vindo e voltar...pra tirar o leite não é muito bom mas...a gente faz né...paciência né.</u></p> <p>Cristina- <u>Ah é difícil né que tem que vir todo dia né tenho mais dois em casa... porque é bem lento o processo do neném né.</u></p>	<p><i>Ah, é difícil né que tem que vir todo dia, tenho mais dois em casa... porque é bem lento o processo do neném né , ter que ficar vindo e voltar...pra tirar o leite não é muito bom mas...a gente faz né...paciência né....</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas 2 (10%) respondeu que tem dificuldades para vir ao hospital todo dia ver o bebê ou retirar o leite.

Questão 2- Como está sendo para você coletar o leite e trazê-lo para o bebê?

Expressões Chaves (ECH) - IAD 1	Idéias Centrais
1- Madalena- Ah... <u>é gostoso porque</u> você, você imagina, <u>você imagina que você tá dando seu próprio leite para o seu nenê para ele crescer, para ele ir embora para casa, então é gostoso, eu gosto de tirar.</u>	É gostoso - A
2- Rita de Cássia- Ah, (1ª idéia) <u>eu senti medo do meu filho ficar com fome e eu tirei mais porque o meu leite já tava secando né! dai eu fui lá e, (2ª idéia) comecei a tirar pra estimular mais o leite porque ele, por ser prematuro, eu tinha medo dele cair mais ainda. Eu sentia medo dele ficar com fome porisso que eu tirei.</u>	(1ª idéia)- Sentiu medo do bebe ficar com fome - E (2ª idéia) Tirou pra estimular - E
3-Edwirges- Não, pra mim ta sendo...quer dizer (1ª idéia) <u>gostoso mesmo seria se ele tivesse mamando no peito né, mas já que não pode ser assim, (2ª idéia) não tá sendo difícil...</u>	(1ª idéia) - seria melhor se mamasse no peito - C (2ª idéia) - é fácil - A
4-Luzia- Não..... eu não to trazendo leite.	Não está retirando o leite -B
5-Bernadete- Ah, é bom, (1ª idéia) <u>eu tenho bastante leite né aí elas falaram que podia doar o leite, já que o nenê não toma né, não precisa agora de tomar, não pode né aí eu fui tirando né e aí também o que impede né é bom né, tem um monte de nenê precisando né e a gente tem e tem que tirar mesmo né, então eu trago todo dia, todo dia eu trago, (2ª idéia) as vezes eu tiro aqui mesmo no Banco de Leite com a moça.</u>	(1ª idéia)- tem boa produção - A (2ª idéia) - usa também o BLH para retirar - G
6-Tereza- Oia, (1ª idéia) <u>pra mim que não tenho costume tá sendo muito difícil, tá doendo bastante tá rachando o bico do peito</u> então tá sendo um pouquinho meio difícil pra mim, <u>muita dor.</u>	1ª idéia - tá difícil porque não tem costume de tirar - B
7- Maria- Pra mim (1ª idéia) <u>não tá sendo difícil porque como eu tive a primeira, veio a falecer e esse também é esperado, então (2ª idéia) é um momento que eu aguardo tanto ele mamar em mim que eu faço de tudo pra manter a produção,(3ª idéia) então eu tiro em casa eu tiro aqui, todo momento que eu to aqui eu venho, em casa eu tiro, se eu tiver que acordar cedo eu tiro, também, aí eu venho e tiro aqui também, que eu espero este momento, aguardo ele, então eu tenho que manter a produção né.</u>	(1ª idéia) - é fácil porque já tinha experiência - A (2ª idéia) - quer amamentar o bebe no peito - C (3ª idéia) - usa também o BLH pára retirar - G
8- Catarina- Inclusive isso eu acho até que devia ter uma conscientização maior não é, não sei até pode não acontecer o que aconteceu comigo porque quando eu fui pra casa eu comecei a tirar, mas assim (1ª idéia) <u>eu achava que tinha o suficiente aqui no Banco de Leite, então assim eu não fiquei tão preocupada em tirar e sim em continuar produzindo, então assim eu não fiquei preocupada com horário regular das mamadas, então que acontece agora (3ª idéia) eu não tenho o suficiente, tá tendo porque eu continuei estimulando, mas hoje eu fiquei sabendo que ele recebeu NAN e vomitou, porque ele não tá aceitando muito, então inclusive ele vomitou bastante, ele tava com fome na hora que eu cheguei, agora eu consegui colher 50ml mas ele tá mamando 30, vai dar pra uma mamada e meia, completando com o NAN na</u>	(1ª idéia) - achou que o BLH supriria as necessidades do bebe - D (2ª idéia) - baixa produção Láctea - B (3ª idéia) - medidas para aumentar a produção - E

<p>próxima e eu sei que se eu ficasse aqui talvez eu não tenha o suficiente dentre de 3 horas, o que que eu vou fazer agora,(2ª idéia) <u>eu vou tirar em casa , amanhã de manhã eu vou trazer o que eu conseguir e ficar aqui a parte da manhã um pouquinho mais.</u></p>	
<p>9- Eulália- Foi (1ª idéia) <u>uma novidade, eu nunca tinha feito isso,</u> depois de ter tido 4 filhos que (2ª idéia) <u>eu vim aprender né que tirar leite produz mais leite ainda então pra mim tá sendo ótimo porque na minha ultima gestação a minha menina amamentou pouco porque eu não sabia disso daí, eu não tinha essa orientação há 6 anos atrás então pra mim foi uma novidade e tá sendo bom.</u></p>	<p>(1ª idéia)- novidade - A (2ª idéia)- medidas para aumentar o leite - E</p>
<p>10-Eudóxia- Nossa, (1ª idéia) <u>no começo eu estressei, não tinha leite...</u>depois eu ainda consegui um pouco né eu trouxe quatro ou cinco vez e aí depois acabou mesmo, depois (2ª idéia) <u>a medica me deu um remédio e o meu leite voltou...</u></p>	<p>(1ª idéia)- baixa produção - B (2ª idéia)- voltou a produzir depois do remédio - E</p>
<p>11- Gertrudes- (1ª idéia) <u>É difícil</u> porque eu queria que ele mamasse né eu não esperava que eu ia ter que tirar meu leite, trazer todo dia é mas eu fico pensando que (2ª idéia) <u>é o bem pra ele melhor pra mim também porque quanto mais eu tiro né mais leite tem</u> (3ª idéia) <u>mas eu queria que ele tivesse mamando.</u></p>	<p>(1ª idéia) - é difícil - B (2ª idéia)- manutenção da produção - E (3ª idéia)- quer amamentar o bebê no peito - C</p>
<p>12- Mônica- Não (1ª idéia) <u>é fácil é fácil, eu...todo tempo que eu posso eu tiro e todos os dias eu trago um vidro cheio de leite</u> desde o terceiro dia após o nascimento dele eu já comecei a tirar com bombinha e....<u>todo dia eu trago...</u></p>	<p>É fácil e produz bastante - A</p>
<p>13- Ana- (1ª idéia) <u>No começo foi fácil estava saindo bastante</u> aquele negócio depois de três dias que nasce que seu peito fica super inchado, sai bastante leite, só que aí, (2ª idéia) <u>como eu tava estimulando na mão...ele começou a secar ..</u> aí tive que tomar remédio ...ele começou a doer ...começou a empedrar..aí tive que tomar o remédio pra ele poder vir mais leite pra eu poder tirar porque eu não tava conseguindo tirar bastante leite , (3ª idéia) <u>aí eu vim aqui no Banco de Leite tirar e não tava saindo bastante, antes eu conseguia tirar uma mamadeira e meia aí depois não conseguia tirar nenhuma mamadeira</u> (4ª idéia) <u>aí a médica passou um remédio fui tirar em casa né e agora que começou a sair um pouco mais</u> aí ela pediu pra mim encher o vidro e no final de semana trazer pra ela...</p>	<p>(1ª idéia)- no começo foi fácil -B (2ª idéia)- o leite secou porque tirava com a mão- D (3ª idéia)- usou o BLH para tirar o leite- G (4ª idéia)- usou o remédio p/ aumentar a produção- E</p>
<p>14- Úrsula- Por tirar <u>com a mão é bem mais dolorido</u> mas eu to tirando....vou trazer, ainda não trouxe mas vou trazer...mas eu to tirando....</p>	<p>Tirar com a mão dói mais - D</p>
<p>15- Lucia- Tirando <u>no copinho, no copo de vidro</u> passo a água quente e depois tiro.</p>	<p>Tira o leite no copo de vidro - A</p>
<p>16- Cecília- Bom ,porque além de ajudar eu ajuda as outras mães também</p>	<p>É bom tirar o leite - A</p>
<p>17- Bárbara- (1ª idéia) <u>Em casa é mais difícil</u> né o (2ª idéia) <u>melhor é tirando aqui</u></p>	<p>(1ª idéia)- Em casa é difícil -B (2ª idéia)- Usa o banco de leite para tirar o leite - G</p>

18- Josefa- Embora eu não tenha o bebe prá sentir aquela sensação dele tá mamando mas eu sei que é prá ele então a emoção é a mesma de tirar saber que eu vou ajudar ele , eu posso ajudar outros então é a mesma coisa	Tirar o leite é bom para o bebe - A
19- Cristina- Eu tiro com a bombinha né fervendo tudo, tiro na bombinha coloco num copo e depois eu passo no recipiente de vidro que eu pego aqui e congelo e trago prá cá nesse vidro	Tira com a bombinha - A

A- Gosta e não encontra dificuldades em ordenhar e trazer o leite ao BLH

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Madalena- Ah... é gostoso porque você, você imagina, você imagina que você tá dando seu próprio leite para o seu nenê para ele crescer, para ele ir embora para casa, então é gostoso, eu gosto de tirar.</p> <p>Edwirges- não tá sendo difícil...</p> <p>Bernadete- eu tenho bastante leite... eu trago todo dia.</p> <p>Maria- não tá sendo difícil.</p> <p>Eulalia- uma novidade,</p> <p>Monica- é fácil é fácil.... todo tempo que eu posso eu tiro e todos os dias eu trago um vidro cheio de leite</p> <p>Lucia- Tirando no copinho, no copo de vidro passo a água quente e depois tiro.</p> <p>Cecília- Bom porque além de ajudar eu ajuda as outras mães também</p> <p>Josefa- eu sei que é prá ele então a emoção é a mesma de tirar saber que eu vou ajudar ele</p> <p>Cristina- Eu tiro com a bombinha né fervendo tudo, coloco num copo e depois eu passo no recipiente de vidro que eu pego aqui e congelo e trago prá cá nesse vidro</p>	<p><i>Eu tiro com a bombinha né fervendo tudo, coloco num copo de vidro passo a água quente e depois tiro, depois eu passo no recipiente de vidro que eu pego aqui e congelo e trago prá cá nesse vidro é fácil, fácil,... todo tempo que eu posso eu tiro e todos os dias eu trago um vidro cheio de leite uma novidade, eu tenho bastante leite... eu trago todo dia.... é gostoso porque você, você imagina que você tá dando seu próprio leite para o seu nenê para ele crescer, para ele ir embora para casa, então é gostoso, eu gosto de tirar... eu sei que é prá ele então a emoção é a mesma de tirar saber que eu vou ajudar elenão tá sendo</i></p>

OBS: das 19 entrevistadas, 10 (53%) gostam e não encontram dificuldades em trazer o leite coletado ao BLH.

B- Está sendo difícil coletar o leite e trazê-lo ao BLH

Expressões chaves - IAD2	DSC
<p>Luzia- Não... eu não to trazendo leite</p> <p>Tereza- Oia, pra mim que não tenho costume tá sendo muito difícil, tá doendo bastante tá rachando</p> <p>Catarina- eu não tenho o suficiente</p> <p>Eudoxia- no começo eu estressei, não tinha leite eu ainda consegui um pouco né eu trouxe quatro ou cinco vez e aí depois acabou mesmo</p> <p>Gertrudes- É difícil eu não esperava que eu ia ter que tirar meu leite, trazer todo dia</p> <p>Barbara- Em casa é mais difícil</p> <p>Ùrsula- tirar com a mão é bem mais dolorido</p>	<p><i>É difícil eu não esperava que eu ia ter que tirar meu leite, trazer todo dia, em casa é mais difícil... Oia, pra mim que não tenho costume tá sendo muito difícil, tá doendo bastante tá rachando... tirar com a mão é bem mais dolorido...no começo eu estressei, não tinha leite, eu ainda consegui um pouco né eu trouxe quatro ou cinco vez e aí depois acabou mesmo não tenho leite... Não... eu não to trazendo leite.</i></p>

OBS: Das 19 entrevistadas, 7 (37%) acham difícil retirar o leite em casa e não trazem para o BLH.

C- Acha que seria melhor se o bebê mamasse no peito

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Edwirges- <u>gostoso mesmo seria se ele tivesse mamando no peito</u> Maria- <u>é um momento que eu aguardo tanto ele mamar em mim que eu faço de tudo pra manter a produção, então eu tiro em casa eu tiro aqui.</u> Gertrudes- <u>mas eu queria que ele tivesse mamando</u>	<i>É um momento que eu aguardo tanto ele mamar em mim que eu faço de tudo pra manter a produção, então eu tiro em casa eu tiro aqui, mas eu queria que ele tivesse mamando, gostoso mesmo seria se ele tivesse mamando no peito....</i>

OBS: Das 19 entrevistadas, 3 (16%) acham que seria melhor se o bebê mamasse no peito.

D- Desconhece sua responsabilidade em trazer o leite e como manter a lactação

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Catarina- <u>eu achava que tinha o suficiente aqui no Banco de Leite, então eu não fiquei tão preocupada em tirar e sim em continuar produzindo, então eu não fiquei preocupada com horário regular das mamadas.</u> Ana- <u>como eu tava estimulando na mão...ele começou a secar</u>	<i>Eu achava que tinha o suficiente aqui no Banco de Leite, então eu não fiquei tão preocupada em tirar e sim em continuar produzindo, então eu não fiquei preocupada com horário regular das mamadas, como eu tava estimulando na mão...ele começou a secar..</i>

OBS: Das 19 entrevistadas, 2 (10%) desconhecem sua responsabilidade em trazer o leite para o seu bebe e também como manter a lactação.

E- Tomando medidas para manter a lactação

Expressões chaves - IAD2	DSC
Catarina- <u>eu vou tirar em casa, amanhã de manhã eu vou trazer o que eu conseguir e ficar aqui a parte da manhã um pouquinho mais.</u> Eulália- <u>eu vim aprender né que tirar leite produz mais leite ainda ..., eu não tinha essa orientação há 6 anos atrás então pra mim foi uma novidade e tá sendo bom</u> Gertrudes- <u>é o bem pra ele melhor prá mim também porque quanto mais eu tiro né mais leite tem</u> Rita de Cássia- <u>eu senti medo do meu filho ficar com fome , comecei a tirar pra estimular mais o leite</u> Eudóxia- <u>a medica me deu um remédio e o meu leite voltou</u> Ana- <u>ái a médica passou um remédio fui tirar em casa né e agora que começou a sair um pouco mais</u>	<i>Eu senti medo do meu filho ficar com fome , comecei a tirar pra estimular mais o leite, eu vim aprender né que tirar leite produz mais leite ainda..., eu não tinha essa orientação há 6 anos atrás, então pra mim foi uma novidade e tá sendo bom eu vou tirar em casa, amanhã de manhã eu vou trazer o que eu conseguir e ficar aqui a parte da manhã um pouquinho mais... é o bem pra ele, melhor prá mim também porque quanto mais eu tiro né mais leite tem... , aí a médica passou um remédio,eu tomei o remédio e agora começou a sair um pouco mais, daí ficou mais fácil , começou a descer bastante .</i>

OBS: Das 19 entrevistadas, 6 (31%) estão tomando medidas para aumentar sua produção láctea.

F- Está usando também o BLH para retirar o leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Bernadete- <u>as vezes eu tiro aqui mesmo no Banco de Leite com a moça.</u></p> <p>Maria- <u>então eu tiro em casa eu tiro aqui, todo momento que eu to aqui eu venho, em casa eu tiro, se eu tiver que acordar cedo eu tiro, também, aí eu venho e tiro aqui também.</u></p> <p>Ana- <u>aí eu vim aqui no Banco de Leite tirar e não tava saindo bastante, antes eu conseguia tirar uma mamadeira e meia aí depois não conseguia tirar nenhuma mamadeira</u></p> <p>Bárbara- <u>... o melhor é tirando aqui</u></p>	<p><i>As vezes eu tiro aqui mesmo no Banco de Leite com a moça... vim aqui no Banco de Leite tirar e não tava saindo bastante, antes eu conseguia tirar uma mamadeira e meia aí depois não conseguia tirar nenhuma mamadeira... então eu tiro em casa eu tiro aqui, todo momento que eu to aqui eu venho, em casa eu tiro, se eu tiver que acordar cedo eu tiro, também, aí eu venho e tiro aqui também...o melhor é tirando aqui...</i></p>

OBS: Das 19 entrevistadas, 4 (21%) usam e preferem o Banco de Leite para retirar o leite.

Questão 3- Como você faz para retirar o seu leite?

Expressões Chaves (ECH) - IAD1	Idéias Centrais
<p>1-Madalena- <u>Uso a bombinha.</u> Não tenho dificuldade nenhum, a sai bastante. No começo não, no começo era mais difícil, daí no caso <u>a médica passou o remedinho, daí ficou mais fácil, começou a descer bastante,</u> depois eu aprendi a tirar também e agora é mais fácil.</p>	<p>Usa a bombinha - A</p>
<p>2- Rita de Cássia- <u>Eu tenho dificuldade, não sai na bombinha e na mão eu também não consigo tirar,</u> acho que só ele sugando mesmo é que sai o leite.</p>	<p>Não consegue tirar de nenhuma forma - C</p>
<p>3-Edwirges- <u>Eu tiro com a bombinha da LILLO,eu tiro um pouco aí para de sair e eu dou uma incentivada com a mão, torno a tirar,</u> tem dia que eu tiro 30 tem dia que eu tiro 40, 50, 70 cheguei a tirar 140ml de leite na bombinha</p>	<p>Tira das duas formas - D</p>
<p>4- Luzia- <u>Ah sim eu tentei mas eu não consegui</u></p>	<p>Não tira - C</p>
<p>5- Bernadete- <u>Ah quando eu to aqui eu uso a bombinha delas né, mas lá em casa eu tiro com a mão, que eu prefiro.</u></p>	<p>Tira das duas formas - D</p>
<p>6- Tereza- <u>Eu comprei a maquininha LILLO e com ela que eu to tirando né de 2 em 2 horas de 3 em 3 horas eu to tentando tirar um pouquinho e ponhando no congelador pra depois trazer pro Banco de Leite</u></p>	<p>Tira com a bombinha - A</p>
<p>7- Maria- <u>A menina me indicou uma bombinha eu comprei né , aí eu tiro em casa com a mão não consigo, sai até bastante mas, tirando com a bombinha sai mais né, quanto mais você tira mais você produz então eu tiro com a bombinha..</u></p>	<p>Tira com a bombinha - A</p>
<p>8- Catarina- <u>Eu to usando a mão porque aqui no Banco de Leite eles falaram que não é muito bom bombinha, então eu to tirando na mão</u></p>	<p>Tira com a mão - B</p>
<p>9- Eulália- <u>Eu tiro com a bomba</u></p>	<p>Tira com a bomba - A</p>
<p>10- Eudóxia- <u>Com a bombinha,com a mão não consigo</u></p>	<p>Não consegue tirar com a mão - E</p>
<p>11- Gertrudes- <u>Eu comprei a bombinha da LILLO daquela que tem aqui, eu comprei aquela bombinha...tiro com a bombinha</u></p>	<p>Tira com a bombinha - A</p>

12- Mônica- Com a bombinha, <u>primeiro eu massageio bem o seio tudo em volta né e aí eu sugo com a bombinha</u>	Tira com a bombinha - A
13- Ana- <u>Com os dois ...primeiro eu tiro com a bombinha, eu tiro até...até ele sair bastante aí quando começa a parar aí eu começo a massagear meu seio em circular assim...e aí eu vou tirando um pouco com a mão aí sai um pouco mais.</u>	Tira das duas formas - D
14- Úrsula- Por <u>tirar com a mão é bem mais dolorido mas eu to tirando...vou trazer, ainda não trouxe mas vou trazer...mas eu to tirando....</u>	Tira com a mão- B
15- Lucia- Com a mão.	Tira com a mão - B
16- Cecília- Na bombinha porque <u>eu acho que na bombinha é melhor do que na mão então eu tiro na bombinha</u>	Tira com a bombinha - A
17- Bárbara- <u>Com a mão,</u> coloco o gorro na cabeça, colocar a mascara e apertar o seio pra sair né, <u>mas não sai muito em casa</u>	Tira com a mão - B
18- Josefa- Eu tiro com uma bombinha , <u>lá em casa eu tiro com a bombinha né</u>	Tira com a bombinha - A
19- Cristina- <u>Eu tiro com a bombinha</u> né fervendo tudo, tiro na bombinha <u>coloco num copo e depois eu passo no recipiente de vidro</u> que eu pego aqui e congelo e trago prá cá nesse vidro	Tira com a bombinha - A

A- Usa a bomba tira leite para a ordenha

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Madalena- <u>Uso a bombinha a médica passou o remedinho, daí ficou mais fácil, começou a descer bastante.</u></p> <p>Tereza- <u>Eu comprei a maquininha LILLO e com ela que eu to tirando né de 2 em 2 horas de 3 em 3 horas</u></p> <p>Maria- <u>A menina me indicou uma bombinha eu comprei né , aí eu tiro em casa, tirando com a bombinha sai mais né</u></p> <p>Eulália- <u>Eu tiro com a bomba</u></p> <p>Eudóxia- <u>Com a bombinha, com a mão não consigo</u></p> <p>Gertrudes-...<u>tiro com a bombinha</u></p> <p>Mônica- <u>primeiro eu massageio bem o seio tudo em volta né e aí eu sugo com a bombinha</u></p> <p>Ana- <u>eu acho que na bombinha é melhor do que na mão</u></p> <p>Josefa- <u>lá em casa eu tiro com a bombinha</u></p> <p>Cristina- <u>Eu tiro com a bombinha, coloco num copo e depois eu passo no recipiente de vidro</u></p>	<p><i>Uso a bombinha, a menina me indicou uma bombinha, eu comprei a maquininha LILLO e com ela que eu to tirando né de 2 em 2 horas de 3 em 3 horas né, tirando com a bombinha sai mais né. Eu aprendi a tirar e agora é mais fácil. Eu tiro em casa, primeiro eu massageio bem o seio tudo em volta né e aí eu sugo com a bombinha, coloco num copo e depois eu passo no recipiente de vidro....com a mão não consigoeu acho que na bombinha é melhor do que na mão.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 10 (53%) prefere a bombinha tira leite para realizar a ordenha das mamas.

B- Usa a mão para a ordenha

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Catarina- <u>Eu to usando a mão, no Banco de Leite eles falaram que não é muito bom bombinha, então eu to tirando na mão</u></p> <p>Úrsula- <u>tirar com a mão é bem mais dolorido mas eu to tirando.</u></p> <p>Lucia- <u>Com a mão.</u></p> <p>Barbara- <u>Com a mão, mas não sai muito em casa</u></p>	<p><i>Com a mão, eu to usando a mão, no Banco de Leite eles falaram que não é muito bom bombinha, então eu to tirando na mão... tirar com a mão é bem mais dolorido mas eu to tirando com a mão, mas não sai muito em casa.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 4 (21%) usa a mão para tirar o leite das mamas.

C- Não consegue tirar de nenhuma maneira

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Luzia- <u>eu tentei mas eu não consegui</u></p> <p>Rita de Cássia- <u>Eu tenho dificuldade, não sai na bombinha e na mão eu também não consigo tirar.</u></p>	<p><i>Eu tenho dificuldade, não sai na bombinha e na mão eu também não consigo tirar, eu tentei, mas eu não consegui...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 2 (10%) não consegue tirar o leite com a mão e nem com a bombinha.

D- Faz ordenha com a mão e com a bomba

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Edwirges- <u>Eu tiro com a bombinha da LILO,eu tiro um pouco aí para de sair e eu dou uma incentivada com a mão, torno a tirar</u></p> <p>Bernadete- <u>quando eu to aqui eu uso a bombinha delas.mas lá em casa eu tiro com a mão, que eu prefiro.</u></p> <p>Ana- <u>Com os dois ...primeiro eu tiro com a bombinha eu tiro até...até ele sair bastante aí quando começa a parar aí eu começo a massagear meu seio em circular assim...e aí eu vou tirando</u></p>	<p><i>Eu tiro com a bombinha da "LILO", eu tiro um pouco, aí para de sair e eu dou uma incentivada com a mão, torno a tirar....primeiro eu tiro com a bombinha, eu tiro até...até ele sair bastante aí quando começa a parar aí eu começo a massagear meu seio em circular assim...e aí eu vou tirando... quando eu to aqui eu uso a bombinha delas, mas lá em casa eu tiro com a mão, que eu prefiro.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) conseguem tirar o leite com as mãos e com a bombinha, das duas formas.

Questão 4- O que você sabe sobre a alimentação do prematuro?

Expressões Chaves (ECH) - IADI	Idéias Centrais
1- Madalena- <u>Precisa do leite materno né</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
2- Reta de Cássia- Ah <u>não sei....não ouvi falar</u>	Não sabe - B
3- Edwirges- Meu neném tá mamando muito pouco leite (2ª idéia) <u>ele tá mais na alimentação parenteral, não sei exatamente o que é isto, né, mas é tipo um sorinho né que tem as vitaminas que ele precisa, meu leite ele tá tomando bem pouquinho.</u> (1ª idéia) <u>Meu leite....que é importante é o meu leite</u>	(1ª idéia) - Acha que o leite materno é melhor - A (2ª idéia) - bebe tá recebendo outro tipo de nutrição - C
4- Luzia- Ah, <u>eu acho que o leite materno é o melhor né</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
5- Bernadete- <u>é o leite materno</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
6- Tereza- <u>Muito importante acho que em primeiro lugar o leite materno né até os dois anos, 1 ano e meio dois anos, acho que faz bem pra criança.</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
7- Maria- O importante <u>é o leite materno né</u> , ele ainda não me passou assim porque ele ainda não recebeu alta né então ainda não sei,,, <u>por enquanto eu sei que o principal é o leite materno.</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
8- Catarina- <u>Com certeza é o meu leite.</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
9- Eulália- <u>Sei, é o leite materno</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
10- Eudóxia- <u>Não ...não sei o que é melhor</u>	Não sabe sobre a alimentação do bebe - B
11- Gertrudes- <u>É o leite materno né quanto mais ele mamar em mim melhor vai ser né? Quanto mais ele ficar no peito melhor é sô leite materno mesmo né?</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
12- Mônica- <u>O leite materno...não existe, não existe nada melhor que o leite materno, a gente tem que fazer de tudo pra conservar o leite</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
13- Ana- <u>Bom, no começo eu sei que é o meu leite , ele não precisa de nada até seis meses é só o meu leite , o meu leite basta pra ele , ele não precisa de água não precisa de nada... só o meu leite, meu leite tem tudo que ele precisa</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
14- Úrsula- <u>Pelo que eu sei até onde eu sei...por enquanto é só o leite a gente vai só com o leite não precisa nem de água , nada .</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
15- Lucia- <u>O leite materno principalmente né</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
16- Cecília- <u>Não...acho que só com o leite do peito</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
17- Bárbara- <u>Eu acho que só o seio materno</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
18- Josefa- <u>Eu creio que ele é um bebe normal, e primeiramente ele precisa do leite materno</u>	Acha que o leite materno é melhor - A
19- Cristina- <u>É o leite materno né, o leite materno com certeza</u>	Acha que o leite materno é melhor - A

A- Acha que o leite materno é melhor

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Daniela- <u>Precisa do leite materno né</u> Edwirges- <u>Meu leite...que é importante é o meu leite</u> Luzia- <u>eu acho que o leite materno é o melhor né</u> Bernadete- <u>é o leite materno</u> Tereza- <u>Muito importante acho que em primeiro lugar o leite materno né até os dois anos, acho que faz bem pra criança.</u> Maria- <u>O importante é o leite materno né, por enquanto eu sei que o principal é o leite materno.</u> Catarina- <u>Com certeza é o meu leite</u> Eulália- <u>Sei, é o leite materno</u> Gertrudes- <u>quanto mais ele mamar em mim melhor vai ser né?</u> Mônica- <u>O leite materno...não existe, não existe nada melhor que o leite materno.</u> Ana- <u>Bom, no começo eu sei que é o meu leite, ele não precisa de nada até seis meses é só o meu leite, o meu leite basta pra ele, ele não precisa de água não precisa de nada... só o meu leite, meu leite tem tudo que ele precisa</u> Úrsula- <u>por enquanto é só o leite a gente vai só com o leite não precisa nem de água, nada.</u> Lucia- <u>O leite materno principalmente</u> Cecília- <u>só com o leite do peito</u> Bárbara- <u>só o seio materno</u> Josefa- <u>Eu creio que ele é um bebe normal, e primeiramente ele precisa do leite materno</u> Cristina- <u>o leite materno com certeza</u></p>	<p><i>Primeiramente ele precisa do leite materno, com certeza é o meu leite...Eu acho que o leite materno é o melhor né...bom, no começo eu sei que, ele não precisa de nada até seis meses é só o meu leite, o meu leite basta pra ele, ele não precisa de água não precisa de nada... só o meu leite, meu leite tem tudo que ele precisa.... por enquanto eu sei que o principal é o leite materno, quanto mais ele mamar em mim melhor vai ser né? Não existe, não existe nada melhor né, até os dois anos, acho que faz bem pra criança.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 17 (89%) acham que o leite materno é o melhor alimento para o prematuro.

B- Não tem conhecimento sobre a alimentação do bebe prematuro

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Rita de Cássia- <u>não sei...não ouvi falar</u> Eudóxia- <u>Não ...não sei o que é melhor</u></p>	<p><i>não sei...não ouvi falar...não sei o que é melhor...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 2 (10%) não tem conhecimento sobre o melhor alimento para o bebê prematuro.

C- O bebê está recebendo outro tipo de nutrição

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Edwirges- <u>ele tá mais na alimentação parenteral, não sei exatamente o que é isto, né, mas é tipo um sorinho né que tem as vitaminas que ele precisa meu leite ele tá tomando bem pouquinho</u></p>	<p><i>Ele tá mais na alimentação parenteral, não sei exatamente o que é isto, né, mas é tipo um sorinho né que tem as vitaminas que ele precisa, meu leite ele tá tomando bem pouquinho</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) refere que o bebê está recebendo outro tipo de alimentação.

Questão 5- Você encontra algum obstáculo para a retirada do leite?

Expressões Chaves (ECH) - IAD1	Idéias Centrais
1- Madalena- <u>É, eu pedi, eu falei que quase não tinha leite, daí ela falou que ia dar um remedinho, porque a gente que tem bebê na neo a gente psicologicamente não fica bem aí onde que o leite não desce, atrapalha na hora de produzir leite, porisso ela deu o remédio</u>	O bebe internado interfere no lado psicológico - F
2- Rita de Cássia- <u>Eu não consigo porque eu vou estimulando, estimulando e não sai, e eu fui lá no Banco de leite e não consigo também. Não consigo de nenhum jeito. Eu já tentei tudo e não consigo porque tá secando e agora to tomando um remédio pra voltar o leite pra mim começar a tirar mais.</u>	Não sai leite - C
3- Edwirges- <u>Não o probleminha é que dói um pouquinho mais na bombinha LILO, no começo ela dói</u>	Sente dor - A
4- Luzia- <u>Sabe que eu não sei.... Não sai leite.....</u>	Não sai leite - C
5- Bernadete- <u>Não, tranqüilo.</u>	Não tem obstáculo - B
6- Tereza- <u>O obstáculo mesmo que eu encontrei até agora só de tá com o peito rachado de dá muita dor, mas pelo filho a gente faz tudo.</u>	Sente dor - A
7- Maria- <u>Não, porque eu faço isso com prazer, eu sinto prazer no que eu faço né, que eu sei que é por ele que eu faço e eu sinto prazer, que ele precisa de mim né</u>	Não tem dificuldade - B
8- Catarina- (1ª idéia) <u>A única dificuldade que eu tenho é assim que eu tenho mais dois filhos, eu to num lugar assim tranqüilo aqui a pouco um né às vezes briga com o outro as vezes um entra tem que interromper, um pouco assim a questão mais do local, mas deu tirar..(2ª idéia) eu comecei a pegar o jeito, na hora eu tava tendo um pouquinho de dificuldade mas agora eu to pegando cada vez mais o jeito.</u>	(1ª idéia)-Não ter um local adequado e tranqüilo - E (2ª idéia)- Tá pegando o jeito - D
9- Eulália- <u>Não, não tinha não, eu tirava com muito prazer, eu sabia que eu ia ajudar não só a minha filha, mas os outros também que estavam necessitando, de mães que não produzem leite</u>	Não tem obstáculo - B
10- Eudóxia- <u>Eu não tinha mesmo, puxava... puxava, não saia nada, não tinha dificuldade, é que não saia mesmo</u>	Não sai leite - C
11- Gertrudes- <u>Não, não encontro nenhuma dá pra tirar</u>	Não tem obstáculo - B
12- Mônica- <u>Não, só no primeiro dia que tava bem assim...dava a impressão que tinha até pedrinha dentro, mas foi só o primeiro dia os outros dias não... e eu fiz bastante massagem antes de tirar e sai super bem..</u>	Teve dificuldade no começo - D
13- Ana- <u>Ah... assim.(1ª idéia). eu não vejo dificuldade...mas porque eu tenho que tirar de três em três horas as vezes todo mundo fala ...Ah ce tem que madrugar ...mas acho que quando é pro seu filho você faz...então pra mim não tem nenhum obstáculo de trazer, (2ª idéia) antes tinha por não tá saindo o leite né e aí dificultava eu trazer porque eu tirava pouco...como é que eu ia trazer....mas...depois não . Agora tomei o remédio e agora começou a sair mais então não tem mais obstáculo</u>	1ª idéia - Não tem dificuldade - B 2ª idéia - teve dificuldade no começo - D
14- Ursula- <u>Não, é dolorido mas não tenho nenhuma dificuldade não</u>	Sente dor - A
15- Lúcia- <u>Não, eu não encontro não</u>	Não tem obstáculo - B

16- Cecília- Mais ou menos, <u>por causa que eu tirando o leite eu fico muito nervosa, aí eu não consigo tirar muito...</u> a porque assim eu to tirando o leite aí eu ponho na minha cabeça “ que horas meu marido vai chegar???” aí eu pego e <u>fico nervosa</u> , fico sozinha lá e lá é uma baixada..então eu fico sozinha lá e fico nervosa .. <u>aí eu tiro um pouco só.</u>	Fica nervosa - F
17- Barbara- <u>O seio ficou meio empedrado e não saia muito leite saia pouco e doía</u> e eu tirava com a mão,com a bombinha também não saia	Sente dor e ficou empedrado - A
18- Josefa- <u>Não, cada 3 horas eu tiro um pouquinho</u>	Não tem obstáculo - B
19- Cristina- Não, só o <u>único problema que eu tive foi não ter muito incentivo pelo bebe não poder amamentar no peito então deu um tempo que deu uma secada</u> né, daí eu pedi um remédio pra doutora, daí a doutora passou o remédio que chama “Equilid” pra poder de novo estimular pra voltar o leite que deu uma parada, eu acho foi por falta de estimulação mesmo, que eu tirava em casa mas, uma vez ou outra por dia né, quando eu tinha mais tempo, então eu acho que foi por falta de estímulo mesmo por não ter o <u>bebe sugando no seio.</u>	Falta de estímulo - G

A- A dor é um obstáculo

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Edwirges- <u>dói um pouquinho mais na bombinha LILO, no começo ela dói</u> Tereza- <u>O obstáculo mesmo que eu encontrei até agora só de tá com o peito rachado de dá muita dor, mas pelo filho a gente faz tudo.</u> Úrsula- <u>é dolorido</u> Bárbara- <u>O seio ficou meio empedrado e não saia muito leite saia pouco e doía</u>	<i>O obstáculo mesmo que eu encontrei até agora só de tá com o peito rachado, o seio ficou meio empedrado e não saia muito leite saia pouco e doía,dá muita dor, mas pelo filho a gente faz tudo.... dói um pouquinho mais na bombinha LILO, no começo ela dói...</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) referem que a dor é o principal obstáculo para a retirada do leite.

B- Não encontra obstáculos

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Bernadete- <u>tranquilo.</u> Maria- <u>eu faço isso com prazer , eu sinto prazer no que eu faço né,</u> Eulália- <u>eu tiro com muito prazer, eu sei que eu vou ajudar não só a minha filha , mas os outros também que estão necessitando</u> Gertrudes - <u>não encontro nenhuma dá pra tirar</u> Ana - <u>eu não vejo dificuldade...</u> Lucia- <u>Não, eu não encontro não</u> Josefa- <u>cada 3 horas eu tiro um pouquinho</u>	<i>Eu não vejo dificuldade, não encontro nenhuma dá pra tirar, eu faço isso com prazer, eu sinto prazer no que eu faço né, eu tiro com muito prazer, eu sei que eu vou ajudar não só a minha filha, mas os outros também que estão necessitando, tranquilo... cada 3 horas eu tiro um pouquinho.</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 7 (37%) dizem não encontrar obstáculos para a retirada do leite.

C- O leite não sai

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Luzia-...<u>Não sair leite.</u></p> <p>Eudóxia- <u>puxava... puxava, não saia nada , não tinha dificuldade. é que não saia mesmo.....</u></p> <p>Rita de Cássia- <u>Eu não consigo porque eu vou estimulando, estimulando e não sai, e eu fui lá no Banco de leite e não consigo também. Não consigo de nenhum jeito.Eu já tentei tudo e não consigo porque tá secando.</u></p>	<p><i>Eu não consigo porque eu vou estimulando, estimulando e não sai, e eu fui lá no Banco de leite e não consigo também. Não consigo de nenhum jeito, eu já tentei tudo e não consigo porque tá secando,não sai leite, puxo... puxo, não sai nada, não tenho dificuldade, é que não sai mesmo.....</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) referem que o leite não sai embora tentem tirar.

D- Teve dificuldade no início

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Catarina- <u>eu comecei a pegar o jeito, na hora eu tava tendo um pouquinho de dificuldade mas agora eu to pegando cada vez mais o jeito.</u></p> <p>Mônica- <u>só no primeiro dia que tava bem assim...dava a impressão que tinha até pedrinha dentro, mas foi só o primeiro dia os outros dias não... e eu fiz bastante massagem antes de tirar e sai super bem..</u></p> <p>Ana- <u>antes tinha por não tá saindo o leite né e aí dificultava eu trazer porque eu tirava pouco...como é que eu ia trazer...mas...depois não . Agora começou a sair mais então não tem mais obstáculo</u></p>	<p><i>Só no primeiro dia que tava bem, assim...dava a impressão que tinha até pedrinha dentro, mas foi só o primeiro dia os outros dias não... e eu fiz bastante massagem antes de tirar e sai super bem, eu comecei a pegar o jeito, na hora eu tava tendo um pouquinho de dificuldade mas agora eu to pegando cada vez mais o jeito. Antes tinha, por não tá saindo o leite né e aí dificultava eu trazer porque eu tirava pouco...como é que eu ia trazer?...mas...depois não , agora começou a sair mais então não tem mais obstáculo...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) tiveram dificuldade para retirar o leite somente no começo da lactação.

E- Não tem local apropriado para a coleta

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Catarina- <u>A única dificuldade que eu tenho é assim que eu tenho mais dois filhos, eu to num lugar assim tranquilo daqui a pouco um né às vezes briga com o outro as vezes um entra tem que interromper</u></p>	<p><i>A única dificuldade que eu tenho é assim que eu tenho mais dois filhos, eu to num lugar assim tranquilo, daqui a pouco um né às vezes briga com o outro às vezes um entra tem que interromper...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) diz não ter um local apropriado, tranquilo para que possa retirar o leite.

F- A internação do bebê interfere psicologicamente na produção lactea

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Madalena- <u>a gente que tem bebê na neo a gente psicologicamente não fica bem aí onde que o leite não desce, atrapalha na hora de produzir leite</u></p> <p>Cecília- <u>por causa que eu tirando o leite eu fico muito nervosa, aí eu não consigo tirar muito... fico nervosa ..aí eu tiro um pouco só.</u></p>	<p><i>A gente que tem bebê na neo a gente psicologicamente não fica bem, aí onde que o leite não desce, atrapalha na hora de produzir leite por causa que eu tirando o leite eu fico muito nervosa, aí eu não consigo tirar muito... fico nervosa ..aí eu tiro um pouco só.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 2 (10%) referem que o fato do bebe estar internado interfere psicologicamente acarretando uma baixa produção lactea.

Questão 6- O que você acha da sua produção de leite?

Expressões Chaves (ECH) - IAD1	Idéias Centrais
1- Madalena- Agora eu considero, porque eu tiro 100ml cada vez que eu tiro de 3/3horas, <u>considero suficiente</u> . Vai tirando de 3 em 3, as vezes de 2 em 2 daí vai estimulando, <u>o remédio ajudou</u> , tal.	Tá boa porque tomou remédio - E
2- Rita de Cássia- Considerava. <u>Era bastante</u> sempre foi bastante. A eu tirava quase aquela mamadeirinha cheia, <u>depois foi secando</u> ,depois de uns treze a quatorze dias que ele começou a secar. Eu tirando, achava que produzia mais só que no fim cabou secando, meu leite foi perdendo <u>daí eu achava que era aquilo eu tirando acabava secando</u> , mais secava, <u>daí eu parei de tirar</u> , aí eu conversei com a moça do Banco de leite daí ela explicou tudo pra mim certinho daí foi quando ela conversou com <u>a médica pra passar remédio pra estimular o leite</u> .	Era boa e depois diminuiu - C
3- Edwirges- <u>Não é nem pouca nem é ruim, é média</u>	Média - D
4- Luzia- <u>pouquinho</u>	Pouca - A
5- Bernadete- <u>Ela é bastante</u>	Bastante - B
6- Tereza- <u>Eu acho que tá ótimo viu, tá saindo bastante</u> , hoje mesmo acabei de tomar banho sai do banheiro não deu tempo nem de chegar no quarto, e os dois peitos estavam esguichando leite, então pra mim tá ótimo.	Bastante - B
7- Maria- <u>Acho que é bastante, né é bastante</u>	Bastante - B
8- Catarina- <u>Eu to achando pouca</u> mas devido ao modo como eu fiz né e mesmo porque, lógico com o nenê mamando é mais fácil né ele pega né, assim como eu nunca tinha tirado também <u>mais a principal causa é porque eu não tava tirando nos horários de 3/3 horas</u> .	Pouca - A
9- Eulália- <u>Bastante, continua sendo bastante, continuo tirando leite</u> , tá sobrando bastante pra ela mamar, <u>cada dia tá produzindo mais</u> .	Bastante - B
10- Eudóxia- <u>É muito pouco, é muito pouco</u> .	Pouca - A
11- Gertrudes- Quando o nenê nasceu <u>era ótima e daí depois quando eu fui embora que eu chorei muito diminuiu bastante</u> aí eu conversei com a psicóloga daqui e aí depois que eu comecei a ver que meu nenê tava ficando bem tava né indo ótimo e depois que alojei o leite voltou bastante, bastante leite	Era boa e diminuiu - C

12- Mônica- É bom primeiro saiu um leite bem amarelo e agora já tá um leite bem branquinho, uns quatro dia ficou aquele leite “marelo” e depois ficou branquinho e bastante bastante, to sempre molhada mesmo tirando	Bastante - B
13- Ana- No começo ela era boa ela caiu muito..bem bastante né mas agora ela tá saindo pouco porque o bebê não tá sugando aí eu perguntei prá ela o que tava acontecendo ela falou que pra produzir mais leite o nenê tem que sugar...e o meu nenê não tá mamando ainda , tá no tubo então aí ela pediu pra mim ir tirando com a mão e com a mão não é igual o nenê tá sugando ela falou assim ... que acontece de diminuir o leite mas ele está regular agora	Era boa e diminuiu - C
14- Úrsula- Eu acho que tenho bastante leite, eu ainda não trouxe, vou trazer o que eu tenho tirado lá em casa, vou trazer ainda hoje.	Boa - B
15- Lucia- Eu acho que é boa	Boa - A
16- Cecília- Acho que é boa...	Boa - A
17- Bárbara- To produzindo bem, trouxe duas vezes só	Boa - A
18- Josefa- Quando eu ganhei o bebe .(1ª idéia) (eu tinha uma produção boa de leite aí veio a preocupação dele daí foi diminuindo bastante e tenho umas outras preocupações né e isso faz diminuir bastante eu(2ª idéia) tomei o remédio, aumentou mas mesmo assim quando termina o remédio diminui	(1ª idéia) - Era boa e diminuiu (2ª idéia)- aumentou porque tomou o remédio - E
19- Cristina- Agora tá boa, eu venho todo dia aqui,só quando eu não tenho tempo mesmo, mas praticamente todo dia eu venho aqui no Banco de leite tirar e tiro na minha casa também	Tá boa - A

A- Acha que a produção é pouca

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Luzia- pouquinho Catarina- Eu to achando pouca mas devido ao modo como eu fiz né e mesmo porque, lógico com o nenê mamando é mais fácil né ele pega né, assim como eu nunca tinha tirado também mais a principal causa é porque eu não tava tirando nos horários de 3/3 horas. Eudóxia- É muito pouco, é muito pouco	<i>É muito pouco..... pouquinho, eu to achando pouca mas devido ao modo como eu fiz né, e mesmo porque lógico, com o nenê mamando é mais fácil né, ele pega né, assim.... como eu nunca tinha tirado também, mais a principal causa é porque eu não tava tirando nos horários de 3/3 horas...</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) acha que a produção é pouca.

B- Acha que tem uma boa produção

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Bernadete- <u>Ela é bastante</u> Tereza- <u>Eu acho que tá ótimo viu, tá saindo bastante,</u> Maria- <u>Acho que é bastante, né é bastante</u> Catarina- <u>continua sendo bastante, continuo tirando leite, cada dia tá produzindo mais.</u> Mônica- <u>É bom primeiro saiu um leite bem amarelo e agora já tá um leite bem branquinho, uns quatro dia ficou aquele leite “marelo” e depois ficou branquinho e bastante , bastante, to sempre molhada mesmo tirando</u> Úrsula- <u>Eu acho que tenho bastante leite</u> Lucia- <u>acho que é boa</u> Cecília- <u>Acho que é boa...</u> Bárbara- <u>To produzindo bem</u> Josefa- <u>Agora tá boa, todo dia eu venho aqui no Banco de leite tirar e tiro na minha casa também</u></p>	<p><i>Agora tá boa, todo dia eu venho aqui no Banco de leite tirar e tiro na minha casa também,acho que é bastante né, é bastante...., bom primeiro saiu um leite bem amarelo e agora já tá um leite bem branquinho, uns quatro dia ficou aquele leite “marelo” e depois ficou branquinho e bastante , bastante, to sempre molhada mesmo tirando, eu acho que tá ótimo viu, tá saindo bastante, continua sendo bastante, continuo tirando leite, cada dia tá produzindo mais...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 10 (53%) acham que a produção de leite está boa.

C- Acha que a produção era boa e diminuiu

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Rita de Cássia- <u>Era bastante, depois foi secando, eu achava que era aquilo eu tirando acabava secando, daí eu parei de tirar,</u> Gertrudes- <u>Quando o nenê nasceu era ótima e daí depois quando eu fui embora que eu chorei muito diminuiu bastante</u> Ana- <u>No começo ela era boa ela caiu muito..bem bastante né, meu nenê não tá mamando ainda , tá no tubo então aí ela pediu pra mim ir tirando com a mão e com a mão não é igual o nenê tá sugando</u> Josefa- <u>eu tinha uma produção boa de leite aí veio a preocupação dele daí foi diminuindo bastante</u></p>	<p><i>Era bastante, depois foi secando, eu achava que era aquilo... eu tirando acabava secando, daí eu parei de tirar, quando o nenê nasceu era ótima e daí depois quando eu fui embora que eu chorei muito diminuiu bastante,no começo ela era boa ela caiu muito..bastante né, meu nenê não tá mamando ainda , tá no tubo então ela pediu pra mim ir tirando com a mão e com a mão não é igual o nenê tá sugando.... eu tinha uma produção boa de leite aí veio a preocupação dele daí foi diminuindo bastante...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 4 (21%) referem que a sua produção láctea era boa e diminuiu.

D- Acha que a produção é média

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Edwirges- <u>Não é nem pouca nem é ruim, é média</u></p>	<p><i>Não é nem pouca nem é ruim, é média...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) referem que a produção de leite é média.

E- Acha que a produção está boa porque tomou remédio

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<u>Madalena- Agora considero suficiente, o remédio ajudou Josefa- tomei o remédio, aumentou mas mesmo assim quando termina o remédio diminui</u>	<i>Agora considero suficiente, o remédio ajudou tomei o remédio, aumentou... mas mesmo assim quando termina o remédio, diminui...</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 2 (10%) referem que a produção lactea está boa porque estão tomando remédio.

Questão 7- Você sente necessidade de fazer alguma coisa para aumentar a produção de leite?

Expressões Chaves (ECH) - IAD 1	Idéias Centrais
1- Madalena- Acho que por enquanto tá bem, <u>não tem necessidade não</u>	Acha que tá bom - E
2- Rita de Cássia- <u>Pra mim é só tomar o remédio. Ah não sei porque eu tava tirando meu leite tava bastante, tava tirando começou secar , então (2ª idéia) eu acho que ele sugando só, só ele sugando mesmo pra aumentar...</u>	(1ª idéia) - Tomar remédio - B (2ª idéia) - só o bebe sugar - F
3- Edwirges- <u>Sim eu até já perguntei o que eu tenho que fazer, me falaram que eu tenho que tomar bastante água, bastante líquido</u>	Tomar bastante líquido - A
4- Luzia- <u>A médica agora deu o remédio pra o leite aumentar, to tomando.</u>	Tomar remédio - B
5- Bernadete- Ah eu <u>acho que cada vez que eu tiro aumenta mais</u>	Tirar o leite - C
6- Tereza- Ah tomando alguma coisa medicamento, comer algumas frutas verduras, legumes algumas coisas que vai trazer melhora né, a primeira coisa é o alimento da mulher né, se alimentar bem nas horas certas ter tudo cuidado e realmente na hora certa tudo na hora certa eu acho que vale a pena	Melhorar a alimentação - D
7- Maria- Alimentação é importante né eu <u>procuro me alimentar bem, comer bastante salada, verdura né, pra poder ter uma boa amamentação.</u>	Melhorar a alimentação - D
8- Catarina- Eu sinto necessidade de (1ª idéia) <u>regularizar o horário, vou começar a fazer de 3/3 horas</u> e (2ª idéia) <u>tomar mais líquido, tomar muito mais suco água</u> (3ª idéia) <u>cuidar da alimentação né ter uma alimentação saudável e regularizar o horário</u>	(1ª idéia)- regularizar o horário da ordenha - C (2ª idéia) - tomar líquido - A (3ª idéia) - alimentação - D
9- Eulália- Não, <u>só me alimentar bem e descansar, coisa que não to conseguindo fazer ainda ...</u>	Alimentação - D
10- Eudóxia- Agora tá vamo ver <u>quando acabar o remédio né se vai continuar ou se vai diminuir</u>	Tomar remédio - B
11- Gertrudes- não, <u>só tirar..</u>	Retirar o leite - C
12- Mônica- Não, eu acho que não porque leite suficiente <u>tem</u> porque eu trago pra ele se puder dar pros outros bebês tambémpode ser dado porque tem bastante...	Não precisa fazer nada - E
13- Ana- Bom <u>continuar tirando não parar né porque seu para de tirar ele seca, foi o que elas me explicaram se eu não tirar ele seca total então pra mim continuar tirando pra mim não parar e continuar tomando o remédio .</u>	Retirar o leite - C

14- Úrsula- <u>Eu acho que tenho bastante leite</u> , eu ainda não trouxe, vou trazer o que eu tenho tirado lá em casa, vou trazer ainda hoje.	Acha que tá bom - E
15- Lucia- Eu acho que sim quanto mais melhor, <u>acho que é a alimentação</u>	Alimentação - D
16- Cecília- Tem vez que eu penso né...em <u>tomar bastante vitamina, bastante leite, bastante canjica</u> , acho que isso aí ajuda também	Alimentação - D
17- Bárbara- Não	
18- Josefa- Sinto né porque eu quero ter bastante leite pra dar pra ele ...então eu procuro me manter calma, <u>tomar remédio direitinho não ficar muito nervosa pensar em coisas boas do neném sobre ele</u> , pra que aumente	Tomar remédio - B
19- Cristina- Ah, eu tomo bastante líquido, suco, água, <u>tomo bastante líquido, por indicação das moças daqui do Banco de Leite</u>	Toma bastante líquido - A

A- Acha que tomar bastante líquido vai fazer aumentar a produção de leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Edwirges- <u>Sim, eu até já perguntei o que eu tenho que fazer, me falaram que eu tenho que tomar bastante água, bastante líquido</u>	<i>Sim, eu até já perguntei o que eu tenho que fazer, me falaram que eu tenho que tomar bastante água, bastante líquido, tomar muito mais suco, água... eu tomo bastante líquido, suco, água, tomo bastante líquido, por indicação das moças daqui do Banco de Leite</i>
Catarina- <u>tomar mais líquido, tomar muito mais suco água</u>	
Cristina- <u>eu tomo bastante líquido, suco, água, tomo bastante líquido, por indicação das moças daqui do Banco de Leite</u>	

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) acham que tomar bastante líquido ajudará a aumentar a produção lactea.

B- Acha que se tomar remédio vai produzir mais leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Rita de Cássia- <u>Pra mim é só tomar o remédio</u>	<i>A médica agora deu o remédio pra o leite aumentar, to tomando remédio direitinho, pra que aumente.... vamo ver quando acabar o remédio né se vai continuar ou se vai diminuir...</i>
Luzia- <u>A médica agora deu o remédio pra o leite aumentar, to tomando.</u>	
Eudoxia- <u>Vamo ver quando acabar o remédio né, se vai continuar ou se vai diminuir</u>	
Josefa- <u>tomar remédio direitinho, pra que aumente</u>	

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) acham que se tomar remédio irá produzir mais leite.

C- Acha que se tirar o leite a produção vai aumentar

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Bernadete- <u>eu acho que cada vez que eu tiro aumenta mais</u></p> <p>Gertrudes- <u>só tirar</u></p> <p>Ana- <u>Bom continuar tirando não parar né porque seu parar de tirar ele seca,</u></p> <p>Catarina- <u>regularizar o horário, vou começar a fazer de 3/3 horas</u></p>	<p><i>Bom, continuar tirando, não parar né porque se eu parar de tirar ele seca, regularizar o horário, vou começar a fazer de 3/3 horas eu acho que cada vez que eu tiro aumenta mais, só tirar...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) acham que se retirar o leite várias vezes a produção vai aumentar.

D- Acha que para produzir mais leite tem que se alimentar bem

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Tereza- <u>comer algumas frutas verduras, legumes algumas coisas que vai trazer melhora né,</u></p> <p>Maria- <u>procuro me alimentar bem, comer bastante salada, verdura né, pra poder ter uma boa amamentação,</u></p> <p>Catarina- <u>cuidar da alimentação né ter uma alimentação saudável</u></p> <p>Eulália- <u>só me alimentar bem e descansar.</u></p> <p>Lucia- <u>acho que é a alimentação</u></p> <p>Cecília- <u>tomar bastante vitamina, bastante leite, bastante canjica, acho que isso aí ajuda também</u></p>	<p><i>Comer algumas frutas verduras, legumes algumas coisas que vai trazer melhora né, cuidar da alimentação né, ter uma alimentação saudável... tomar bastante vitamina, bastante leite, bastante canjica, acho que isso aí ajuda também procuro me alimentar bem, comer bastante salada, verdura né, pra poder ter uma boa amamentação... só me alimentar bem e descansar</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 6 (31%) acham que se retirar o leite várias vezes a produção vai aumentar.

E- Acha que não precisa fazer nada para produzir mais leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Madalena- <u>Acho que por enquanto tá bem, não tem necessidade não</u></p> <p>Mônica- <u>Não, eu acho que não porque leite suficiente tem</u></p> <p>Úrsula- <u>Eu acho que tenho bastante leite,</u></p>	<p><i>Não, eu acho que não porque leite suficiente tem... acho que por enquanto tá bem.. acho que tenho bastante leite.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) acham não precisam fazer nada pois têm leite suficiente.

Questão 8- Que sentimentos você experimentava quando retira o leite?

Expressões Chaves (ECH) - IADI	Idéias Centrais
1- Madalena- <u>É gostoso</u> porque dá aquela sensação que você está <u>amamentando</u> né seu bebê que nem eu falei, ele vai ficar...vai sair mais rápido né porque está mamando, é gostoso. <u>Quanto mais eu tiro, mais eu quero tirar.</u> Se eu tirar 100ml eu não fico contente quero tirar 150, se tiro 150 quero tirar 200.	Gosta de tirar o leite - A
2- Rita de Cássia- <u>Eu sentia bom né?</u> Eu sabia que o leite que eu tava tirando era pro bem dele mesmo ia tá sustentando ele.	Gosta de tirar o leite - A
3- Edwirges- Tipo assim de madrugada, eu tô cansada né passo o dia inteiro no hospital, cansa né, de ficar o dia inteiro, é difícil levantar principalmente, porque eu não tô amamentando no peito, porque quando tá amamentando no peito deve ser outra sensação porque eu não tenho nenhum filho né, deve ser uma sensação bem diferente mas <u>eu penso no neném, puxa vida né, ele precisa do meu leite né, mas eu penso nele ...porque sentimento gostoso deve ser ele mamando direto no peito,... não tem muito sentimento</u>	Ansiosa para amamentar no peito - B
4- Luzia- Eu acho desagradável	Não gosta de retirara o leite - E
5- Bernadete- Quando eu tiro, assim quando eu dão também, eu não vejo a hora de dar pro meu filho né, <u>quando eu tiro pouco fico meio brava devia encher mais o vidro,</u> tenho que encher o vidro só que aí não dá, só que quando eu vejo que tá saindo bastante eu quero que saia mais.	Fica brava se não consegue tirara bastante - D
6- Tereza- <u>Ah, é...é uma sensação tão gostosa que não tem como explicar</u> é muito, muito de saber que a gente não só tá alimentando o filho da gente como a gente pode ter vários filhos na amamentação né porque o meu filho não tava amamentando e eu tava tirando sabendo que era pra outras crianças então você fazendo o bem pras crianças Deus se agrada disso e outra, não só Deus mas as crianças também te agrada porque tem mãe que as vezes , ela não tem leite e ela tá pensando como ela vai abastecer o filho dela então ter uma pessoa pra sempre doar ..., eu acho que vale a pena a gente pensar não só no filho da gente mas pensar em outra criança que tá ali ao lado porque a criança não tem culpa da mãe, não ter leite, não é verdade?Então tá valendo a pena pra mim duas vezes.	Gostoso - A
7- Maria- <u>Eu imagino que ele vai beber o leite que logo logo eu assim não vou precisar tá tirando...dando diretamente pra ele né porque eu to ansiosa não vejo a hora de ele vim mamar em mim</u>	Ansiosa para amamentar no peito - B
8- Catarina- Eu fico... <u>Ah é um sentimento assim , eu sei o quanto é importante cada gota que aumenta né</u> eu sei que ele precisa, não gostaria que ele tomasse outro leite tipo NAN não só pelo preço pra mim é difícil ficar comprando o NAN mas não é pelo preço é porque eu sei o quanto é importante pra ele.	Sente que é importante para o bebê - A

9- Eulália- Ah <u>eu penso assim que o leite que eu to tirando é para uma boa causa não é uma coisa que a gente tá desperdiçando</u> , é uma coisa que tá fazendo o bem pra minha saúde e pra saúde de quem receber o leite , <u>coisa boa porque a gente tem que tirar o leite pra expressar uma coisa boa</u> , pensar numa coisa ruim talvez é como você agir de má fé.	Sente que é bom - A
10- Eudóxia- Ah... eu acho que vai fazer muito bem pra ele	Acha que é bom - A
11- Gertrudes- <u>Ah... um sentimento bom né porque ...sei lá ah um sentimento gostoso né o fato de ser mãe de ter leite pra poder dar pro meu nenê é ótimo né</u>	Acha que é bom - A
12- Mônica- A saúde dele eu faço de tudo pra tirar o leite levar pra ele com a <u>esperança de que ele saía o mais breve possível</u>	Esperança - A
13- Ana- Ah.. assim... <u>meio termo ce fica um pouco feliz um pouco triste eu fico feliz por ter leite e tá tirando prá ele né</u> , mas eu fico triste porque eu queria que ele tivesse mamando <u>no meu peito</u> não tá precisando tirar mas sim que ele tivesse mamando no meu peito saúde dele eu faço de tudo pra tirar o leite levar pra ele com a esperança de que ele saia o mais breve possível	Dualidade de sentimento - C
14- Úrsula- <u>Eu gosto de retirar o leite</u> , assim...em casa não muito porque é dolorido mas aqui, por ser mais fácil, eu gosto <u>porque é bom pra repor o Banco de leite</u> também por ela estar utilizando o de lá , por enquanto que ela não sabe sugar direito então é bom tá repondo né prá não faltar	Gosta de tirar o leite - A
15- Lucia- <u>Que ele podia tá mamando no peito em casa seria mais fácil, seria melhor...</u>	Gostaria que o bebê mamasse nela - B
16- Cecília- <u>Eu fico feliz porque é pro meu filho e pros outros bebês</u> então eu fico feliz, então era bom	Gosta - A
17- Bárbara- Ah <u>um sentimento bão que eu to tirando pra num deixar secar o leite pra eu poder amamentar mais né</u>	Gosta - A
18- Josefa- <u>Eu me sinto feliz porque eu vou tá sustentando meu filho</u> que depende de mim depende desse leite prá sobreviver não desse leite mas o meu é mais importante sinto bem feliz em saber que tem algo ali que depende de mim pra sobreviver , pra comer pra poder se alimentar	Gosta - A
19- Cristina- Eu penso que meu bebe <input type="checkbox"/> a precisando do meu leite né, então to sempre tirando porque <u>eu sei que meu bebe tá precisando</u> ela não <input type="checkbox"/> a sugando no peito mas ela ta tomando pela sondinha ,mas ela <input type="checkbox"/> a se alimentando com o meu leite	Que o bebe precisa do leite -

A- Acha bom retirar o leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Madalena- <u>É gostoso, dá aquela sensação que você está amamentando, quanto mais eu tiro, mais eu quero tirar.</u></p> <p>Rita de Cássia- <u>Eu sentia bom né?</u></p> <p>Tereza- <u>Ah, é...é uma sensação tão gostosa que não tem como explicar</u></p> <p>Catarina- <u>eu sei o quanto é importante cada gota que aumenta né</u></p> <p>Eulália- <u>eu penso assim que o leite que eu to tirando é para uma boa causa, coisa boa porque a gente tem que tirar o leite pra expressar uma coisa boa</u></p> <p>Eudóxia- <u>Ah... eu acho que vai fazer muito bem pra ele</u></p> <p>Gertrudes- <u>Ah... um sentimento bom né ...sei lá um sentimento gostoso né o fato de ser mãe de ter leite pra poder dar pro meu nenê é ótimo né</u></p> <p>Mônica- <u>com a esperança de que ele saía o mais breve possível</u></p> <p>Úrsula- <u>Eu gosto de retirar o leite porque é bom pra repor o Banco de leite também</u></p> <p>Cecília- <u>Eu fico feliz porque é pro meu filho e pros outros bebes</u></p> <p>Bárbara- <u>Um sentimento bão que eu to tirando pra num deixar secar o leite</u></p> <p>Josefa- <u>Eu me sinto feliz porque eu vou tá sustentando meu filho</u></p>	<p><i>É gostoso, dá aquela sensação que você está amamentando, quanto mais eu tiro, mais eu quero tirar...eu penso assim que o leite que eu to tirando é para uma boa causa, coisa boa porque a gente tem que tirar o leite pra expressar uma coisa boa...um sentimento bão que eu to tirando pra num deixar secar o leite.... fico feliz porque é pro meu filho e pros outros bebes, eu gosto de retirar o leite porque é bom pra repor o Banco de leite também, eu sei o quanto é importante cada gota que aumenta né... eu acho que vai fazer muito bem pra ele... é uma sensação tão gostosa que não tem como explicar... Ah, um sentimento bom né ...sei lá um sentimento gostoso o fato de ser mãe, de ter leite pra poder dar pro meu nenê...é ótimo né.... Eu me sinto feliz porque eu vou tá sustentando meu filho com a esperança de que ele saía o mais breve possível.</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 12 (69%) experimentam uma sensação gostosa ao retirar o leite.

B- Está ansiosa para amamentar o bebê no peito

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Edwirges- <u>eu penso no neném, puxa vida né, ele precisa do meu leite né, mas eu penso nele ...porque sentimento gostoso deve ser ele mamando direto no peito,... não tem muito sentimento</u></p> <p>Maria- <u>Eu imagino que ele vai beber o leite que logo logo eu não vou precisar tá tirando...dando diretamente pra ele né porque eu to ansiosa não vejo a hora de ele vim mamar em mim</u></p> <p>Lucia- <u>Que ele podia tá mamando no peito em casa seria mais fácil, seria melhor</u></p>	<p><i>Eu imagino que ele vai beber o leite, que logo logo eu não vou precisar tá tirando...dando diretamente pra ele né porque eu to ansiosa não vejo a hora de ele vim mamar em mim...que ele podia tá mamando no peito em casa seria mais fácil, seria melhor... eu penso no neném, puxa vida né, ele precisa do meu leite né, mas eu penso nele ...porque sentimento gostoso deve ser ele mamando direto no peito,... não tem muito sentimento...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) estão ansiosas para amamentar o bebe no peito.

C- Experimenta uma dualidade de sentimentos

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Ana- <u>Ah.. assim... meio termo ce fica um pouco feliz um pouco triste eu fico feliz por ter leite e tá tirando prá ele né, mas eu fico triste porque eu queria que ele tivesse mamando no meu peito</u>	<i>Ah.. assim... meio termo cê fica um pouco feliz um pouco triste eu fico feliz por ter leite e tá tirando prá ele né , mas eu fico triste porque eu queria que ele tivesse mamando no meu peito</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) experimenta uma dualidade de sentimentos ao retirar o leite.

D- Cobra-se quanto à quantidade de leite retirada

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Bernadete- <u>Quando eu tiro pouco fico meio brava devia encher mais o vidro.</u> Cristina- <u>Eu penso que meu bebe tá precisando do meu leite né, sei que meu bebe ta precisando</u>	<i>... quando eu tiro pouco fico meio brava devia encher mais o vidro...eu penso que meu bebe tá precisando do meu leite né, sei que meu bebe ta precisando</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 2 (5%) se cobra quanto à quantidade de leite retirada.

E- Não gosta de tirar o leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Luiza- <u>Eu acho desagradável</u>	<i>Eu acho desagradável...</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) não se sente bem tirando o leite.

F- Pensa que o bebe precisa do leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Cristina- <u>penso que meu bebe tá precisando do meu leite né, sei que meu bebe ta precisando</u>	<i>Penso que meu bebe tá precisando do meu leite né, sei que meu bebe ta precisando...</i>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) pensa que seu bebe está precisando do leite enquanto ordenha as mamas.

Questão 9- Como sua família participa no processo de retirada de leite e para conseguir produzir leite?

Expressões Chaves (ECH) - IAD 1	Idéias Centrais
1- Madalena- Só meu esposo, (1ª ideia) <u>minha família não tem muita participação</u> , (2ª ideia) <u>mas meu esposo me ajuda. Ele ajuda massageando</u> , sabe? Conforme vai tirando, as vezes tá muito cheio daí cê massageia daí sai mais rápido, melhor né? Ele ajuda, sim.	A família não participou - D O esposo dá ajuda pratica - A
2- Rita de Cássia- (1ª ideia) <u>Minha mãe e meu marido me apoiô</u> . (2ª ideia) <u>Ele ajudava a tirar em casa, minha mãe ficava pondo na minha cabeça pra mim tirar e ir no Banco de leite todo dia</u> e ele também que senão ia secar depois não ia Ter, eles que me ajudaram.	O marido ajuda - A Apoio da família - B
3- Edwirges- <u>Só o pai do neném</u> , (2ª ideia) <u>minha família mora longe daqui Ah, ele fica me incentivando, que é bonito....</u>	O marido Incentiva - A A família não participou - D
4- Luiza- <u>Eles ajudam.....</u>	A família ajuda - B
5- Bernadete- (1ª ideia) <u>Meu marido gosta que eu tire as vezes pergunta se eu tirei</u> , eu peço pra ele ferver os vidrinho ele vai e ferve pra mim tirar, <u>ele me apóia minha mãe também</u>	O marido ajuda - A A família incentiva - B
6- Tereza- (1ª ideia) <u>Meu marido me incentiva muito</u> , (2ª ideia) <u>minha família, graças a Deus tenho uma família muito unida</u> , muito unida, então <u>tudo o que eu faço eles tão ali do lado me ajudando me incentivando</u> me dando força me ensinando como que é porque mãe de primeira viagem não é fácil, até minha sogra que já tem mais, assim, eu não moro com os meus pais (2ª ideia) <u>eu moro com a minha sogra, então ela tem mais prática</u> ela já teve 7, 8 filhos né então pra mim é mais fácil porque ela me dá uma dica, eu cheguei em casa eu não sabia como tirar, eu não sabia como mexer na maquininha, eu não sabia movimentar a maquininha, então foi.... ela me incentivou me ajudando e foi muito mais fácil, uma pessoa de idade sabe, do seu lado te ajudando , então isso é muito bom, muito bom mesmo.	(1ª ideia) - O marido incentiva - A (2ª ideia) - a família ajuda - B
7- Maria- <u>Meu esposo ele cobra” já tá na hora de você tirar o leite”, cê já tirou? Ce vai leva o leite pra ele hoje? Né</u>	O marido participa cobra - A
8- Catarina- <u>Ah, é uma coisa assim que é mais comigo mesmo</u> , é uma conscientização mais <u>minha minha mãe ela</u> , é tudo o que eu to precisando agora, né e tá me ajudando mais assim <u>de leite ela não tem uma conscientização muito grande porque ela não chegou a amamentar e ela acha que pode ser substituído</u> , mas ...enfim né pelo que a gente vê lê estuda , eu fiz o curso de gestante também já tava tendo uma consciência grande né	Não tem ajuda - C
9- Eulália- <u>Olha o meu marido sempre foi muito a favor de tá amamentando né</u> , inclusive ele fala faça tudo que você puder se não puder não fazer nada pra produzir leite , não faça nada mas produza leite que eu quero que ela amamente até 1 ano né, <u>então a compreensão dele a ajuda dele é muito importante</u>	O marido ajuda - A

10- Eudoxia- (1ª idéia) <u>Meu marido me ajuda Ah , ele fala pra mim me acalmar que eu fico muito nervosa também né e o nervoso dizem que o leite ...some Ah, fica me incentivando pra mim fica calma pra não ficar nervosa pra que meu leite volte mas não...</u>	Marido ajuda - A
11- Gertrudes- Minha mãe...(1ª idéia) <u>minha mãe fica no meu pé: “ é hora de tirar Nessa, é hora de tirar vamo tirar o leite do Nicolas aí ela pega todas as coisas pra mim a mascara a toquinha e me ajuda</u>	a mãe cobra e ajuda - B
12- Monica- Ah...na hora que eu to tirando eles ficam em cima , olhando só né , ficam só olhando ...acha interessante aquele leite espirrar , sair na bombinha , encher um vidro, eles ficam elogiando que tem bastante leite e isto motiva, quanto mais eu tiro mais quero tirar né	Incentivo da família - B
13- Ana- Ah...(1ª idéia) <u>do meu marido , entendeu?? E da minha mãe da minha sogra elas também me incentiva, sabe, eu tirar as vezes (2ª idéia)quando eu choro e fico nervosa elas falam “ Não.. fica nervosa que diminui a produção vai.. cê vai conseguir já já ele vai tá mamando, meu marido também ajuda , então é isso</u>	(1ª idéia) - marido ajuda - A (2ª idéia) - a família incentiva e acalma - B
14- Úrsula- Minha família não... <u>só meu marido me ajuda que fica junto comigo as vezes fica segurando o copinho, ajuda fazer massagem, ele ajuda bem</u>	O marido ajuda - A
15- Lucia- <u>Minhas filhas me ajudam quando eu to tirando, não sai de perto de mim segurando o copo, ajudando em uma parte ajudando em outra,(2ª idéia) meu esposo também, qualquer um deles me ajudam</u>	A família participa - B O marido ajuda - A
16- Cecília- <u>Ninguém me ajudou em nada, ninguém eu que me virei sozinha, eu que fui aprendendo, ninguém me ajudou</u>	Não teve ajuda - C
17- Bárbara- <u>Ninguém me ajuda , meu marido trabalha e meus filhos vão pra escola</u>	Não teve ajuda - C
18- Josefa- <u>Não, eu retiro sozinha mesmo, não peço ajuda não...</u>	Não teve ajuda - C
19- Cristina- O (1ª idéia) <u>meu marido tá sempre falando “cê não vai tirar leite”?</u> Sempre me lembrando pra mim tirar, (2ª idéia) <u>mas eu mesmo que tiro sozinha no quarto, queta lá eu que tiro sozinha.</u>	(1ª idéia) - O marido incentiva - A (2ª idéia) - Não tem ajuda na retirada - C

A- O marido ajuda e incentiva

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Madalena- <u>meu esposo me ajuda. Ele ajuda massageando.</u>	<i>Meu esposo me ajuda. Ele ajuda massageando, ele ajuda a tirar em casa... gosta que eu tire às vezes pergunta se eu tirei peço pra ele ferver os vidrinho ele vai e ferve pra mim tirar, me incentiva muito ... ele cobra” já tá na hora de você tirar o leite”, cê já tirou? Ce vai leva o leite pra ele hoje? meu marido sempre foi muito a favor de tá amamentando né, então a compreensão dele a ajuda dele é muito importante... ele fala pra mim me acalmar</i>
Rita de Cássia- <u>Ele ajuda a tirar em casa</u>	
Edwirges- <u>Só o pai do neném, ele fica me incentivando, que é bonito....</u>	
Bernadete- <u>Meu marido gosta que eu tire as vezes pergunta se eu tirei peço pra ele ferver os vidrinho ele vai e ferve pra mim tirar</u>	
Tereza- <u>Meu marido me incentiva muito</u>	
Maria- <u>Meu esposo ele cobra” já tá na hora de você tirar o leite”, cê já tirou? Ce vai leva o leite pra ele hoje? Né</u>	

<p>Eulália- <u>Olha o meu marido sempre foi muito a favor de tá amamentando né, então a compreensão dele a ajuda dele é muito importante</u></p> <p>Eudóxia- <u>Meu marido me ajuda Ah , ele fala pra mim me acalmar que eu fico muito nervosa, fica me incentivando pra mim fica calma</u></p> <p>Ana- <u>Ah... do meu marido</u></p> <p>Úrsula- <u>meu marido me ajuda que fica junto comigo as vezes fica segurando o copinho, ajuda fazer massagem, ele ajuda bem</u></p> <p>Lucia- meu esposo</p> <p>Cristina- <u>meu marido tá sempre falando “cê não vai tirar leite”? Sempre me lembrando pra mim tirar</u></p>	<p><i>que eu fico muito nervosa, fica me incentivando pra mim ficá calma... me ajuda, fica junto comigo as vezes fica segurando o copinho, ajuda fazer massagem, ele ajuda bem..._tá sempre falando “cê não vai tirar leite”? Sempre me lembrando pra mim tirar...</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 12 (63%) tem o marido com o principal incentivar e ajudante na retirada do leite em casa.

B- Recebe ajuda da família

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Rita de Cássia- <u>Minha mãe e meu marido me apóia, minha mãe ficava pondo na minha cabeça pra mim tirar e ir no Banco de leite todo dia ,eles que me ajudaram.</u></p> <p>Luiza- <u>Eles ajudam...</u></p> <p>Bernadete- <u>ele me apóia minha mãe também</u></p> <p>Tereza- <u>eu moro com a minha sogra, então ela tem mais prática, eu não sabia como tirar, eu não sabia como mexer na maquininha, eu não sabia movimentar a maquininha, então foi.... ela me incentivou me ajudando e foi muito mais fácil.</u></p> <p>Gertrudes- <u>... minha mãe fica no meu pé: “ é hora de tirar aí ela pega todas as coisas pra mim a mascara a toquinha e me ajuda</u></p> <p>Monica- <u>eles ficam elogiando que tem bastante leite e isto motiva, quanto mais eu tiro mais quero tirar né</u></p> <p>Ana- <u>da minha mãe da minha sogra elas também me incentiva,quando eu choro e fico nervosa elas falam “ Não.. fica nervosa que diminui a produção</u></p> <p>Lucia- <u>Minhas filhas me ajudam quando eu to tirando, não sai de perto de mim segurando o copo, ajudando</u></p>	<p><i>Eles ajudam...Minha mãe e meu marido me apoia, minha mãe fica pondo na minha cabeça pra mim tirar e ir no Banco de leite todo dia ,eles me ajudam... ele me apóia minha mãe também, _eu moro com a minha sogra, então ela tem mais prática, eu não sabia como tirar, eu não sabia como mexer na maquininha, eu não sabia movimentar a maquininha, então ela me incentivou me ajudando e foi muito mais fácil...minhas filhas me ajudam quando eu to tirando, não sai de perto de mim segurando o copo, ajudando..., eles ficam elogiando que tem bastante leite e isto motiva, quanto mais eu tiro mais quero tirar né..._minha mãe fica no meu pé: “ é hora de tirar aí ela pega todas as coisas pra mim a mascara a toquinha e me ajuda ... minha mãe , minha sogra elas também me incentiva,quando eu choro e fico nervosa elas falam “ Não fica nervosa que diminui a produção...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 8 (42%) tem o incentivo da família e ajuda na retirada do leite em casa.

C- Não tem ajuda na retirada do leite

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Catarina- Ah, é uma coisa assim que é mais comigo mesmo, é uma conscientização mais minha</p> <p>Cecília- Ninguém me ajudou em nada, ninguém eu que me virei sozinha,</p> <p>Bárbara- Ninguém me ajuda</p>	<p><i>Minha família mora longe daqui... não tem muita participação ,eu mesmo que tiro sozinha no quarto, queta lá eu que tiro sozinha...ninguém me ajudou em nada, ninguém, eu que me virei sozinha... Ah, é uma</i></p>

<p>Josefa- Não, eu retiro sozinha mesmo, não peço ajuda não...</p> <p>Cristina- eu mesmo que tiro sozinha no quarto, queta lá eu que tiro sozinha.</p> <p>Madalena- minha família não tem muita participação.</p> <p>Edwirges- minha família mora longe daqui</p>	<p><i>coisa assim que é mais comigo mesmo , é uma conscientização mais minha, eu retiro sozinha mesmo, não peço ajuda não...</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 7 (36%) não recebem ajuda para a retirada do leite em casa.

Questão 10- As informações que você recebeu dos profissionais do Banco de Leite foram suficientes para dar conta de retirar o leite e manter a produção?

Expressões Chaves (ECH) - IAD 1	Idéias Centrais
1- Madalena- Foi sim, <u>foi sim, foi aqui que eu aprendi tudo, nunca nem tinha ouvido falar né do Banco de leite</u> , depois que eu ganhei nenê aprendi tudo e tem dado resultado. Aprendi tudo aqui, nem tinha ouvido falar, aprendi tudo aqui e tem dado certo.	Foram suficientes - A
2- Rita de Cássia- Eles me explicaram tudo certinho. <u>Eles que me explicaram tudo certinho porque eu não sabia.</u>	Deram explicação - A
3- Edwirges- <u>As meninas me orientaram direitinho</u> desde aqui no hospital porque eu fiquei internada uma semana e aqui eu já comecei, elas me davam a maquininha da LILO, a bombinha aqui do Banco de Leite	Orientaram - A
4- Luiza- <u>Não eu acho que não</u> Daí eu não sei, porque eu não entendo do negócio de leite, mas <u>eu acho que não foi o suficiente</u>	Não foi suficiente - B
5- Bernadete- Não, foi, <u>tudo o que elas falaram, tinha coisa que eu também não sabia elas explicaram bem</u> e eu não precisei de lá.	Orientaram - A
6- Tereza- Não, não, <u>pra mim foi mais que suficiente, foi muito ótimo</u> , muito bom mesmo, eu não conseguia assim por termos de meu filho ser prematuro e o meu peito, eu fiquei muitos dias com muita dor na cesárea, eu fiquei também na UTI então eu não tirei nos primeiros dias, o leite, na verdade não desceu nos primeiro dia, no segundo e terceiro, eu fiquei na UTI e não tinha como eu tá tirando o leite	Orientaram - A
7- Maria- <u>Eu fui bem orientada por elas</u> , coisas que eu não sabia da minha primeira menina, desse eu já sei né <u>então tem certas coisas que elas me explicaram muito bem.</u>	Orientada - A
8- Catarina- Com certeza, <u>se elês tivessem me dito</u> “ Olha Sandra você tira, <u>procura tirar o seu leite de 3/3 horas, dar ênfase a isto né mesmo porque seu filho pode ficar sem o leite, a gente pode até estar colocando um NAN pra ele porque a gente não tem leite suficiente aqui, aí com certeza eu teria me preocupado mais</u> , eu não falei né, <u>houve a falha deles e eu falhei também em me acomodar com isso</u>	A orientação não foi suficiente - B
9- Eulália- Foi. Não, pra quem não tinha nada , <u>pra mim já foi suficiente</u>	Orientada - A
10-Eudóxia- Não... foi , <u>foi suficiente as informações deles</u> aí... mesmo puxando não vinha o leite... não tinha jeito	Orientada - A

11- Gertrudes- <u>No começo eu fiquei confusa né fiquei meio assim... e agora?? Mas depois o tempo foi passando e hoje eu tenho todas as informação.</u>	Orientada - A
12- Mônica- <u>Bom... eu acho que pra mim foi suficiente o que elas me explicaram, me ajudou bastante, outra coisa que eu não sabia ...sobre esterilização, do vidro, do congelamento, isso eu não sabia...Muita coisa me ajudou sim..Então pra mim foi suficiente.</u>	Orientada - A
13- Ana- <u>Não... foi suficiente porque elas me explicaram e todas as minhas dúvidas eu pergunto pra elas ...elas me explicaram super bem foi excelente pra mim porque eu consegui produzir mais leite</u>	Orientada - A
14- Úrsula- <u>Foram, foram sim, até agora não tem falhado não, tá tudo legal</u>	Foi suficiente - A
15- Lucia- <u>Foi boa as mocinhas de lá foi muito boa me ajudou no instantinho começou a sair, meu peito tava muito empedrado, no instantinho...elas que me ajudou</u>	Foi boa - A
16- Cecília- <u>Foi, foi bom, explicaram como era pra tirar o leite , como usava a máscara , a toca, aonde que era pra tirar, num lugar limpo...pra num cair as coisas dentro do leite</u>	Foi bom - A
17- Bárbara- <u>Não, foi suficiente...</u>	Foi suficiente - A
18- Josefa- <u>Foram bem claras</u>	
19- Cristina- <u>Sim eles deram uma dicas todas as dicas que precisava, dúvidas todas as meninas aqui resolveram, eu perguntava e as meninas respondiam claramente</u>	Foi suficiente - A

A- Acha que as orientações do BLH foram suficientes

Expressões chaves - IAD 2	DSC
Madalena- <u>foi sim, foi aqui que eu aprendi tudo, nunca nem tinha ouvido falar né do Banco de leite</u> Cecília- <u>Eles que me explicaram tudo certinho porque eu não sabia.</u> Edwirges- <u>As meninas me orientaram direitinho</u> Bernadete- <u>tudo o que elas falaram, tinha coisa que eu também não sabia elas explicaram bem</u> Tereza- <u>pra mim foi mais que suficiente, foi muito ótimo</u> Maria- <u>Eu fui bem orientada por elas, então tem certas coisas que elas me explicaram muito bem.</u> Eulália- <u>pra mim já foi suficiente</u> Eudóxia- <u>foi suficiente as informações delas</u> Gertrudes- <u>No começo eu fiquei confusa hoje eu tenho todas as informação.</u> Mônica- <u>eu acho que pra mim foi suficiente o que elas me explicaram, me ajudou bastante, me ajudou bastante</u> Ana- <u>foi suficiente porque elas me explicaram e todas as minhas dúvidas eu pergunto pra elas ...elas me explicaram super bem foi excelente pra mim porque eu consegui produzir mais leite</u> Úrsula- <u>foram sim, até agora não tem falhado não</u> Lucia- <u>Foi boa as mocinhas de lá foi muito boa me ajudou no instantinho começou a sair...</u> Cecília- <u>foi bom, explicaram como era pra tirar o leite,</u>	<i>No começo eu fiquei confusa hoje eu tenho todas as informação....foi aqui que eu aprendi tudo, nunca nem tinha ouvido falar do Banco de leite... tudo o que elas falaram, tinha coisa que eu também não sabia elas explicaram bem, pra mim foi mais que suficiente, foi muito ótimo. As meninas me orientaram direitinho... Eu fui bem orientada por elas, as mocinhas de lá foi muito boa me ajudou no instantinho começou a sair... então tem certas coisas que elas me explicaram muito bem... até agora não tem falhado não, pra mim já foi suficiente..... explicaram como era pra tirar o leite , como usava a máscara , a toca, aonde que era pra tirar ...elas me explicaram e todas as minhas dúvidas eu pergunto pra elas ...eles deram as dicas que precisava , dúvidas todas as meninas aqui resolveram... excelente pra mim porque eu consigo produzir mais leite, me ajudou bastante... foi suficiente as informações delas.... Foram bem claras.</i>

<p>como usava a máscara , a toca, aonde que era prá tirar</p> <p>Bárbara- foi suficiente...</p> <p>Josefa- Foram bem claras</p> <p>Cristina- Sim eles deram uma dicas todas as dicas que precisava , dúvidas todas as meninas aqui resolveram.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 17 (89,4%) acham que as orientações recebidas no Banco de leite foram suficientes para capacita-las a ordenhar as mamas.

B- Acha que as informações não foram suficientes

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Luzia- Não, eu acho que não ,eu acho que não foi o suficiente</p> <p>Catarina- se elês tivessem me dito, procura tirar o seu leite de 3/3 horas, dar ênfase a isto né mesmo porque seu filho pode ficar sem o leite, porque a gente não tem leite suficiente aqui, aí com certeza eu teria me preocupado mais houve a falha deles e eu falhei também em me acomodar com isso</p>	<p><i>Não, eu acho que não, eu acho que não foi o suficiente....se eles tivessem me dito “ procura tirar o seu leite de 3/3 horas” dar ênfase a isto né mesmo porque seu filho pode ficar sem o leite, porque a gente não tem leite suficiente aqui, aí com certeza eu teria me preocupado mais , houve a falha deles e eu falhei também em me acomodar com isso...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 02 (10%) acham que as orientações recebidas no Banco de leite não foram suficientes para capacita-las a ordenhar as mamas.

Questão 11- Como você acha que pode participar no processo de recuperação do seu bebê?

Expressões Chaves (ECH) - IAD1	Idéias Centrais
1- Madalena- <u>Vindo aqui ver ele...amamentando</u>	Estando presente e amamentando - A
2- Rita de Cássia- <u>Ah não sei...acho que ficar perto dele né</u>	Estar presente
3- Edwirges- <u>A única coisa que eu posso fazer é vir aqui fazer com que ele sinta a minha presença, que eu quero que ele vá pra casa logo, sabe, passar força para o neném, porque ele sente a presença da mãe, muitas vezes o médico me falou que ele fica bem agitado quando eu estou presente, ele é mais calmo quando eu não to, as vezes eu desço para vir no Banco de leite , é só eu sair de lá ele fica calmo, eu tando perto dele ele fica agitado, Eu não sei o porque...</u>	Estando presente e amamentando - A
4- Luzia- <u>Fazer canguru né que é muito bom, amamentar, estar por perto né</u>	Estar presente e amamentando - A
5- Bernadete- <u>Vir aqui ficar perto dele, tirar o leite...acho que é isto.</u>	Estando presente e amamentando - A
6- Tereza- <u>Eu acho que sim, eu acho que se o pai e a mãe não incentivar não tá ali pra ajudar então, eles não pode atrapalhar, eu acho que nem a gente vem, a gente chegou com aquela expectativa todinha quiria abrir quiria passar a mão aí o médico chegou conversou com a gente, explicou, foi uma coisa muito bom, porque eles passando pra gente, a gente tá ali também , lógico que a gente tá querendo o filho da gente, a gente que mais tirar dali e levar nosso filho embora, é tudo o que a gente sonha, então se a gente vê que</u>	Fazendo os procedimentos corretos - E

alguma coisa, você cai em pensamento que se a gente vai fazer alguma coisa pra prejudicar, tem que para por a mão na consciência, ver que a gente tá não só atrapalhando, a gente não tá ajudando, a gente tá atrapalhando, além da gente <u>fazer o esforço de não tá ali tossindo em cima, pondo a mão suja lá, tem que lavar as mãos, se tem que lavar as mãos, vamos lavar as mãos, vamos secar, vamos fazer o correto, e se a gente não tá ali pra fazer isso então a gente não atrapalha</u> , eu no meu caso eu peço muito a Deus, Ele tem me incentivado muito	
7- Maria- Eu venho, a psicóloga fala que eu tenho que conversar com ele, procurar passar toda segurança pra ele mostrar que tem alguém por ele, então <u>sempre todo dia eu venho converso bastante com ele e isso tá ajudando.</u>	Conversando com o bebê - D
8- Catarina- Não, com certeza <u>a participação é a presença né tá havendo essa troca né observando quanto mais observo eu conheço mais ele também né há essa reciprocidade e dessa forma eu tenho certeza que ele vai se recuperar mais rápido.</u>	Estando presente - A
9- Eulália- Olha não sei eu acho que uma mão é capaz de tudo, <u>tudo que a gente puder fazer pra ajudar a recuperar um filho a gente faz.</u>	Fazer de tudo - B
10- Eudóxia- <u>Dar muito amor pra ele.</u>	
11- Gertrudes- Eu acho que só o carinho, o amor que eu tenho que dar pra ele os cuidados por ele ser prematuro e o meu leite né	Dando amor e carinho - C
12- Mônica- Eu posso sim, na medida que os médicos for precisando, <u>tudo o que ele precisa tudo o que me pedi, eu faço o possível pra ajudar</u>	Fazer de tudo - B
13- Ana- Ah...foi igual o médico me disse ...que eu tenho que estar do lado dele tá conversando com ele tá pegando nele pra ele sentir meu calor, pra ele sentir que eu to com ele, então eu acho... eu posso até não ajudar assim mexer porque eu não entendo mas <u>eu posso tá ali dando o meu carinho dando meu afeto pra ele eu acho que isso é o mais importante pra criança sabe que tem uma pessoa que ama ele aqui fora.</u>	Dando amor e carinho - C
14- Úrsula- Eu acho que é importante na recuperação dela é principalmente eu tando junto com ela mesmo ela bebendo o leitinho pela sonda mas sempre tá ali estimulando ela no bico do seio prá tá pegando ...eu acho que não só eu mas meu marido também ..tá junto com ela vai bem na recuperação dela, <u>dando carinho pra ela</u>	Estar presente e amamentando - A Marido também deve estar presente - E
15- Lucia- <u>O que eu puder fazer pra recuperar...eu to fazendo</u>	Fazer de tudo - B
16- Cecília- <u>Fazendo mãe canguru, tirando o leite</u>	Estando presente - A
17- Bárbara- <u>Amamentar ele bastante né</u>	Amamentar - A
18- Josefa- <u>Tando aqui, tando o tempo que eu posso dando bastante atenção pra ele passando meu calor prá ele pra ele ir reagindo bem né pra ele sentir que eu to aqui...</u>	Estando presente - B
19- Cristina- Ah, <u>eu fico com ela todo tempo porque, como eu já disse eu tenho mais dois filhos né então maior tempo que eu tenho eu fico com ela né, faço mamãe canguru, e fico com ela o tempo máximo que eu posso eu fico com ela</u>	Estando presente - A

A- Acha que pode ajudar estando presente, amamentando, tirando o leite fazendo canguru.

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Madalena- <u>Vindo aqui ver ele...amamentando</u></p> <p>Rita de Cássia- <u>acho que ficar perto dele né</u></p> <p>Edwirges-... <u>vir aqui fazer com que ele sinta a minha presença, que eu quero que ele vá pra casa logo, sabe, passar força para o neném</u></p> <p>Luzia- <u>Fazer canguru né que é muito bom, amamentar, estar por perto</u></p> <p>Bernadete- <u>Vir aqui ficar perto dele, tirar o leite.</u></p> <p>Catarina- <u>a participação é a presença né ,tá havendo essa troca né observando quanto mais observo eu conheço mais ele também</u></p> <p>Úrsula- <u>principalmente eu tando junto com ela mesmo ela bebendo o leitinho pela sonda mas sempre tá ali estimulando ela no bico do seio prá tá pegando ...</u></p> <p>Cecília- <u>Fazendo mãe canguru, tirando o leite</u></p> <p>Bárbara- <u>Amamentar ele bastante né</u></p> <p>Josefa- <u>Tando aqui, tando o tempo que eu posso dando bastante atenção pra ele passando meu calor prá ele pra ele ir reagindo bem né pra ele sentir que eu to aqui</u></p> <p>Cristina- <u>eu fico com ela todo tempo , então maior tempo que eu tenho eu fico com ela né, faço mamãe canguru, e fico com ela o tempo máximo que eu posso eu fico com ela</u></p>	<p><i>A participação é a presença né.... acho que ficar perto dele ... tá havendo essa troca né observando, quanto mais observo eu conheço mais ele também..., vir aqui fazer com que ele sinta a minha presença, que eu quero que ele vá pra casa logo, sabe, passar força para o neném,fazer canguru né que é muito bom, amamentar, estar por perto... ficar perto dele, tirar o leite..eu tando junto com ele mesmo ele bebendo o leitinho pela sonda mas sempre tá ali estimulando ele no bico do seio prá tá pegando ... tando o tempo que eu posso dando bastante atenção pra ele passando meu calor prá ele pra ele ir reagindo bem né pra ele sentir que eu to aqui_eu fico com ele, todo tempo , então maior tempo que eu tenho eu fico com ele né, faço mamãe canguru, e fico com ele o tempo máximo que eu posso eu fico com ele</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 11 (58%) acham que podem ajudar na recuperação do bebe estando por perto, fazendo o método Canguru, retirando o leite e estimulando a amamentação no peito.

A- Acha que deve fazer de tudo

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Eulália- <u>tudo que a gente puder fazer pra ajudar a recuperar um filho a gente faz .</u></p> <p>Mônica- <u>tudo o que ele precisa tudo o que me pedi, eu faço o possível pra ajudar</u></p> <p>Lucia- <u>O que eu puder fazer pra recuperar...eu to fazendo</u></p>	<p><i>Tudo o que ele precisa, tudo o que me pedi, eu faço o possível pra ajudar... tudo que a gente puder fazer pra ajudar a recuperar um filho a gente faz ...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 3 (16%) acham que devem fazer de tudo para ajudar na recuperação do se bebê.

B- Acha que deve dar amor e carinho

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Gertrudes- <u>Eu acho que só o carinho, o amor que eu tenho que dar pra ele os cuidados por ele ser prematuro e o meu leite né</u></p> <p>Ana- <u>eu posso tá ali dando o meu carinho dando meu afeto pra ele eu acho que isso é o mais importante pra criança sabe que tem uma pessoa que ama ele aqui fora .</u></p>	<p><i>Eu acho que só o carinho, o amor que eu tenho que dar pra ele, os cuidados por ele ser prematuro e o meu leite né... eu posso tá ali dando o meu carinho dando meu afeto pra ele eu acho que isso é o mais importante pra criança , sabê que tem uma pessoa que ama ele aqui fora ...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 2 (10%) acham que devem dar amor e carinho ao bebê para ajudar em sua recuperação.

A- Acha que deve conversar com o bebê

Expressões chaves - IAD2	DSC
<p>Maria- <u>Eu venho, conversar com ele , procurar passar toda segurança pra ele mostrar que tem alguém por ele, então sempre todo dia eu venho converso bastante com ele e isso tá ajudando</u></p>	<p><i>Eu venho, conversar com ele , procurar passar toda segurança pra ele mostrar que tem alguém por ele, então sempre todo dia eu venho converso bastante com ele e isso tá ajudando</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) acha que deve conversar com o bebê para ajudar em sua recuperação.

A- Acha que vai ajudar fazendo os procedimentos corretos

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Tereza- <u>fazer o esforço de não tá ali tossindo em cima, pondo a mão suja lá, tem que lavar as mãos, se tem que lavar as mãos , vamos lavar as mãos, vamos secar, vamos fazer o correto, e se a gente não tá ali pra fazer isso então a gente não atrapalha,</u></p>	<p><i>Fazer o esforço de não tá ali tossindo em cima, pondo a mão suja lá, tem que lavar as mãos, se tem que lavar as mãos, vamos lavar as mãos, vamos secar, vamos fazer o correto, e se a gente não tá ali pra fazer isso então a gente não atrapalha....</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) acha que pode ajudar na recuperação de seu bebê, fazendo os procedimentos corretos.

B- Acha que o marido também pode ajudar

Expressões chaves - IAD 2	DSC
<p>Úrsula- <u>...eu acho que não só eu mas meu marido também ..tá junto com ela vai bem na recuperação dela, dando carinho pra ela</u></p>	<p><i>...Eu acho que não só eu, mas meu marido também ..tá junto com ela vai bem na recuperação dela, dando carinho pra ela...</i></p>

OBS: Das 19 puérperas entrevistadas, 1 (5%) acha que a presença do marido também é importante na recuperação do bebê.