

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MELISSA DE AZEVEDO

Lactação: percepções das mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados

Porto Alegre

2006

MELISSA DE AZEVEDO

Lactação: percepções das mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados

Trabalho de Conclusão apresentado como forma de avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso - TCC II - do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Eliane N. Wagner Mendes

Porto Alegre

2006

AGRADECIMENTOS

A meus pais, pelo amor, carinho e atenção dedicados a mim desde sempre.

Às mães participantes deste estudo, que, mesmo num momento tão difícil de suas vidas, confiaram a mim seus depoimentos.

À minha orientadora, Prof^a Eliane N. Wagner Mendes, que, com paciência, cumplicidade e conhecimento, auxiliou-me na elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 A prematuridade e suas implicações	9
3.2 A Lactação	16
4 METODOLOGIA	27
4.1 Desenho do estudo.....	27
4.2 Local do estudo	28
4.3 Amostra	29
4.4 Coleta de dados.....	30
4.5 Análise dos dados	33
4.6 Aspectos Éticos	34
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	36
5.1 “Recebi alta e ele não!”	38
5.2 “ Acredito que é bem melhor o leite materno!”	47
5.3 “A gente fica lá mais de meia hora pra tirar um pouquinho!”	55
5.4 “É muita Informação!”	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A: Instrumento para a realização da Primeira Entrevista	88
APÊNDICE B: Instrumento para a Realização das Entrevistas Subseqüentes..	89
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
ANEXO: Parecer de Aprovação do Projeto do Trabalho de Conclusão	91

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso coletivo qualitativo realizado para identificar a percepção da manutenção da lactação para mães de recém-nascidos de pré-termo hospitalizados em um hospital universitário. Os dados, coletados mediante entrevistas semi-estruturadas e observações de sete mães, foram submetidos à análise temática de Minayo (1994), gerando quatro categorias: “Recebi alta e ele não!”, “Acredito que é bem melhor o leite materno!”, “A gente fica lá mais de meia hora pra tirar um pouquinho!” e “É muita informação!”. A manutenção da lactação constitui um processo complexo a ser aprendido por mães envolvidas com a prematuridade e a hospitalização de seu filho. O êxito na manutenção desse processo, ao longo da internação, depende da capacidade das mães em absorverem as orientações prestadas pela equipe de saúde e do entendimento sobre os fatores que interferem na sua continuidade, ao longo da internação.

Descritores: Neonatologia; Recém-nascidos prematuro; Lactação.

1 INTRODUÇÃO

Como acadêmica de enfermagem, participo semanalmente de uma atividade de extensão universitária conhecida como “Encontro Semanal com Pais de Bebês Prematuros”, desenvolvida em um hospital universitário, através da qual, por mais de dois semestres, tenho tido a oportunidade de conviver com as mães, tendo acesso a seus depoimentos. Durante os encontros, dentre os temas abordados, o mais solicitado pelas mães diz respeito ao leite materno e ao desejo de conseguir amamentar. Na maioria dos encontros, surgem tanto comentários sobre as experiências e dificuldades das mães para manter a lactação durante a hospitalização do filho, como dúvidas sobre conseguir ou não amamentar sem oferecer outro leite ao bebê quando estiverem em casa. Descobri, por meio de pesquisas relacionadas à atividade, que uma maior valorização da manutenção da lactação pode ter sido impulsionada por meio da campanha mundial “Hospital Amigo da Criança”, iniciada em 1991, que defende a promoção do aleitamento materno, atendendo a etapas predeterminadas (BRAZIL, 2001, p. 143).

Com base em estudos prévios sobre o tema, passei a acreditar que o leite materno é indicado como o mais apropriado, tanto para recém-nascidos de termo, quanto para recém-nascidos de pré-termo (RNPT), por conter nutrientes de fácil digestão e absorção (BORTOLOZO; TIBONI; CÂNDIDO, 2004; COSTA, 2002; SERRA; SCOCHI, 2004; WONG, 1999). Compreendi, a partir de outros autores, que a alimentação com leite materno é de suma importância porque favorece o crescimento e o desenvolvimento, especialmente do RNPT hospitalizado; promovendo também, segundo eles, as interações afetivas entre pais e recém-

nascidos que permanecem internados por longos períodos em unidades neonatais (FRAGA; PEDRO, 1999; ¹TAMEZ; SILVA, 2002).

Revisando o que se preconiza a respeito da lactação e da sua manutenção identifiquei que, para obterem sucesso nessa tarefa, as mães têm uma série de passos a cumprir para atingirem sua meta de alcançar o aleitamento materno exclusivo usando como recurso a manutenção da produção de leite (¹TAMEZ; SILVA, 2002; NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Percebi com isso que as mães, durante toda a hospitalização do RNPT e até o momento da alta hospitalar, precisam assumir esse compromisso como indispensável para a amamentação bem sucedida.

Com o passar do tempo, passei a comparar o que aprendi com os depoimentos das mães, ainda que a frequência das mesmas ao grupo fosse irregular, e pude então inferir que as dificuldades parecem se modificar à medida que se prolonga o tempo de internação da criança.

A dificuldade em obter recomendações que norteassem a ajuda às mães dos RNPT na tarefa de manter a lactação durante o período de hospitalização do filho, passou a representar uma inquietação e me levou a desenvolver esse estudo para a identificação da visão materna a respeito do tema.

2 OBJETIVO

Identificar a percepção das mães de recém-nascidos de pré-termo hospitalizados acerca da manutenção da lactação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada através de consulta a textos disponíveis em livros e revistas nacionais e internacionais e está sendo apresentada, para melhor compreensão do texto, dividida em dois tópicos: a prematuridade e suas implicações e a lactação.

3.1 A prematuridade e suas implicações

Os bebês, segundo a Organização Mundial da Saúde, são considerados de RNPT quando nascem com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascer. De acordo com a idade gestacional, eles podem ser divididos em limítrofes (até 37 semanas); moderados (de 31 a 36 semanas) e extremos (menos de 30 semanas) (SEGRE, 2002; GAÍVA; GOMES, 2003).

A prematuridade é uma das principais causas de internação neonatal, e é também responsável por altos índices de morbimortalidade nesse período (GAÍVA; GOMES, 2003). Além disso, quanto menor for a idade gestacional e o peso ao nascer, maior será o risco dos danos associados à má adaptação ao nascimento afetarem as funções orgânicas. Portanto, a preocupação com a saúde do RNPT classificado como moderado ou extremo é intensificada por ser ele o bebê com risco de apresentar morbimortalidade mais elevada (MARCÍAS *et al.*, 2001).

Assim, devido a sua vulnerabilidade, o RNPT necessita de cuidados diferenciados, permanecendo longos períodos em Unidades de Tratamento

Intensivos Neonatal (UTIN). Devido a essa situação, a separação do RNPT da família é um acontecimento previsível, o que prejudica a interação entre pais e filhos, podendo causar problemas no relacionamento futuro entre os mesmos (BRASIL, 2002; GAÍVA; GOMES, 2003; SCOCHI *et al.*, 2003; LATVA *et al.*, 2004).

O nascimento prematuro de um filho é uma situação difícil para toda a família, principalmente para a mãe, que, muitas vezes, sente-se culpada por não ter conseguido gerar uma criança a termo. Lana (2001) ressalta que, muitas vezes, a mãe acredita ter feito algo errado durante sua vida ou durante a gravidez que motivasse esse acontecimento.

Tal situação ocasiona uma mudança familiar grande, que gera estresse com o prolongamento da hospitalização do bebê em UTIN. E a falta de oportunidade da família e da mãe de interagir com o bebê prejudica o estabelecimento do apego e do vínculo (FRAGA; PEDRO, 1999; TAMEZ; SILVA, 2002; SERRA; SCOCHI, 2004; LATVA *et al.*, 2004).

Latva *et al.* (2004) ratificam as idéias dos autores acima e complementam, dizendo que, além da hospitalização, a condição médica do RNPT e o estresse dos pais, em virtude do ambiente da UTIN, também interferem no desenvolvimento precoce da interação entre o RNPT e os pais, o que pode gerar conflitos futuros no seu relacionamento.

O bebê imaginado durante a gestação sempre é diferente do bebê real, e essa diferença pode proporcionar aos pais uma frustração momentânea ou persistente (LANA, 2001). Scochi *et al.* (2004) ressaltam que, além dos sentimentos de culpa vivenciados pelos pais durante o processo de hospitalização do filho, os pais apresentam sentimentos de luto pela perda do bebê imaginário.

A destruição do bebê imaginado pode provocar nos pais sentimentos de desapontamento e medo da perda do filho, que serão vivenciados diariamente pelos pais, podendo persistir ao longo de toda a internação do bebê (GOMES *et al.*, 1997).

De acordo com Brazelton (1988), o desenvolvimento do apego estabelece-se a partir da vida intra-uterina; por isso, o autor considera fundamental o contato da mãe com seu bebê nos momentos iniciais da vida pós-natal.

Assim, o contato precoce também deve ser essencial para a formação do vínculo afetivo mãe-bebê, e sua privação pode modificar o processo de criação e fortalecimento do vínculo entre a mãe e o RNPT. Segundo Thomaz *et al.* (2005), ao estudar as relações afetivas entre mães de recém-nascidos a termo e de pré-termo, observou-se que a relação da mãe com o filho prematuro é muito mais difícil, quando comparada à relação da mãe com seu bebê a termo.

Convém também salientar que a presença dos pais, durante a hospitalização do RNPT, é muito importante para o crescimento e o desenvolvimento destes bebês, e que a ausência daqueles pode ocasionar problemas futuros. A esse respeito, Latva *et al.* (2004) realizaram um estudo na Finlândia, que avaliou a influência da frequência das visitas das mães de bebês prematuros à hospitalização no comportamento dessas crianças na idade escolar, entre 7 a 8 anos depois. Tal estudo confirmou que a falta de visitas das mães foi um fator maior para o risco de problemas no desenvolvimento psicológico, do que os fatores relacionados com a prematuridade. O mesmo estudo mostrou também que aquelas crianças que receberam visitas diárias de suas mães, tiveram menos problemas emocionais e comportamentais na idade escolar, do que aquelas que tiveram menos visitas durante a hospitalização.

A aproximação da mãe também pode ficar prejudicada quando os filhos prematuros estão em incubadoras na UTIN. Scochi *et al.* (2003) alertam para a frustração da mãe que não pode pegar seu filho ao colo para dar carinho. Esse sentimento, segundo os autores, pode ser potencializado pelo medo de ter que acariciar o bebê dentro da incubadora, sendo justificado pela fragilidade emocional e pela falta de autoconfiança em cuidar do filho.

Assim sendo, a inclusão da mãe e da família nos cuidados ao RNPT hospitalizado oportuniza a criação e o fortalecimento do vínculo (FRAGA; PEDRO, 1999; ¹TAMEZ, 2002); pois, segundo Brazelton (1988), somente através do contato diário, os pais irão conhecer e adquirir confiança para o cuidado do filho.

A manutenção da lactação é uma das maneiras preconizadas para reforçar a participação da mãe no cuidado do bebê hospitalizado, uma vez que a retirada do leite e o ato de amamentar constituem ações exclusivas e inerentes à mãe, que a fazem participar do cuidado e fortalecem o vínculo (GOMES *et al.*, 1997; ¹TAMEZ; SILVA, 2002; JÚNIOR; ROMUALDO, 2005).

A importância atribuída à manutenção da lactação e à amamentação parece ter iniciado em 1991, com a campanha mundial “Hospital Amigo da Criança”. Essa iniciativa defende a promoção do aleitamento materno através de orientações contidas nos chamados “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. A relevância da manutenção da lactação para a conquista do aleitamento materno bem-sucedido está contida no quinto passo, que preconiza “mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, ainda que vierem a ser separadas de seus filhos” (BRASIL, 2001, p. 143). A ordenha mamária substitui a sucção ao seio e é essencial que o recém-nascido receba somente o leite materno esgotado, evitando-

se, conseqüentemente, que o bebê, posteriormente, recuse o seio materno, por ter se acostumado com outro tipo de alimento (BRASIL, 2001).

O Método Canguru consiste, segundo Penalva e Schwartzman (2006), em colocar despido o RNPT que está estável, em posição vertical, sobre o peito da mãe ou do pai. Essa atividade traz vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, e é muito recomendada para proporcionar, no ambiente hospitalar, o fortalecimento do apego dos pais com o bebê e melhorar a produção do leite materno (ANDERSON, 1991; SCOCHI *et al.*, 2003; HILL *et al.*, 2005; PENALVA; SCHWARTZMAN, 2006).

Entre outras vantagens que o Método Canguru traz para o bebê são apontadas as seguintes: a melhor oxigenação tecidual, promovida pela posição; o ganho de peso corporal mais rápido; a diminuição dos períodos de choro e agitação, e a manutenção de períodos de alerta mais prolongados e interativos, sendo que tais vantagens costumam antecipar a alta hospitalar (ANDERSON, 1991; SCOCHI *et al.*, 2003; HILL *et al.*, 2005; PENALVA; SCHWARTZMAN, 2006).

Entre as vantagens do Método Canguru para as mães estão o aumento da produção de leite e do período de amamentação, atribuindo-se tal efeito a influência positiva do método no estado emocional e fisiológico da mãe (²TAMEZ; SILVA, 2002; SCOCHI *et al.*, 2003; JAVORSKI *et al.*, 2004; ANDRADE; GUEDES, 2005).

Penalva e Schwartzman (2006) complementam, dizendo que o Método Canguru, associado ao suporte da equipe de saúde, permite interações positivas com o bebê e melhora a autoconfiança e a habilidade dos pais em cuidar dos filhos.

De acordo com Hill, Aldag e Chatterton (1999), encontrou-se uma relação entre o aumento do volume de leite produzido ou a produção láctea mais estável em mães de RNPT que realizavam o Método Canguru, o que não foi observado em mães que usaram o método tradicional.

A importância de oferecer o leite materno ao RNPT está relacionada a uma abordagem nutricional muito complexa. A imaturidade está presente também no sistema digestivo e interfere no crescimento após o nascimento. Fatores como a menor capacidade gástrica e o tempo maior necessário ao esvaziamento gástrico dificultam a oferta pela via enteral; determinando um crescimento, na maioria das vezes, inferior ao padrão intra-uterino. O leite da mãe, por ter características nutricionais favoráveis ao sistema digestivo imaturo, constitui o alimento mais indicado para introduzir a alimentação enteral (MATALOUN *et al.*, 2004).

O leite materno, segundo confirma a literatura consultada, é o mais adequado aos recém-nascidos de termo ou de pré-termo, porque seus nutrientes são de fácil digestão e absorção (WONG, 1999; DINIZ, 2000; COSTA, 2002; BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; SERRA; SCOCHI, 2004; BORTOLOZO; TIBONI; CÂNDIDO, 2004). Além disso, segundo afirmação de Wong (1999), ele é a forma mais econômica de alimentação, por estar sempre disponível, pronto para ser servido, e é isento de contaminação.

Além do fator nutricional, outros aspectos são apontados para a importância da oferta de leite materno, entre eles: colaborar com a maturação gastrintestinal; reduzir a incidência de infecção, de re-internações e de mortalidade; favorecer o desenvolvimento neurocognitivo e psicomotor; auxiliar na maturação da retina e diminuir a gravidade da retinopatia da prematuridade (ALDEN, 1999; DINIZ, 2000; FALCÃO, 2003; BUENO; TERUYA, 2004; CHAVES, 2004; NADER; PEREIRA, 2004; NASCIMENTO; ISSLER, 2004; LAMOUNIER; MOULIN, XAVIER, 2004; GONÇALVES, 2005).

Soma-se a isso a idéia de que o uso do leite materno na alimentação do RNPT aproxima as mães dos bebês, nas unidades neonatais, e estimula a

participação delas no cuidado, mesmo quando a amamentação ainda não iniciou (MARTINEZ; CAMELO, 2001).

Embora existam divergências sobre a dieta ideal para o RNPT, para Diniz (2000), o leite humano ainda é a melhor alternativa alimentar e a que traz mais benefícios para estes bebês.

O desejo de manter a lactação e a amamentação, expressado pela mãe, nem sempre é o suficiente. Conforme ¹Tamez e Silva (2002), fatores como a qualidade das informações; a preocupação com a doença do filho; a percepção da família acerca da amamentação; o desconhecimento das vantagens do aleitamento, e o pouco incentivo à participação das mães no cuidado ao filho, através da lactação e amamentação, contribuem para desencorajar as mães a manter a lactação e a amamentação. Tais autores afirmam que 30 a 70% das mães de bebês pré-termo que expressaram o desejo de extrair o leite ou amamentar, interromperam a atividade antes da alta hospitalar; das que não interromperam, uma grande parte amamentou até o segundo mês, e poucas amamentaram até o sexto mês.

Javorski *et al.*, (2004), por sua vez, afirmam existirem vários fatores aos quais as mães estão expostas durante a hospitalização, que podem fazê-las vivenciar a frustração de ter reduzida a produção e ejeção do leite, mesmo tendo o desejo de manter o aleitamento. Já, de acordo com Primo e Caetano (1999), a decisão das mães em manter a lactação também pode ser influenciada positivamente através de informações prévias recebidas: na própria família, porque foram amamentadas; do convívio com outras mulheres que amamentaram ou estão amamentando; ou, ainda, quando lhes são ensinados os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno para o bebê e as vantagens de proteção a saúde materna.

A manutenção da lactação, de acordo com Giugliani e Lamounier (2004) não depende apenas da opção e do conhecimento das vantagens do aleitamento materno. É necessário, segundo os autores, que ela esteja inserida em um ambiente favorável e que possa contar com o apoio dos profissionais de saúde para promover com competência a comunicação com a nutriz.

Vale ainda lembrar que, segundo Lana (2001), o incentivo ao aleitamento materno, sem as devidas condições para que ele se efetive, pode causar sentimentos de culpa nas mães, pela sua impotência para remover os obstáculos presentes no caminho da amamentação efetiva.

A alimentação oral, para alguns bebês prematuros, inicia mais tarde, uma vez que, somente entre a 34^a e 36^a semanas de idade gestacional ao nascer, um bebê é capaz de coordenar a respiração com a sucção e a deglutição para mamar no seio. Dessa forma, nos casos em que o RNPT ainda não esteja habilitado para mamar, as mães são orientadas a retirar e conservar seu leite, o mais precoce possível, a fim de iniciar a estimulação dos mecanismos responsáveis pela produção de leite (GOMES *et al.*, 1997; ¹TAMEZ; SILVA, 2002; FALCÃO, 2003; JÚNIOR; ROMUALDO, 2005).

3.2 A Lactação

A lactogênese humana ocorre em três estágios, um durante a gestação e os outros após o nascimento do bebê; ela depende de muitos fatores e da ação de dois hormônios essenciais, a ocitocina e a prolactina (ALDEN, 1999).

A prolactina - na gestação - é responsável por preparar as mamas para a secreção do leite, e - durante a lactação -, por sintetizar e secretar o leite, em resposta ao esvaziamento das mamas. O outro hormônio essencial, a ocitocina, é responsável pelo reflexo da ejeção do leite, sendo que a sua liberação pode ser motivada pela sucção do seio materno, por estímulos que façam a mãe lembrar do bebê, pensamentos, sons, imagens ou odores (ALDEN, 1999; JÚNIOR; ROMUALDO, 2005; GONÇALVES, 2005).

A primeira fase da lactogênese inicia na segunda metade da gravidez e termina com o nascimento; esse período - quando as glândulas mamárias se preparam para a produção do leite - poderá estar incompleto no caso de o parto ser prematuro. O colostro, líquido claro e/ou amarelado, rico em imunoglobulinas, já está presente na primeira fase, e continua na segunda fase, até que, entre o 3º e 4º dia, por estímulos hormonais inicia-se a secreção do leite, mesmo que o bebê ainda não esteja sugando. O colostro vai se modificando gradativamente, até mais ou menos por 10 dias, quando se estabelece o leite maduro, sendo esta a terceira fase da lactogênese. Somente ao final do primeiro mês da lactação, é que o leite das mães de bebês prematuros torna-se semelhante ao das mães de bebês nascidos a termo (ALDEN, 1999; MATALOUN *et al.*, 2004; JÚNIOR; ROMUALDO, 2005; GONÇALVES, 2005).

Cabe ressaltar que, após o nascimento, a manutenção da lactação dependerá sempre do controle autócrino e, essencialmente, do esvaziamento das mamas, pois sua síntese é regulada pela quantidade de leite sugado (ANDRADE; SEGRE, 2002; GIUGLIANI, 2004; OLIVEIRA; 2005). Por isso, as mães de RNPT, segundo Callen *et al.* (2005), somente terão volumes adequados de leite quando estimularem a

liberação dos hormônios ocitocina e prolactina, através do esgote das mamas ou pela sucção ao seio pelo filho.

De acordo com Andrade e Segre (2002), os picos da prolactina que garantem a secreção do leite para a próxima mamada ocorrem de 07 a 20 vezes por dia. Tais picos são estimulados através da sucção da mama, e acontecem de forma lenta, após as mamadas. De acordo com Serra e Scochi (2004), a fragilidade, devido à imaturidade de muitos recém-nascidos de pré-termo, deixam os mesmos impossibilitados de realizar a sucção ao seio materno, estímulo importante para a manutenção da lactação.

Para as mães dos bebês que ainda não mamam, segundo Lana (2001), inicia-se a retirada do leite nas primeiras seis horas após o parto, através do esgote das mamas, obtendo-se um resultado semelhante ao da sucção do bebê para a produção do leite. Os métodos da ordenha manual ou com bombas manuais e elétricas, de acordo com Nascimento e Issler (2004), podem ser ensinados a essas mães.

Conforme ¹Tamez e Silva (2002), com relação àquelas mães que irão fazer a retirada de leite materno ocasionalmente (como nos casos de ingurgitamento mamário), ou por um curto espaço de tempo (até uma semana), é ideal que usem bombas manuais. Já para aquelas que necessitam realizar a extração de leite por períodos prolongados, maiores que uma semana, as autoras sugerem o uso de bombas elétricas, porque elas se assemelham mais, em ritmo e pressão, ao que ocorre na amamentação.

Sobre a extração de leite, um estudo randomizado com 145 mães que deram a luz a bebês com menos de 35 semanas de gestação mostrou que o uso da bomba elétrica não aumentou a produção de leite em relação à extração manual. A média

de expressões com bomba elétrica foi, no período estudado, de 34 vezes, e a média diária de expressões foi de 3,9 vezes; quanto ao volume total expressado, a média foi de 2062 ml, e o volume médio diário foi de 218 ml (FEWTRELL *et al.*, 2001).

De um modo geral, a ordenha mecânica com esgotadeiras elétricas é realizada em Bancos de Leites Humanos (BLH) nos hospitais (NASCIMENTO; ISSLER, 2004; HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, 2006). Essa é a melhor escolha, pois, segundo Nascimento e Issler (2004), as bombas elétricas são mais eficientes que as manuais, mesmo que apresentem um potencial maior para traumas mamilares e devam ser evitadas na ocorrência de fissuras nos mamilos por sucção intensa e prolongada.

A ordenha das mamas, além da indicação para a mãe do prematuro, segundo Alden (1999), pode ser indicada para mães que trabalham fora e querem manter a amamentação. Assim, de acordo com Wong (1999), essa prática torna viável que o bebê continue a receber o leite materno esgotado, enquanto a mãe está fora.

O sucesso na ordenha mamária depende de alguns cuidados. Os que precisam ser orientados à mãe, dizem respeito à lavagem efetiva de mãos, à escolha de um lugar tranquilo para o esgote e à realização de massagens delicadas nas mamas e no mamilo, que auxiliam a preservar a integridade das mamas e a produção de leite (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Além do mais, a contaminação do leite é evitada, quando o cuidado higiênico rigoroso dos materiais utilizados para a retirada e a estocagem do leite é adotado tanto em hospitais, como no domicílio (VALDÉZ; SÁNCHEZ; LABBOK, 1996; LANA, 2001).

As mães de RNPT podem ficar menos estimuladas a realizar o esgote das mamas, à medida que o tempo de hospitalização se prolongue. Com relação a isso, um estudo que acompanhou 98 mães de bebês a termo e 95 pré-termo, concluiu

que as mães de pré-termo esvaziam as mamas com menos freqüência, esgotando em média de 5,7 a 6,05 vezes por dia, e que, à medida que o tempo de hospitalização progredia, ocorreu um decréscimo do número de vezes (HILL *et al.*, 2005).

Tendo em vista que a produção de leite está diretamente relacionada à freqüência de sua extração, a freqüência de ordenha das mamas recomendada corresponde ao número de mamadas diárias de um bebê, de oito a dez vezes por dia (MARTINEZ; CAMELO, 2001; ALDEN, 2002; FALCÃO, 2003; NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Para ¹Tamez e Silva (2002), a ordenha terá intervalos de duas a três horas, enquanto a mãe estiver acordada, e, de quatro horas, à noite. Lana (2001), por sua vez, alerta que intervalos longos entre as ordenhas podem ocasionar a incapacidade de manter a produção de leite em quantidades suficientes.

Hill *et al.* (2005) mostraram, em seu estudo, que existe uma relação positiva entre a freqüência da estimulação das mamas e a produção de leite nas mães de RNPT durante as três primeiras semanas pós-parto, confirmando a importância da estimulação diária das mamas para a manutenção da produção láctea.

A respeito do tempo de duração da ordenha, Nascimento e Issler (2004) orientam que, nos primeiros dias, ela seja de dez a quinze minutos, e, após a descida do leite, a mãe deve esgotar as mamas por um tempo total de expressão de vinte a trinta minutos. ¹Tamez e Silva (2002) acrescentam ainda que, em cada mamada, deve-se fazer o esgote de mama por aproximadamente quinze minutos.

Tendo em vista que muitas mães podem se sentir insatisfeitas com a quantidade de leite esgotado, ¹Tamez e Silva (2002), orientam que as nutrizes saibam que a quantidade de leite obtida depende do método utilizado, e difere da quantidade de leite obtido no caso de que o bebê estivesse sugando. Alden (1999),

por sua vez, reforça que o volume do leite esgotado não representa a capacidade da mãe em produzir leite.

Callen *et al.* (2005) referem ainda que muitas são as barreiras que a mãe de RNPT deve ultrapassar para que, na alta hospitalar, esteja amamentando seu filho. Um estudo qualitativo identificou, como obstáculos para o aleitamento materno de RNPT de muito baixo peso, na alta hospitalar, o baixo volume de leite produzido e o comprometimento emocional das mães gerado pelo tempo de hospitalização. Além disso, o mesmo estudo confirma que o estresse maternal pode levar ao decréscimo do volume de leite produzido pela mãe. Os autores igualmente referem que o comprometimento materno, causado pela internação de um filho em UTIN, pode também atrasar a lactação.

Desta forma, para que haja sucesso na manutenção da lactação durante o período de internação do filho, segundo Serra e Scochi (2004), as mães precisam sentir-se seguras e amparadas, dispendo do apoio e da orientação de seus familiares e dos profissionais da área da saúde.

Muitos sentimentos vivenciados pelas mães no período de hospitalização do filho podem interferir no estabelecimento e na manutenção da produção de leite. A preocupação e a ansiedade da mãe, em virtude da hospitalização do bebê, podem colaborar para um atraso no início da extração do leite, resultando, assim, na diminuição da produção láctea (MARTINEZ; CAMELO, 2001; BRASIL, 2002; HOWARD; ALLEN, 2004).

Conforme Serra e Scochi (2004), o tempo prolongado de hospitalização do filho e o próprio ambiente hospitalar geram estresse na mãe, e podem dificultar a manutenção da lactação. Os autores citam que as mulheres, ao permanecerem com seus filhos hospitalizados, convivem com sentimentos de dúvida, frustração,

estresse, ansiedade, revolta, tristeza, angústia, dor, raiva e medo, o que se manifesta através de conflitos e dificuldades. Para Júnior e Romualdo (2005), tais sentimentos negativos podem inibir a liberação e o reflexo de ejeção do leite. Por outro lado, a tranquilidade da mãe, associada aos estímulos que a façam lembrá-la do filho, segundo os autores, facilitam a descida do leite.

Lana (2001) enfatiza que a demora na descida do leite é um momento de tensão e ansiedade para a mãe, pois esse atraso cria expectativas negativas, a fazendo temer que o leite não apareça, não seja suficiente ou forte para o bebê. A sensação da mãe de que não está cumprindo seu papel, segundo o autor, é responsável pelo sentimento de culpa que aparece nas mães que não conseguem amamentar ou esgotar leite o suficiente para seus filhos.

Assim, os sentimentos, tanto os negativos, quanto os positivos, podem interferir não só na produção e manutenção láctea, como também na disponibilidade e no desejo da mãe em amamentar (¹TAMEZ; SILVA, 2002; SERRA; SCOCHI, 2004).

Em relação às dificuldades mais freqüentes apresentadas pelas mães de RNPT que mantêm a lactação durante a internação de seus filhos em UTIN, ¹Tamez e Silva (2002) citam, além da redução da produção de leite, o ingurgitamento mamário e a dor nos mamilos.

O ingurgitamento ocorre devido a uma produção de leite maior do que a que é retirada do seio, e o acúmulo de leite deixa as mamas aumentadas, endurecidas e sensíveis, dificultando sua saída (LANA, 2001). O esvaziamento adequado das mamas, segundo Giugliani (2004), previne o ingurgitamento.

O ingurgitamento é freqüente em mães primíparas, porque elas, com mais freqüência, apresentam aumento na quantidade de leite, demoram mais a

amamentar, realizam mamadas mais restritas e pouco freqüentes, e a sucção dos seus bebês é mais ineficaz. A realização de massagens suavemente nas mamas fluidifica o leite empedrado, além de estimular a síntese da ocitocina, necessária para a ejeção do leite. Orienta-se ainda o uso de compressas frias - devido a seu efeito anestésico local -, para facilitar a massagem e a ordenha, reduzindo o edema das mamas. O ingurgitamento mamário não resolvido pode evoluir para um processo infeccioso severo (LANA, 2001; NADER; PEREIRA, 2004).

Outra dificuldade apresentada pelas mães de RNPT durante a lactação é a presença de dor nos mamilos. Esta situação é muito freqüente, porém não normal, e pode ocorrer devido à utilização inadequada das bombas de extração de leite (GIUGLIANI, 2004). A dor sentida pela mãe, segundo Andrade e Segre (2002), interfere no seu relacionamento com o bebê, deixando-a frustrada e tensa, o que, por conseqüência, pode inibir o reflexo de ejeção do leite.

¹Tamez e Silva (2002) recomendam que, na presença de mamilos doloridos, seja feito um ajuste da pressão de sucção das bombas elétricas a um nível mais confortável, e que o esgote das mamas passe a ser de 2 a 3 horas, durante o dia, e de 3 a 4 horas, à noite, evitando realizar o esgote por períodos prolongados.

Em relação à prevenção de traumatismos mamilares, Callen e Jennifer (2005) sugerem que os profissionais realizem uma boa orientação aos pais, com relação à técnica da bomba a ser utilizada, e avaliem a freqüência, a intensidade e a duração do bombeamento, promovendo ajustes dos parâmetros utilizados. Além disso, torna-se necessário questionar as mães sobre presença de machucados nos mamilos e no seio, com o intuito de prover o alívio da dor. As mães de RNPT, devido à imaturidade de seus filhos, acabam realizando o esgote das mamas por várias semanas, e, às

vezes, por meses; por isso, para se ter sucesso na ordenha, é essencial a adoção de uma boa técnica de bombeamento.

O uso de complemento (fórmulas lácteas industrializadas) na alimentação do RNPT tem como objetivo suprir as necessidades nutricionais do mesmo, quando a mãe não estimula a produção, ou quando ela não consegue esgotar a quantidade adequada para o RNPT. Entretanto, estas fórmulas não conseguem substituir o leite humano por completo, pois não contém os mesmos fatores que protegem contra infecções e que auxiliam no amadurecimento intestinal (FALCÃO, 2003).

Com a alimentação complementar do RNPT, a mãe perde a oportunidade de estimular os hormônios responsáveis pela produção e ejeção de leite que permitiriam a ela produzir mais leite, indo ao encontro das necessidades de seu filho. Os estudos existentes não identificam se o suprimento inadequado de leite das mães está relacionado a problemas com a produção ou remoção de leite (CALLEN *et al.*, 2005).

A respeito de suplementos na alimentação do bebê, Giugliani (2000) afirma que a utilização da fórmula juntamente com leite materno ajuda a aliviar a tensão materna. Porém, segundo a autora, a partir do estabelecimento da suplementação, o bebê passa a sugar menos o seio, e, conseqüentemente irá reduzir a produção de leite, resultando, no caso de uso freqüente desse processo, na interrupção da produção de leite.

O uso de fármacos durante a lactação é uma prática perigosa, pois muitos deles, devido às suas características farmacológicas, podem ser transferidos do plasma para o leite materno, chegando ao bebê em concentrações que, muitas vezes, são tóxicas. Dessa forma, o uso de drogas durante esta fase deve ser realizado com precaução e somente sob orientação médica. No RNPT, devido à

imaturidade da função hepática e renal, a utilização de drogas na lactação pode ser ainda mais perigosa, pois pode ocorrer o aumento da meia-vida dos fármacos, causando o acúmulo após o seu uso (CHAVES; LAMOUNIER, 2004).

A respeito disso, Nascimento e Issler (2004) orientam o uso de fármacos que estimulem a secreção de prolactina para aquelas mães que realizam a ordenha mamária e cujos bebês ainda não estejam mamando no seio, com o objetivo de aumentar o fluxo mamário.

No caso de inibição da lactação, Ichisato e Shimo (2001) sugerem o uso da metoclopramida, fármaco citado pelos autores com o nome comercial “Plasil”, para estimular a liberação da prolactina, hormônio responsável pela produção de leite.

No período da lactação, segundo Alden (1999), as mães têm necessidades nutricionais aumentadas devido à produção de leite. Desta forma, é fundamental que a nutriz faça a ingestão de alimentos com maior qualidade nutritiva e que mantenha uma dieta equilibrada. A mesma autora afirma que não há alimentos que a mãe não possa ingerir durante a lactação, como também não existe uma quantidade exata de líquidos para que a mãe garanta uma boa produção de leite, ela somente precisa saciar sua sede; muitas mães relatam ingerir de 2 a 3 litros por dia. A escolha do líquido também fica de acordo com a preferência da mãe. Ichisato e Shimo (2001) complementam dizendo que a mãe deve ingerir nutrientes ricos em água, sais minerais e vitaminas, glicídios, proteínas e lipídeos, que são fundamentais para a formação do leite.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas durante a lactação, Mennella (2001) chama a atenção para a existência de evidências de que o álcool pode estimular a secreção da prolactina; entretanto, o uso dessa substância pelas mães parece influenciar no desenvolvimento motor dos bebês.

A partir do que foi apresentado anteriormente, compreende-se que o leite materno é essencial para o RNPT, pois, além de ter alto valor nutritivo, sua oferta promove o fortalecimento do vínculo mãe e bebê. No caso de mães de RNPT, para que essa conquista se realize, faz-se necessário manter a secreção láctea durante o período de hospitalização. Para tanto, conhecer a percepção das mães sobre o tema proposto, permite melhorar o entendimento desse processo e através dele, contribuir para que os profissionais obtenham resultados mais efetivos em suas orientações e intervenções.

4 METODOLOGIA

O caminho metodológico escolhido para realizar o estudo, que também norteou a construção do projeto, permitiu um aprofundamento maior na questão de pesquisa.

4.1 Desenho do estudo

A pesquisa realizada foi um Estudo de Caso com enfoque qualitativo. A opção pela metodologia qualitativa deve-se ao fato de que, através da mesma, o objetivo da pesquisa seria mais facilmente atingido, uma vez que esta é uma forma apropriada para compreender a natureza de um fenômeno social. Além disso, esta metodologia costuma ser descrita de forma holística, ou seja, é um estudo em que há preocupação com os indivíduos e seu ambientes em todas as suas complexidades (POLIT; HUNGLER, 1995; RICHARDSON, 1999).

O estudo de caso é o tipo de pesquisa qualitativa mais relevante, pois fornece um conhecimento mais aprofundado de uma determinada realidade. Para a presente pesquisa, foi escolhido o Estudo de Caso Coletivo, tendo em vista que sua finalidade é estudar as características de uma população, através de uma investigação em profundidade de um grupo, instituição ou outra unidade social, podendo-se analisar e compreender as características de uma amostra pequena de indivíduos, considerando cada um deles como uma unidade do estudo (TRIVIÑOS, 1987; POLIT; HUNGLER, 1995; GOLDIM, 2000; GIL, 2002).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na Unidade de Internação Neonatal (UIN) e no Banco de Leite Humano (BLH), localizados no 11º andar na ala norte.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde o ano de 1997, é conhecido como “Hospital Amigo da Criança”. Este título é fornecido pela UNICEF e pela OMS às instituições que proporcionam um ambiente hospitalar em que há a promoção e o incentivo ao aleitamento materno. Além deste suporte, durante a hospitalização, o Hospital referido oferece a orientação pós-alta das mães que amamentam através do “*Disque Amamentação*”.

A UIN está vinculada ao Serviço de Enfermagem Materno-Infantil e ao Serviço de Neonatologia, sendo que possui 20 leitos de internação de Alto Risco - distribuídos entre a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 1, UTI 2 e UTI Isolamento -, e 27 leitos de Terapia Intermediária - distribuídos em Intermediário 1, 2, 3 e 4 -. Internam-se nela recém-nascidos provenientes do Centro Obstétrico e bebês de até um mês de vida vindos do Serviço de Emergência do HCPA ou de outros Hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O BLH, por sua vez, está vinculado ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do Hospital, localizando-se junto à UIN. Atende preferencialmente às mães de recém-nascidos e de crianças internadas nas unidades do HCPA e mulheres lactantes do quadro funcional ou não do HCPA. O BLH permanece aberto 24 horas por dia, dispondo de 05 bombas elétricas para o esgote das mamas, de geladeira e de freezer para o estoque do leite esgotado. Para tanto, o SND mantém uma

nutricionista supervisionando os trabalhos e uma atendente de nutrição que recebe as lactantes e as assessora nessa prática.

4.3 Amostra

Na metodologia qualitativa, o critério numérico para o tamanho amostral apresenta menor importância. O relevante neste tipo de abordagem é a qualidade das informações coletadas e não a quantidade de informantes (CABRAL; TYRREL, 1998).

No entanto, para os Estudos de Caso, Gil (2002) faz recomendações acerca do número de sujeitos, esclarecendo que, mesmo não se podendo falar em número ideal de casos na abordagem qualitativa, costuma-se utilizar de quatro a dez casos; destacando que com um número superior a dez casos, torna-se complicado trabalhar com a quantidade e a complexidade das informações coletadas. Desta forma, foram incluídas no estudo sete mães de RNPT que nasceram com idade gestacional entre 34 a 37 semanas e peso de nascimento variando de 1500g até 2000g, que estavam com seu filho internado há pelo menos uma semana na UIN e ofertavam seu leite, independente da forma. Foi excluída do estudo apenas uma mãe de RNPT que, depois de selecionada, manifestou, na primeira entrevista, o desejo de não manter a lactação no período de hospitalização do filho por não querer amamentá-lo.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados através do Livro de Registro de Internações da UIN. Após a identificação dos sujeitos, as mães foram convidadas a

participar da pesquisa e orientadas sobre as atividades que seriam desenvolvidas no estudo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais semi-estruturadas e de observações no ambiente do estudo (CABRAL; TYRREL, 1998; GIL, 2002). Obter dados usando mais de um recurso foi uma escolha intencional porque proporcionou, como preconiza Goldim (2000), maior abrangência e a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é uma das principais formas de coleta de dados para abordagens qualitativas, pois ela parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, possibilitando a criação de novas hipóteses, à medida que o informante dá as respostas.

Já as entrevistas semi-estruturadas, conforme esclarece Minayo (1994), combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Ainda, de acordo com Triviños (1987), é interessante realizar mais de uma entrevista, pois, além de obter o máximo de informações, podem-se avaliar as variações das respostas fornecidas em momentos distintos.

Antes do início da coleta dos dados, a pesquisadora fez uma visita supervisionada com a nutricionista responsável pelo BLH a este estabelecimento, o

que possibilitou o conhecimento das rotinas deste setor. Vale lembrar que não foi necessário realizar uma visita à UIN, pois a pesquisadora já conhecia suas rotinas devido a sua atuação em uma atividade de extensão desenvolvida nesse local.

Por conseguinte, as entrevistas iniciaram-se após a primeira semana de internação do bebê, perdurando até a proximidade da alta hospitalar do mesmo. Do total de sete, três mães foram entrevistadas três vezes, e quatro mães, duas vezes.

A primeira entrevista (Apêndice A) ocorreu sete a oito dias após o nascimento do bebê, porque se considerou que as mães estariam mais adaptadas às condições do RNPT para serem entrevistadas. A segunda e a terceira entrevistas (Apêndice B) foram combinadas conforme a disponibilidade das mães; sendo que a segunda se realizou de quatro a onze dias após a primeira e a terceira ocorreu nas internações mais prolongadas e ocorreu de sete a treze dias após a segunda.

A duração média das entrevistas foi de 30 minutos, pois, como nos orienta Triviños (1987), a duração das entrevistas deve ser coerente com o tema em estudo e com as condições do informante.

Conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), as entrevistas foram gravadas em fitas cassete e transcritas mediante autorização das mães, sendo que, após as transcrições das entrevistas, as fitas foram destruídas. A opção por gravações em fitas cassete ocorreu devido às vantagens oferecidas, como o registro imediato das expressões verbais e a liberdade do entrevistador em deter sua atenção no informante, pois ele não precisa fazer registro por escrito (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Por sua vez, a observação, outro recurso utilizado para a coleta de dados, permitiu o contato mais estreito e pessoal do pesquisador com os sujeitos do estudo. A realização de observações estruturadas foi eleita a mais viável, tendo em vista

que, neste tipo de observação, o pesquisador vai ao campo de estudo com uma estrutura previamente elaborada, colocando o foco de sua observação dentro de limites pré-estabelecidos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; GOLDIM, 2000).

Foram realizadas duas observações com cada mãe; uma num momento de interação com o bebê e a outra durante a realização do esgote das mamas no BLH, entre a primeira e a segunda entrevista. As observações no BLH foram previamente agendadas com as mães, a fim de respeitar os horários de esgote de cada mãe. As observações durante a interação com os bebês foram realizadas sem agendamento prévio com as mães. O tempo das observações no BLH variou de 12 a 25 minutos, porque estava condicionada ao tempo em que as mães esgotavam as mamas.

Apenas uma das mães não foi observada no BLH, pois, após duas tentativas de realizar a observação, às quais ela não compareceu, a mãe manifestou o desejo de não ser observada esgotando as mamas porque o bebê já estava mamando, ela optou por não mais esgotar as mamas.

As informações coletadas nas observações foram registradas em um diário, instrumento que teve como objetivo documentar as vivências do pesquisador frente à situação estudada, através do registro de suas impressões e de seus sentimentos, de forma contínua (GOLDIM, 2000).

Dentre as formas de coletas de dados, a pesquisadora classifica como a mais difícil de ser realizada a observação das mães no BLH. Isso se deve ao fato de que cada mãe tinha um horário diferente para esgotar as mamas, o que exigiu uma maior organização do tempo planejado para a coleta de dados com o objetivo de conseguir realizar tal atividade.

A fim de respeitar o direito ao anonimato e manter a privacidade dos sujeitos no estudo, as mães foram denominadas como Sujeito 1 (S1); Sujeito 2 (S2); Sujeito 3 (S3); Sujeito 4 (S4); Sujeito 5 (S1); Sujeito 6 (S6) e Sujeito 7 (S7).

Para a redação da análise dos dados, as entrevistas foram identificadas através dos seguintes códigos: primeira entrevista (E1); segunda entrevista (E2) e terceira entrevista (E3). As observações serão citadas no texto como: observação junto ao bebê ou como observação no BLH.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, de acordo com o cronograma (Apêndice D) nos meses de março a abril de 2006. As entrevistas foram realizadas na sala de reuniões de pais, localizada no 11º andar do HCPA, mediante combinação prévia com as mães dos recém-nascidos, e ocorreram no turno da tarde. Após a coleta das informações, procedeu-se à transcrição das entrevistas.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados do estudo foi realizada através da análise temática proposta por Minayo (1994), que tem as seguintes finalidades: a compreensão dos dados coletados, a confirmação ou não das hipóteses do estudo e a ampliação do conhecimento sobre o assunto pesquisado. Este tipo de análise utiliza o desenvolvimento de categorias a partir dos resultados obtidos, agrupando os elementos, as idéias ou as expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Salienta-se ainda que a análise temática de Minayo (1994) é dividida em três etapas. A primeira é a de pré-análise, fase de organização e leitura do material, retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa para possíveis reformulações frente ao material coletado e desenvolvimento das categorias. A segunda e mais longa etapa é a de exploração do material, momento em que é necessário aplicar tudo o que foi definido na fase anterior, sendo, para isso, necessário realizar várias leituras do material. Já a terceira e última etapa é a de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta fase, o analista deve interpretar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifestado e propor inferências.

A respeito da validação dos resultados, optou-se pelo uso da triangulação, através da comparação de múltiplas fontes de dados (entrevistas e observações). Este método fundamenta-se no cruzamento da consistência das informações coletadas em momentos distintos e através de diferentes técnicas (entrevistas e observações), resguardando o pesquisador de uma distorção quanto ao entendimento e ao próprio papel de observador (GOLDIM, 2000). A triangulação foi realizada comparando as entrevistas com as entrevistas, as observações com as observações e as entrevistas com as observações realizadas.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo requeria o contato direto com os sujeitos envolvidos, através de entrevistas e observações. Por isso, antes do seu início, foi elaborado um projeto,

para que o estudo fosse avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) e pela Comissão de Ética e de Pesquisa do HCPA (GPPG) para posterior execução, conforme Anexo.

As mães selecionadas foram convidadas a participar e informadas quanto aos objetivos da pesquisa. Além disso, receberam garantias de privacidade quanto às informações fornecidas e de que não haveria divulgação de áudio das fitas, tendo sido assegurado a elas que, logo após a transcrição do conteúdo das fitas, as mesmas seriam destruídas (GOLDIM, 2000).

Após concordarem em participar, as mães assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) em duas vias, uma para ela e outra para as pesquisadoras, contendo dados referentes ao objetivo, aos procedimentos, à identificação das pesquisadoras e citando os riscos e benefícios previstos (GOLDIM, 2000).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Antes de apresentar as categorias encontradas, serão indicadas, em duas tabelas, as características dos sujeitos participantes do estudo, destacando-se as condições sócio-econômicas das mães e as condições perinatais dos RNPT.

A partir do levantamento das condições sócio-econômicas das mães, apresentadas na tabela 1, percebe-se que a idade dos sujeitos variou de 18 a 32 anos; o grau de escolaridade variou de 7 a 12 anos; quatro mães eram solteiras; duas moravam na capital e cinco em cidades da grande Porto Alegre; quatro eram donas de casa; cinco eram primigestas e apenas duas já tinham outros filhos, e duas mães tiveram gemelares. A ocorrência de gestação gemelar, apesar de incidência menor, criou uma situação particular, pois uma das mães de gemelar teve um dos bebês com peso mais baixo ao nascer, razão pela qual este ficou separado da mãe e o outro permaneceu no Alojamento Conjunto ao lado da mãe.

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos do estudo

Sujeito	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Procedência	Profissão	Gestação	Outros filhos
S1	32 anos	11 anos	casada	Grande Porto Alegre	Professora	1 ^a Gemelar	Não
S2	22 anos	7 anos	solteira	Grande Porto Alegre	Dona de casa	2 ^a Única	Sim
S3	19 anos	8 anos	casada	Grande Porto Alegre	Dona de casa	2 ^a Única	Sim
S4	21 anos	9 anos	solteira	Porto Alegre	Doceira	1 ^a Única	Não
S5	25 anos	12 anos	solteira	Porto Alegre	Professora	1 ^a Única	Não
S6	22 anos	7 anos	solteira	Grande Porto Alegre	Dona de casa	1 ^a Gemelar	Não
S7	18 anos	8 anos	casada	Grande Porto Alegre	Dona de casa	1 ^a Única	Não

A respeito das características perinatais dos RNPT apresentadas na Tabela 2, os dados demonstram que a idade gestacional variou de 34 a 36 semanas; o peso de nascimento de 1555g a 1960g; o tipo de parto que predominou foi o Cesáreo; o tempo de internação na UIN variou de 13 a 33 dias.

Tabela 2: Caracterização dos RNPT envolvidos no estudo

RNPT de	Idade Gestacional	Peso de Nascimento	Tipo de Parto	Tempo de Internação
S1	36 semanas	1745g	Cesáreo	21 dias
S2	34 semanas	1555g	Cesáreo	33 dias
S3	35 semanas	1880g	Cesáreo	16 dias
S4	34 semanas	1570g	Cesáreo	28 dias
S5	34 semanas	1960g	Vaginal	13 dias
S6	34 semanas	1770g	Cesáreo	16 dias
S7	34 semanas	1835g	Cesáreo	14 dias

A partir da análise das entrevistas, as falas das mães foram ordenadas e agrupadas em temas por semelhanças, o que possibilitou a constituição das quatro categorias apresentadas a seguir: “Recebi alta e ele não!”, “Acredito que é bem melhor o leite materno!”, “A gente fica lá mais de meia hora pra tirar um pouquinho!”, e “É muita informação!”.

Para um melhor entendimento da análise dos dados, as falas das entrevistadas foram citadas no texto e representadas em *itálico*. A seguinte legenda foi adotada para representar alterações e eventos que clareiam ainda mais o significado do que foi utilizado: [], quando a explicação parte da

pesquisadora; ..., quando existem recortes na fala e { }, quando existe uma pausa durante a fala (JAVORSHI *et al.*, 2004).

5.1 “Recebi alta e ele não!”

As manifestações de tristeza expressadas pelas mães durante as entrevistas por terem recebido alta hospitalar e seu filho não, deram origem a esta ao título: “Eu recebi alta e ele não!”. Essa categoria demonstra como a hospitalização do bebê, através da percepção da mãe, pode influenciar a manutenção da lactação. Essa expressão foi muito significativa nas manifestações das mães durante a realização da primeira entrevista.

O nascimento prematuro do bebê e o tempo prolongado de hospitalização são acontecimentos estressantes para os pais. Porém, a presença deles durante a internação é essencial para o desenvolvimento emocional e comportamental dessas crianças no futuro (LATVA; *et al.*, 2004).

Conforme orientam Scochi *et al.* (2003), a internação do bebê é um momento muito penoso para toda a família e que desperta nos pais sentimentos de tristeza e medo. Os sentimentos, segundo o mesmo autor, quando despertados nas mães, interferem no relacionamento com a criança, como também na produção de leite e na manutenção da lactação.

O desejo de levar o filho para casa e a impossibilidade disso, devido à internação do bebê, deixam as mães tristes. Elas relatam ser difícil separar-se de

seus filhos, sentem-se mal por receber alta e o bebê, não. Estas dificuldades são expressas nas falas de S2 e S4:

... bem difícil ... (S2-E1)

... Mal { } eu recebi alta e ele não ... (S4-E1)

A hospitalização do bebê dificulta a interação entre pais e filhos. Brazelton (1988) assegura que a formação do vínculo-afetivo mãe-bebê começa na gestação e, por isso, o contato precoce dos pais com o RNPT deve ser estimulado logo após o nascimento, com o intuito de dar continuidade a essa interação.

Assim, após a alta hospitalar da mãe sem seu filho, a falta do bebê fica evidente quando ocorre o retorno da mesma para a casa e para a rotina diária. Ao relatar tal situação, percebe-se a tristeza do sujeito S7, através da fala e de sua expressão facial:

Bem, eu não tô! Porque eu queria levar ele pra casa { } Recebi alta ontem e ele não foi ... Fui pra casa [a 1ª vez] acordei de noite ... estava falando pra ele agora há pouco [o marido] que ontem faltava alguma coisa, faltava ... Falta!!! { } [a mãe enche os olhos de lágrimas] (S7-E1).

Na observação de S7 com o filho, ela acariciava e falava baixinho com ele, que estava acordado, tranqüilo no colo o pai. Em seguida, pegou o bebê e ofereceu o seio materno. Percebe-se que a presença e o apoio do pai foram importantes nesse momento. O marido de S7 sempre a acompanhava, tanto nas entrevistas, quanto nas observações e demonstrava o seu companheirismo e o carinho com o filho. A presença do pai ao lado da mãe pode ajudá-la a construir a relação familiar comprometida e dar suporte emocional para que ela consiga ter tranqüilidade em relação à lactação. Segundo Brazelton (1988), a presença da

mãe e do pai aumenta a convivência com o bebê e os ajuda a adquirir a segurança necessária para cuidar do filho.

Incluir a família nos cuidados do bebê e estimular a mãe a manter a produção láctea é uma prática recomendada para favorecer a interação e facilitar o vínculo (GOMES *et al.*, 1997; ¹TAMEZ; SILVA, 2002; JÚNIOR; ROMUALDO, 2005). Por outro lado, as mães dizem que em casa não conseguem descansar, pois seus pensamentos ficam direcionados ao filho que permaneceu no hospital. A lembrança do bebê, para elas, surge através das roupinhas guardadas, de imagens de crianças apresentadas em revistas ou na televisão, gerando melancolia e tristeza para essas mulheres. No depoimento de S6 essa situação é bem retratada:

Não consigo descansar bem, porque minha cabeça fica aqui, meu coração fica aqui [no hospital] {} aí ontem fui pra casa tentar dormir, não consegui, aí ficava vendo nenezinho na tevê e daí eu olhava, e olhava, e pensava nelas ... chorava {} daí minha mãe falava: não chora que senão tu entra em depressão, aí tu não vai conseguir tirar tuas filhas de lá, porque tu tá nervosa, tu te ataca e ataca elas. Ai, ontem, conversando com minha mãe, eu fui me acalmando um pouco ... (S6-E1).

O depoimento de S6 mostra que as mães ficam tristes quando visualizam outras crianças e lembram do filho (hospitalizado). A associação entre a separação, a tristeza e o nervosismo da mãe com a sua incapacidade de colaborar para o retorno do filho para casa, falada por uma pessoa mais experiente, pode ser um fator que faça da retirada do leite uma situação igualmente penosa. Os sentimentos negativos, segundo Júnior e Romualdo (2005), inibem a liberação do hormônio responsável pela ejeção do leite, a ocitocina, e, com isso, ocasionam uma redução na produção láctea. Desta forma,

a mãe pode se sentir desestimulada para continuar esgotando. Já para Callen *et al.* (2005), a baixa produção de leite está associada ao estresse e é um obstáculo à manutenção da lactação e ao sucesso do aleitamento materno até a alta hospitalar do RNPT.

Outro aspecto relevante foi à separação da mãe de bebês gemelares de seus filhos. Scochi *et al.* (2003) afirmam que a separação dos pais por consequência da internação do RNPT em UTIN deixa-os fragilizados e inseguros em relação à vida de seu filho. S1, mãe de gemelares, que permaneceu no hospital durante toda a internação de seus filhos, expressou sua dificuldade em estar separada apenas de um dos filhos e vivenciar a separação entre eles, pois a ela permaneceu com um de seus bebês no Alojamento Conjunto e o outro ficou internado na UIN. Esta mãe necessitou organizar seu tempo para poder cuidar dos filhos que estavam em ambientes separados. S1 afirma que já sabia que isso poderia acontecer porque foi orientada no pré-natal pela equipe de saúde; porém ela nunca se sentiu preparada para tal situação. A separação de um de seus filhos, segundo ela, mesmo com a orientação prévia foi um momento angustiante e desesperador, conforme observamos no seu depoimento:

*O Gustavo está separado da gente. Eu e o Leandro ficamos no alojamento e o Gustavinho na Neo. Essa separação é complicado { }
Eu já sabia, já tava mais ou menos preparada pra que isso ia acontece, né ... quando isso se confirmou eu entrei em desespero ... (S1-E1)*

O estado depressivo da mãe, devido a sua separação do bebê, pode interferir, tanto na produção de leite (reduzindo a quantidade), quanto na própria vontade da mãe em continuar esgotando (¹TAMEZ; SILVA, 2002; SERRA;

SCOCHI, 2004). Caso essa situação tivesse sido confirmada, teria se desfeito o tão sonhado desejo de S1 em amamentar seus filhos na alta hospitalar (desejo expressado pela mãe em outras entrevistas). Na observação de S1 com o filho, a mãe relatou ter deixado o outro filho (que estava no alojamento conjunto) com as funcionárias da unidade. Na UIN, seu outro filho estava no berço dormindo, então ela pegou o bebê no colo e começou a falar como estava seu irmão. No momento desta observação, a mãe não ofereceu o seio, pois o bebê ainda não estava mamando, mas ela demonstrou muito carinho nos cuidados com o filho.

A outra mãe que também deu a luz a bebês gemelares, S6, vivenciou uma experiência diferente de S1. S6 recebeu alta três dias após o nascimento e visitava diariamente suas filhas, que permaneceram por toda a internação na mesma sala da UIN. A mãe ficou surpresa e feliz quando, ao chegar na UIN, percebeu que suas filhas estavam em berços um ao lado do outro. Tal situação fica evidente na seguinte fala de S6:

... eu cheguei e até levei um susto ... olhei pra incubadora e disse: cadê minha filha? Daí olhei assim para o lado e lá estavam as duas [nos berços] uma do lado da outra!!! (S6 - E1)

Na observação de S6 com seus bebês, estes estavam em berços abertos e colocados lado a lado. A mãe chegou na Unidade, lavou as mãos, beijou as duas meninas, contou a elas que havia chegado e pegou uma no colo para amamentá-la. Em seguida, ofereceu o seio à outra filha. A internação das filhas no mesmo ambiente da UIN proporcionou a esta mãe tranquilidade para cuidar delas.

As mães relatam que a internação de um RNPT é muito demorada, em virtude do tempo necessário para que o bebê alcance o peso da alta hospitalar [no hospital onde a pesquisa foi realizada, o RNPT estável recebe alta após ultrapassar duas mil gramas], e que, se estivessem cuidando deles em casa seria mais gratificante. Serra e Scochi (2004) declaram que a preocupação com o tempo prolongado de hospitalização do filho e o estresse gerado pelo próprio ambiente, são fatores que têm influência negativa sobre a mãe, podendo dificultar a manutenção da lactação. A experiência prévia de S3 com a hospitalização de outro filho não diminui a sua ansiedade em relação à internação desse outro bebê, pois a mãe sabia que permaneceria um período mais prolongado até que sua filha, que nasceu com 1880g, alcance o peso para a alta [a mãe ficou 16 dias na UIN com a filha], como percebemos na sua fala:

*... é bem diferente e mais complicado do que o da outra [a primeira filha]
... porque tem que esperar muito tempo aqui dentro do hospital { } se
tivesse em casa seria melhor ... (S3-E1).*

Já S2, que também tinha outro filho e não tinha uma vivência hospitalar, pensava que o tempo de internação de sua filha seria breve, conforme seu relato:

*... mas agora é só ela engordar até dois quilos, daí vamos pra casa...
(S2-E1).*

Comparando S2 com S3, percebe-se que S2 não tinha clareza do tempo necessário para a alta hospitalar e, apesar da sua fala, ela permaneceu no hospital trinta e três dias para que seu bebê, nascido com 1555g de peso, atingisse os 2000g e recebesse alta. Por causa desta falta de discernimento, ela

passou a se sentir desestimulada a realizar o esgote das mamas no BLH. Esta foi a mãe que não aceitou a realização da observação no BLH.

Outro assunto importante relatado durante a primeira entrevista, foi o medo da perda do filho. O nascimento antecipado do bebê deixa a mãe temerosa em relação à vida de seu filho, especialmente quando RNPT é um bebê pequeno, parecendo frágil (¹TAMEZ; SILVA, 2002). Entretanto, com a convivência diária, a mãe tem a oportunidade de acompanhar o crescimento e a estabilização do bebê; adquirindo segurança em relação à saúde do filho. A fala de S5 pode representar bem esse caso:

Nos primeiros dias ... eu tinha medo de não conseguir leva ela pra casa { } que aconteces alguma coisa mais grave ... ela é tão pequena ... agora eu to tranqüila, sabendo que ela está progredindo, reagindo a todos os estímulos (S5-E1).

A primeira semana de vida do RNPT é uma fase crítica, tanto para o bebê, devido a sua vulnerabilidade e instabilidade fisiológica, quanto para a família, que passa a vivenciar sentimentos de desapontamento, de culpa pelo acontecimento e de temor pela perda iminente do filho (¹TAMEZ; SILVA, 2002). Gomes *et al.* (1997), por sua vez, declaram que o medo da perda do filho é um sentimento vivido diariamente pelos pais e que pode perdurar por toda a internação do bebê. Desta forma, o conhecimento do estado de saúde do filho e a inclusão da família nos cuidados para com o bebê podem minimizar esses temores.

Assim sendo, incentivar a mãe a manter a produção láctea durante a hospitalização é uma forma de inseri-la no cuidado do filho, tornando-a participante de tal atividade (GOMES *et al.*, 1997; ¹TAMEZ; SILVA, 2002; JÚNIOR; ROMUALDO, 2005).

Ao observar as mães, no momento de interação com os bebês, todas demonstraram muito carinho ao cuidar dos filhos. Algumas conversam com eles, como S1 e S6, e outras, mantinham-se mais pensativas junto ao bebê. No caso de S2, ela costumava se manter calada nas entrevistas e nas observações. Na observação de S2 com o RNPT, ela estava com ele dormindo no colo; permanecia mais pensativa, mas demonstrava seu carinho na maneira como tocava no bebê.

Schochi *et al.* (2003) afirmam que a mãe fica frustrada, quando não há a possibilidade de pegar seu filho no colo e privada de uma forma uma forma de transmitir carinho. Além disso, para os autores, quando os bebês estão na incubadora, as mães podem ficar amedrontadas diante da situação de terem de acariciar seus bebês lá dentro. Todavia, as mães observadas, cujos bebês estavam na incubadora, mostraram-se muito carinhosas e seguras em relação ao manuseio da criança neste ambiente. Na observação de S4 com o bebê, seu filho estava dormindo na incubadora, A mãe chegou, abriu a portinhola, encostou no bebê, e contou a ele como foi seu dia. O bebê acordou e a mãe continuou a falar carinhosamente que saudade que sentia dele. Em seguida, a técnica de enfermagem perguntou se ela gostaria de trocar a fralda do filho e a mãe prontamente aceitou. A partir da situação citada, inferimos que S4 estava tranqüila e confiante em realizar os cuidados do filho.

Para Júnior e Romualdo (2005), as mães ficam felizes com a presença do bebê e, através da sua inclusão nos cuidados com o filho, adquirem autoconfiança para tal atividade. Assim, momentos felizes ao lado do filho estimulam a descida do leite, facilitando a manutenção da lactação.

Outro fato importante de ser relatado foi que, durante a observação de S5 com o filho, acompanhou-se o início do Método Canguru. Nesta observação, a mãe, que segurava o filho na posição Canguru, estava sorridente e concentrada no bebê, que dormia no seu peito. O Método Canguru, segundo Anderson (1991), Scochi *et al.* (2003) e HILL *et al.* (2005), além de fortalecer as relações entre pais e filhos, influencia positivamente na produção de leite materno. Outros autores afirmam que esta influência na produção de leite deve-se ao fato de promover a estabilidade emocional e fisiológica e de favorecer a autoconfiança da mãe em cuidar do filho (TAMEZ; SILVA, 2002; SCOCHI *et al.*, 2003; JAVORSKI *et al.*, 2004; ANDRADE; GUEDES, 2005). S5, cujo bebê estava na incubadora, teve a oportunidade de pegar sua filha e oferecer-lhe o seio materno pela primeira vez durante esse método. S5 estava bastante sorridente quando a enfermeira colocou o bebê na posição canguru. A mãe falava carinhosamente com a menina, se emocionou e chorou quando a filha sugou o seio pela primeira vez. Essa situação fica evidente quando na primeira entrevista, a mãe relata:

Ah!! Foi maravilhoso, né, porque eu nunca tinha ficado com ela no colo, nunca tinha pego ela. Ela ficou desde que ela nasceu no isola [leito de isolamento da UIN]. Quando ela nasceu, foi uma coisa muito rápido [o parto] porque tu tá com dor e não tem nem noção... peguei ela nem 2 minutos... Ontem foi maravilhoso! [refere-se ao início do Método Canguru] ela ate mamou um pouquinho... (S5- E1)

Tanto na observação, quanto na entrevista, S5 demonstrou a satisfação em poder pegar seu filho. O momento de pegar o filho pela primeira vez e oferecer-lhe o seio materno é muito empolgante para as mães, e elas demonstram esses sentimentos através de expressões faciais e do choro. Os sentimentos positivos

proporcionados por tal situação, influencia a mãe a manter os estímulos da produção láctea, com o objetivo de amamentar seu filho.

5.2 “ Acredito que é bem melhor o leite materno!”

A categoria, “Eu acredito que é bem melhor o leite materno!”, cujo título foi extraído de um dos depoimentos das mães, aborda os relatos dos sujeitos em relação as suas crenças sobre o leite materno e a vontade das mães de amamentarem seus filhos, fatores que influenciam na manutenção da produção láctea.

As mães entrevistadas representam o aleitamento materno como forma importante e necessária para promover um desenvolvimento saudável de seu filho. Essa representação sobre o leite materno, com certeza, influencia positivamente as mães na sua decisão de fazer a retirada do leite e de manter a lactação durante a internação do bebê. Elas, quando questionadas sobre a importância do leite materno, referem que ele é o melhor alimento e o mais saudável para o bebê, como observamos nas falas de S5 e S7:

Pra ela é bom ... se desenvolve melhor. Eu sei que o leite, o mamá ... o peito é o melhor alimento ... (S5-E1)

Porque eu sei que pra ele é importante ... É bom... é mais saudável pra ele ... (S7-E1)

O leite materno é indicado por diversos autores como alimento ideal, tanto para o recém-nascido de termo, quanto para o RNPT, devido a sua composição

possuir nutrientes de fácil digestão e absorção (WONG, 1999; DINIZ, 2000; COSTA, 2002; BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; SERRA; SCOCHI, 2004; BORTOLOZO; TIBONI; CÂNDIDO, 2004). Diniz (2000) ressalta que apesar de hoje ainda haver dificuldades em proporcionar uma nutrição adequada para o RNPT, o leite materno, até então, é a melhor escolha devido seus benefícios proporcionados a este bebê.

Martinez e Camelo (2001), por sua vez, afirma que as mães de RNPT apresentam muitas dificuldades durante a lactação e, por isso, elas precisam ser orientadas e estimuladas diariamente a manter os mecanismos responsáveis pela produção de leite durante a hospitalização do filho.

As mães, através de suas falas, demonstram que o leite materno, além de ser um alimento essencial para a saúde do bebê, é considerado por elas uma de proteção passada da mãe através do leite para o filho prematuro e frágil, como se comprova nos seguintes depoimentos:

... ainda mais que ela é prematurinha ... (S3-E1)

...quando eles nascem prematuros eles não têm força, são fraquinhos, né, e eu acho que o leite materno é o mais importante que qualquer outro leite... (S2-E2)

Na observação de S2 com o filho, a mãe encontra-se com o bebê ao colo, e, assim que ele acorda, ela lhe oferece o seio. Esta atitude mostra que S2 acredita nos benefícios do leite materno. Bueno e Teruya (2004) declaram que a alimentação como leite materno, além proporcionar um maior vínculo da mãe com o bebê, transfere anticorpos da mãe para seu bebê, deixando-o mais protegido contra infecções. Desta forma, o conhecimento das mães em relação às

vantagens do leite materno para seus filhos prematuros, é um fator que influencia as mães a estimularem a retirada e a manutenção da produção de leite.

Outro aspecto importante de ser ressaltado é o desejo da mãe em receber alta amamentando o filho. Tal situação é observada na fala de S3:

... quero sair do hospital amamentando ela ... (S3-E1)

Para que a amamentação aconteça, não basta somente a escolha da mãe. Ela precisa estar inserida em um ambiente que favoreça o aleitamento materno pois, num “Hospital Amigo da Criança”; além de receber orientações a respeito das formas de manter a produção de leite e ser estimulada para tal ação (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

Muitos fatores, segundo ¹Tamez e Silva (2002), podem influenciar negativamente a decisão da mãe de extrair o leite ou amamentar, como a falta de informação, a preocupação com o filho e o pouco incentivo da participação da mãe no cuidado com o filho. Os mesmos autores citam, com base em um estudo sobre o desejo da mãe em fazer a retirada do leite ou de amamentar, que 30 a 70% dessas mães, interromperam esta atividade antes da alta hospitalar. Todas as mães entrevistadas declararam ter o desejo amamentarem seus filhos. Na segunda entrevista, S4 mostrava-se ansiosa em amamentar o filho, como se percebe no relato a seguir:

*.... Ele ainda não mama no peito.....To loca pra dá de mama... [risos]
(S4E2)*

O desejo de S4 em amamentar seu filho foi um incentivo para que ela, mesmo esgotando pouca quantidade de leite na sua percepção, continuasse a realizar a ordenha mamária em casa e no hospital; pois acreditava que com a amamentação, a produção de leite aumentaria. Verifica-se essa certeza a partir de seu depoimento:

... to esgotando pouco leite agora ... já me disseram que ia acontecer, porque não é ele que está mamando, é a maquininha [risos] ... mas eu continuo esgotando porque a partir da hora que eu começar a dar de mamá pra ele, vai vir mais leite... (S4- E2)

Serra e Scochi (2004) por sua vez, salientam que com o prolongamento da hospitalização do filho culminado com a demora no início da amamentação podem desestimular a mãe em realizar a retirada do leite devido ao cansaço e a ansiedade. Para S4, a vontade em amamentar seu filho foi tão grande que a instigou a realizar o esgote das mamas. Já na semana seguinte, a mãe que amamentava seu primeiro filho, demonstrava sua felicidade com início da amamentação e afirmava que a partir desse momento, estava mais estimulada a manter a produção de leite. Tal situação é percebida através de seu relato:

.... ai meu deus do céu! Foi maravilhoso.. cheguei em casa toda feliz { } daí eu peguei ele no colo todo direitinho assim, ai apresentei pra ele [o seio], coloquei na boquinha dele ... eu não tinha nem noção de como fazer ... agora é só cuidar pra não secar [o leite] (S4-E3)

Com o início da amamentação, a mãe fica emocionalmente mais estável e feliz, o que favorece a produção e a manutenção do leite (JÚNIOR; ROMUALDO, 2005).

O desejo das mães de amamentar seus filhos é tão forte que, quando isso se concretiza, a felicidade sentida nesse momento pode ser comparada com a felicidade sentida quando do nascimento do filho. S1, através de seu relato emocionado, demonstra uma imensa satisfação em poder realizar a amamentação, e sente-se segura de que, na alta hospitalar, estará amamentando seus dois filhos, conforme relato:

... dizem que a mulher se realiza no momento que é mãe. Eu não, eu me realizei quando consegui amamenta meu filho... [chora] { } Eu vou sair bem tranqüila, sabendo amamenta os dois, porque leite tem, né! (S1-E1)

A felicidade de S1 em amamentar o filho somente foi possível porque ela, durante o período em que o bebê não mamava, estimulava freqüentemente os mecanismos responsáveis pela produção de leite, através da ordenha mamária no BLH. Segundo Callen *et al.* (2005), as mães precisam estimular a secreção dos hormônios responsáveis produção (prolactina) e pela ejeção do leite (ocitocina) através da sucção do seio pelo bebê ou pela ordenha das mamas, para que consigam produzir a quantidade necessária de leite para alimentar o filho.

Além das qualidades nutricionais e digestivas do leite materno, Wong (1999) afirma que ele traz a vantagem da economia em relação ao seu custo, da sua disponibilidade e da sua prontidão para ser servido ao bebê na temperatura ambiente. Através da análise da fala de S1, inferimos que a decisão da mãe em querer amamentar os filhos foi influenciada pelo fato de ela considerar o leite materno o melhor alimento e também pela questão financeira. Para esta mãe, a questão da economia é necessária, pois, além de ter dado a luz a gêmeos, não

possuía emprego no momento. Estas razões, com certeza, instigam ainda mais as mães a estimularem a produção láctea, como se verifica pela fala de S1:

... quero sai do hospital amamentando os dois no seio ... não é só por questão financeira ... acredito que é bem melhor o leite materno do que o outro leite ... (S1-E1)

Muitas mães, após o nascimento dos filhos, necessitam desempenhar uma atividade lucrativa para poderem arcar com as despesas do novo filho. Porém, a volta ao emprego não deve ser um obstáculo para aquelas mães que desejam manter a lactação neste momento. Para tanto, Wong (1999) relata ser necessário que estas mães mantenham a estimulação para a produção de leite, através do esvaziamento das mamas. Assim, o leite materno poderá ser oferecido para seu filho utilizando a mamadeira. S6, através de seu discurso, demonstra sua necessidade de voltar a trabalhar e, para isso, precisa que suas filhas acostumem a mamar no peito e na mamadeira. A mãe afirma ter interesse em continuar a alimentá-las com seu leite, fazendo a retirada do mesmo para que ele seja oferecido quando ela não estiver presente. Essa situação fica evidente quando se observa a seguinte fala:

Quero acostumar elas com mamadeira também ... quero sai do hospital com elas mamando no peito e na mamadeira. Que é melhor pra mim { } que no caso se eu saio ... tiver trabalhando, daí tem minha mãe em casa pra dá a mamadeira ... Porque se elas tiverem mamando só no peito... não vou poder trabalhar... (S6-E1)

Algumas mães demonstraram frustração ao relataram que, mesmo estimulando diariamente a produção de leite através da ordenha mamária, não

conseguem esgotar o suficiente para alimentar seus filhos. O relato de S4 evidencia essa situação:

... acho pouco o que eu tiro pra ele, o máximo que eu consigo ... não é o suficiente ... chego a tira uma média de 70, 80 ml [por dia] mas ele já mama mais de 40 a cada 4h e eu não consigo dá conta... (S4-E2)

S4 permaneceu com seu filho internado por 28 dias e iniciou a amamentação somente no final da segunda semana. A mãe, que estimulava diariamente a produção de leite através do esgote das mamas em casa e no hospital, sentia-se triste com o resultado de tal esforço, a pouca quantidade de leite. Lana (2001) afirma que a ansiedade gerada na mãe em não conseguir produzir a quantidade de leite suficiente para seu filho pode interferir negativamente sobre a ejeção do leite, prejudicando a descida do mesmo. Júnior e Romualdo (2005) complementam dizendo que o prolongamento do tempo de hospitalização do filho e o ambiente hospitalar estressante fazem a mãe conviver com sentimentos diversos como frustração e medo e estes sentimentos podem reduzir a quantidade de leite produzida, desestimulando a mãe a continuar a extração.

O uso do complemento alimentar foi outro fator relevante levantado pelas mães. A alimentação complementar é uma prática adotada nos hospitais com o objetivo de suprir a alimentação dos bebês nos momentos em que as mães não se encontram para amamentar, quando elas não conseguem esgotar a quantidade suficiente de leite ou quando elas optam por não esgotar e manter a produção láctea (FALCÃO, 2003). As mães relatam ter vontade de que o filho fosse alimentado somente com seu leite, mas sentem-se frustradas quando não

conseguem produzir um volume suficiente. Além disso, a alimentação complementar oferecida ao bebê confirma a elas, a sua incapacidade em produzir o quanto de leite o filho necessita, como observamos nos seguintes relatos:

... fico chateada porque daí eles têm que dá o complemento { } Eu queria que ele tomasse só o meu leite ... (S4-E2)

Eu queria que ele tomasse só meu leite, mas ele tá se acostumando com o NAN ... não consigo tirá todo o leite que ele mama ... (S7-E2)

A alimentação complementar garante os nutrientes necessários para que o RNPT cresça e se desenvolva. Entretanto, o uso freqüente da complementação para aqueles bebês cujas mães não esgotam leite suficiente, pode deixar a mãe desestimulada a realizar a ordenha das mamas, perdendo, assim, a chance de estimular os hormônios responsáveis pela produção e ejeção de leite (CALLEN *et al.*, 2005). Entretanto, esse sentimento de frustração não foi apresentado por todas as mães. S2 e S5, bebês mamavam no peito e recebiam o complemento, demonstraram tranqüilidade ao falar do uso desta prática. Essas mães afirmam que seus filhos, mesmo recebendo o complemento, mamam bem o seio materno, e parece não se incomodarem com a suplementação, como se percebe nas falas das mães:

Ela tá pegando bastante na teta, mama mais a mamadeira.... ela sempre toma o complemento junto ... (S2-E2)

....mama no seio e tá tomando toda a alimentação que vem na mamadeira ... já suga bem no seio, na mamadeira também tá mamando todo.... (S5-E2)

Giugliani (2000), por sua vez, refere que a prática do complemento alimentar do RNPT pode deixar as mães mais tranqüilas por terem a certeza de que, se

não esgotarem leite suficiente, o bebê será alimentado. Contudo, o mesmo autor afirma que, com essa prática, o RNPT acaba sugando menos o seio materno, ou aquelas mães cujos bebês ainda não mamam, estimulam menos o esgote das mamas, o que resulta na redução e até na interrupção da produção de leite.

Por outro lado, aquelas mães que conseguiram esgotar a quantidade suficiente de leite para alimentar seus filhos, sentiam-se satisfeitas e recompensadas por terem iniciado a ordenha das mamas precocemente, como havia sido orientado. Esse é um fato que encoraja a mãe a manter a retirada e a produção do leite durante a internação do bebê. A fala de S1 representa bem a situação descrita:

... ele recebe meu leite [por sonda] { } Acho que ele não chego a mama NAN, porque antes de ele começa a mama eu já comecei a esgota, pra guarda pra ele ... (S1-E1)

5.3 “A gente fica lá mais de meia hora pra tirar um pouquinho!”

Esta categoria, com a qual se almeja representar como as mães percebem o esgote das mamas no BLH e como essa percepção pode influenciar na manutenção da produção láctea, recebeu tal denominação a partir de um trecho retirado do depoimento de um dos sujeitos. Ela demonstra que as mães permanecem por um período de tempo prolongado no BLH, porém, para algumas delas, o resultado dessa dedicação pode não ser satisfatório.

O ambiente do BLH, para muitas mulheres, à primeira vista, pode ser constrangedor e assustador. Os equipamentos utilizados para a ordenha, a

exposição dos seios maternos e a técnica a ser realizada podem desestimular as nutrizas iniciantes, num primeiro momento, como percebemos no relato de S1:

... tinha umas mães assim no canto fazendo susususu... [mãe imita o barulho da esgotadeira elétrica] ... e eu gente!!! É isso que eu vou ter que fazer!! Será que vai saí alguma coisa? E eu meio encabulada... com a mama limpa [refere-se aos seios descobertos] Até com isso eu fiquei meio constrangida!! (S1-E1)

No entanto, com a repetição da técnica, as mães acabam se adaptando às rotinas do BLH, o que facilita a realização desse procedimento. S1, após a experiência de uma semana de ordenha no BLH, mostra-se adaptada a essa situação, conforme o relato:

Agora não me assusto mais com aquelas máquinas! (S1-E2)

Segundo Nascimento e Issler (2004), um dos fatores que interferem no sucesso na ordenha mamária é o ambiente, devendo o mesmo ser tranqüilo, para que as mães possam realizar o procedimento com serenidade. Todas as mães observadas no BLH demonstraram conhecimento sobre as rotinas da Unidade e sobre a manipulação da esgotadeira elétrica. Na observação de S5 no BLH, a mãe colocou o avental e a touca protetora na cabeça, realizou uma boa lavagem das mãos, e só então iniciou a ordenha das duas mamas, que ocorreu em 17 minutos. Durante o esgote, S5 realizava massagem circulares no seio em que estava sendo feita a extração do leite. Esta mãe permaneceu tranqüila durante todo o procedimento. Apenas S2, não foi observada no BLH, pois, após vários encontros marcados para a atividade, relatou não desejar fazer a observação, pois, segundo

ela, já que sua filha estava mamando, não precisaria mais esgotar. Sendo assim, a decisão da mãe foi respeitada.

As mães consideraram importante realizar a ordenha das mamas no BLH, por prevenir o ingurgitamento mamário e por estimular a produção de leite, o que é observado no depoimento de S1:

... eu acho importante, até por não ter perigo do leite empedrá, se não for no banco tirá ... (S1-E3)

... eu comecei a ter mais leite, quando comecei a í no banco (S7-E2)

O esgote das mamas deve ser realizado por aquelas mães cujos bebês ainda não estejam mamando no peito, com o objetivo de esvaziar as mamas para manter estimulados os mecanismos necessários para a produção láctea (ANDRADE; SEGRE, 2002; OLIVEIRA, 2005). Giugliani (2004) complementa dizendo que, além de estimular a lactação, a ordenha mamária previne o ingurgitamento das mamas.

O BLH do hospital onde foi feita a pesquisa possuía cinco esgotadeiras elétricas e possibilitava a realização da ordenha por mais de uma mãe. Todavia, a possibilidade de várias mães esgotarem ao mesmo tempo, pode causar uma situação desconfortável para aquelas nutrizas que ordenham uma pequena quantidade de leite. A mãe que extrai pouco leite da ordenha mamária sente-se angustiada e desanimada ao observar que sua colega ao lado, realizando o mesmo procedimento, consegue esgotar um grande volume de leite. Tal situação fica bem representada a partir da fala de S4:

... tem umas que às vezes tiram um monte e daí, lá tô eu com um copinho! {} E a gente fica lá mais de meia hora pra tirá um poquinho ... (S4-E2)

As comparações feitas pelas mães durante o esgote no BLH em relação ao volume esgotado podem desestimular aquela mãe que esgota pouca quantidade a continuar realizando tal procedimento. ¹Tamez e Silva (2002) ressaltam que a ordenha estimula a produção de leite; no entanto, o volume de leite esgotado durante a ordenha não representa a quantidade que o recém-nascido sugaria se estivesse mamando.

A situação vivenciada por S1 não foi peculiar somente pelo fato de ela ter que amamentar um filho e esgotar para o outro, mas pela maneira como ela organizou essas ações. No período em foi realizada a observação de S1 no BLH, o bebê incluído na pesquisa ainda não mamava no peito, somente seu irmão (que estava no Alojamento Conjunto). A mãe realizou a lavagem das mãos, pôs a touca, colocou o avental e iniciou o esgote. S1 permaneceu por 12 minutos esgotando apenas uma mama. Quando questionada, na semana seguinte, sobre o porquê de ordenhar apenas uma mama, ela disse ser esta a forma encontrada para se organizar, pois, assim, deixava uma mama para o filho que não mamava, e a outra, para o que já mamava, conforme seu relato:

Esgoto uma mama pro G1 [bebê internado na UIN] e a outra é pro Leandro [filho internado no alojamento conjunto]. Uma pra cada um ... Não recebi essa orientação de ninguém, foi eu mesma... foi a maneira que eu achei pra me organizar ... (S1-E2)

A fala da mãe representa um aspecto importante em relação ao tema, mesmo que a literatura revisada não mencione recomendações específicas a respeito de mães de gemelares que amamentam e esgotam ao mesmo tempo.

A freqüência do esgote das mamas foi outro assunto referido pelas mães. De acordo com a literatura, a produção de leite está diretamente associada à freqüência da ordenha mamária. Vários autores afirmam que o esgote das mamas deve ser realizado em torno de oito a dez vezes por dia, perfazendo um número de vezes semelhante ao número de mamadas diárias de um bebê (MARTINEZ; CAMELO, 2001; ALDEN, 2002; FALCÃO, 2003; NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Durante a primeira semana, todos os sujeitos afirmaram realizar freqüentemente o esgote das mamas no BHL. Entretanto, a freqüência declarada foi muito inferior ao necessário descrito na literatura. Lana (2002) salienta que intervalos prolongados entre o esgote das mamas podem reduzir a produção láctea, o que desestimularia a mãe a continuar a estimulação da lactação. Em geral, as nutrizes esgotavam as mamas de uma a quatro vezes por dia, como se percebe nas seguintes falas:

Ah ... eu tô indo uma vez porque daí deixo o leite pra ela mama de noite... (S3-E1)

...vou todos os dias no banco ... vou duas vezes por dia, uma de manhã e a outra de noite antes de ir embora.... (S2-E1)

... vou no banco de 2 em 2 horas, daí dá mais ou menos 4 vezes por dia ... (S4-E2)

S3, que residia fora de Porto Alegre, permaneceu durante toda a internação do bebê em um ambiente do hospital, conhecido como Casa de Apoio. Este ambiente é reservado para que as mães que moram longe possam acompanhar seus filhos durante a hospitalização. O bebê de S3 já mamava no peito desde a primeira semana de vida. Porém, a presença desta mãe era freqüentemente solicitada pelas enfermeiras para que ela viesse amamentar sua filha. Na observação de S3 no BLH, a mãe mostrou-se conhecedora das rotinas da

Unidade e da manipulação da esgotadeira mecânica, realizando o esgote das duas mamas num período de 17 minutos. Entretanto, S3 apresentava uma expressão facial de nervosismo e insatisfação com o volume de leite esgotado no momento. Após o término da ordenha, a mãe ficou se justificando pela pouca quantidade de leite ordenhado. A partir dessa situação, inferimos que S3 apresentou um baixo volume de leite no esgote, por estimular pouco a produção do leite, tanto com o esgote das mamas, quanto com a amamentação do filho ao seio.

Quando as mães foram questionadas, na semana seguinte, sobre a frequência do esgote das mamas no BLH, constatou-se que, das sete, cinco mães diminuíram a frequência (S1, S3, S4, S5 e S6) e duas (S2 e S7) não realizavam mais a ordenha mamária. Tanto a redução, quanto a não realização do esgote pelas mães, ocorreu no momento em que os filhos começaram a mamar no peito. Elas afirmam que, com a amamentação, não é necessário continuar o esgote ou não sobra muito leite para esgotar, pois o filho mama tudo. Os relatos de S5 e S2 representam bem a situação relatada:

... tô indo menos, porque ela começou a mamar ... daí não sobra muito pra i lá tirar ... (S5-E2)

... Não, não vou mais, porque ela tá mamando direto, quando eu chego aqui, ela já tá querendo [o seio], daí ela mama mais. Daí eu nem preciso ir mais ... (S2-E2).

Entre as mães do estudo, nenhuma conseguiu estabelecer o aleitamento materno exclusivo durante a hospitalização do filho, e todos os bebês faziam uso diário da alimentação ao seio e complementar no momento da alta hospitalar. A

decisão das mães em reduzir ou simplesmente cessar o estímulo do esgote das mamas é um fator de risco para a manutenção da lactação e para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo. A manutenção da produção de leite, enquanto o aleitamento materno não for exclusivo, deve ser estimulada através do esgote das mamas (ANDRADE; SEGRE, 2002; GIUGLIANI, 2004; OLIVEIRA; 2005). É importante ressaltar que, segundo Brasil (2001), o aleitamento materno exclusivo acontece quando o bebê é alimentado somente com o leite materno, seja através da sucção ao seio, seja pela retirada do mesmo com a ordenha mamária. Assim, apenas uma mãe, S1, poderia ter cessado o esgote da mamas no BLH na terceira semana de internação, pois ela permaneceu com os dois filhos no Alojamento Conjunto em tempo integral, realizando o aleitamento materno. Tal situação percebe-se na seguinte fala:

O G1... [filho que estava internado na UIN] foi pro quarto [no alojamento conjunto] ... foi tudo diferente, uma mudança total!!! (S1-E3)

Mesmo com os dois filhos mamando no peito, S1 ainda ordenhou as mamas por uma vez, com o objetivo de prevenir o ingurgitamento mamário, segundo sua fala:

Fui uma vez ainda, porque ficou tipo ... muito cheio, daí eu fiquei com medo de empedrá ... foi só pra esvaziá a mama ... (S1-E3)

Outro fato a ser ressaltado foi o caso de S2. Verificou-se que a experiência de esgotar as mamas não chegou a se sedimentar com mãe, pois apesar de ela relatar conhecer a técnica através de uma amiga, ela não continuou a ordenhar as mamas quando o bebê começou a mamar no peito. Vale lembrar

que foi esta a única mãe a se opor à realização da observação no BLH; pois, segundo ela, assim que sua filha começou a mamar (o que aconteceu já na primeira semana) ela não precisaria mais esgotar as mamas. No seu relato durante a terceira entrevista, a mãe reafirma sua idéia:

... faz mais de uma semana que não fui mais, porque ela tá mamando bem, daí não precisa esgotar! (S2-E3)

Mesmo a filha mamando no peito e recebendo o complemento, para S2, sua decisão de não esgotar as mamas, desde a primeira semana de internação, está dando certo, pois ela relata que sua filha nunca perdeu peso, como se observa no seguinte depoimento:

Ela tá engordando bem, nunca perdeu peso. Continua mamando no peito e tomando o complemento. Toma bem a mamadeira... toma bem os dois!! [risos] (S2- E3)

Outro fato importante a ser mencionado são as explicações de algumas das mães que diminuíram a freqüência do esgote das mamas para apenas uma vez ao dia. Na visão de S3, a ordenha mamária freqüente deve ser realizada por aquelas mães que conseguem extrair bastante leite. Assim, como S3 esgotava pouca quantidade, não precisaria realizar a ordenha de leite muitas vezes. Tal situação fica evidente em sua fala:

Acabei indo uma vez por dia, porque eu tava com bem pouquinho (S3-E2)

Já S7 justifica a ordenha apenas uma vez ao dia, pois ela consegue esgotar uma quantidade muito superior àquela de que o filho necessita para ser alimentado, como se verifica no seguinte relato:

Vou uma vez ... sempre no final da tarde pra deixar o leite pra noite. Eu tô tirando 240 por dia ... Ele mama 40 ml por vez! (S7-E1)

Esgotando pouco ou muito leite, torna-se indispensável que a mãe continue a ordenhar as mamas para que a síntese do leite aconteça. Além disso, as mães de RNPT somente produzirão a quantidade de leite necessária, segundo Callen *et al.* (2005), quando mantiverem estimulados os hormônios responsáveis pela produção (prolactina) e ejeção (ocitocina) de leite, através do esvaziamento freqüente das mamas.

Em relação ao tempo da ordenha mamária, Nascimento e Issler (2004) fazem orientações de que o tempo de duração, nos primeiros dias, seja de 10 a 15 minutos, e, após a descida do leite, de 20 a 30 minutos. Já Tamez e Silva (2002) sugerem que o tempo da ordenha seja dividido entre as mamas, realizando-se a extração de leite cerca de 15 minutos em cada uma. O tempo de duração da ordenha mamária, segundo a declaração da maioria das mães entrevistadas, variou de 20 a 40 minutos, segundo os relatos abaixo:

... uns 25, 30 minutos por vez, mais ou menos isso ... (S1-E1)

... ficava uns 30 minutos, dependia do dia... (S2-E1)

... fico mais ou menos meia hora esgotando, esgoto as duas... (S4-E1)

... eu fico uns 20, 30 minutos, mais ou menos, depende do dia! (S-5E1)

... meia hora, quarenta minutos [risos] ... Ah!! Ele fica me esperando, contando o tempo no relógio ... (S7-E1)

No caso de S2, a mãe refere o tempo no passado, pois esgotou as mamas somente na primeira semana. Já o relato de S7 evidencia novamente a presença de seu marido durante a hospitalização do filho. S7 relatou, durante a observação com o filho, que o marido foi um grande incentivador para ela continuasse o esgote das mamas.

Entretanto, duas mães, S3 e S6, relataram permanecer até uma hora ordenhando as mamas. O relato de S3 é o que melhor evidencia essa situação:

*... fico mais ou menos 40 minutos, às vezes, fico lá até quase uma hora
... tento tirar bastante mais ainda não consigo, fico bastante tempo ...
(S3-E1)*

No discurso de S3, percebe-se que a permanência da mãe no BLH deve-se ao fato de ela pensar que, ficando mais tempo e estimulando mais, possa conseguir esgotar mais leite, o que não é verdade. A produção de leite, segundo vários autores, está diretamente relacionada à frequência da sua extração, e não ao tempo de duração da extração (MARTINEZ; CAMELO, 2001; ALDEN, 2002; FALCÃO, 2003; NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Na observação no BLH de S3, a mãe permaneceu no BLH realizando a ordenha das mamas por 20 minutos. Após o término do esgote, S3 mostrava-se muito angustiada em relação a pouca quantidade de leite que havia esgotado.

Na segunda entrevista, S3 e S6 relataram uma diminuição na frequência do esgote das mamas. Desta maneira, pode-se inferir que o desgaste emocional causado pelo tempo excessivo da ordenha no BLH, durante a primeira semana –

que, segundo as mães foi de aproximadamente uma hora – influenciou as mães negativamente a reduzirem tal estímulo.

A observação mostrou que o tempo destinado pelas mães para realizar a ordenha no BLH variou de 12 a 25 minutos, apesar de algumas afirmarem nas entrevistas que costumavam esgotar até uma hora. A redução no tempo de esgote, durante a observação, pode ser atribuída ao fato de as mães estarem sendo observadas pela pesquisadora durante o procedimento.

A dor ao esgotar as mamas no BLH foi um assunto bastante abordado pelas entrevistadas; todavia, durante as observações da ordenha do seio no BLH, esta situação não foi evidenciada pela pesquisadora. A presença da dor durante a realização do primeiro esgote das mamas no BLH pode acontecer. No depoimento de S1 e S3, as mães relatam ter sentido dor apenas na primeira extração de leite com a esgotadeira elétrica, conforme as seguintes falas:

... *A primeira vez doeu!* (S1-E1)

... *só doeu uma vez. Agora não dói mais* ... (S3-E1)

Com respeito a essa questão, Giugliani (2004) afirma que os mamilos podem ficar doloridos devido ao uso inadequado de bombas de ordenha de leite. Assim sendo, pode-se inferir que, durante o primeiro esgote das mamas no BLH, as mães ainda não tinham prática em manipular o equipamento, causando, assim, algum trauma mamilar.

Salienta-se, ainda, que as mães, mesmo sentindo dor, continuam a realizar o esgote das mamas, pois são orientadas pelos profissionais de que a não retirada

do leite provoca o ingurgitamento, e, por conseqüência, elas não poderão amamentar seus filhos. Tal situação pode ser observada no relato de S6:

A dor foi insuportável que não dava nem pra encostar, daí a doutora disse se eu não fizesse igual [o esgote das mamas no banco] elas iam endurecer e aí eu não ia consegui dá mamá (S6-E1)

Desta forma, ¹Tamez e Silva (2002) afirmam que, embora haja a presença de dor nos mamilos, é fundamental que as mães continuem a esgotar as mamas, a fim de estimular a produção láctea, entretanto, as nutrizes devem evitar realizar este procedimento por um longo período de tempo. Os mesmos autores recomendam que a freqüência do esgote seja feito de 2 a 3 horas, durante o dia, e, de 3 a 4 horas, durante a noite.

As bombas elétricas devem ser utilizadas por aquelas mães que necessitam ordenhar as mamas por um período mais prolongado, pois a pressão da sucção promovida pela esgotadeira elétrica é mais parecida com a que ocorre quando o bebê suga ao seio materno. Entretanto, o parâmetro da bomba deve ser programado de tal forma que a pressão realizada não seja muito intensa. Nos casos em que a mãe referir dor, é recomendado que a pressão de sucção das bombas de ordenha elétrica seja ajustada a um nível de pressão mais confortável a ela (¹TAMEZ; SILVA, 2002). A força de sucção do equipamento foi um fator identificado pelas mães que contribui para a promoção da dor durante o esgote das mamas, como se observa a seguir:

... Dói ... { } a coisinha [a esgotadeira] ali, vai puxando forte ... daí dói um pouco. (S6-E2)

... Suga muito. Machuca, realmente machuca ... (S7-E1)

A presença de dor relatada por essas mães pode ser um fator que as desestimule a realizar esse procedimento tão importante para a manutenção da lactação.

A promoção de uma boa orientação aos pais em relação à técnica da bomba utilizada no esgote previne possíveis traumatismos mamilares (CALLEN; JENNIFER, 2005). S4 sentiu-se bem orientada pelos profissionais, e concluiu que isso foi decisivo para que ela não tivesse problemas em relação à técnica da ordenha mecânica das mamas, conforme sua declaração:

.... Elas explicavam bem direitinho como tinha que fazer ... tanto que eu nunca me machuquei.... (S4E3)

5.4 “É muita Informação!”

A Categoria “É muita informação!” surgiu do depoimento de uma das mães, referindo-se com ênfase à quantidade de informações que recebia acerca da manutenção da lactação. De fato, as informações dadas às mães são muito variadas e não fazem parte do cotidiano das pessoas. Porém, quando as mães falam do significado das informações, elas afirmam gostar de recebê-las, tanto dos profissionais, quanto de familiares e amigos, afirmando terem a sensação de serem cuidadas quando isso acontece.

A maioria das mães demonstrou ter sido bem orientada quanto às formas de manter a produção de leite e de amamentar seu filho, durante a hospitalização.

O depoimento de S1 comprova isso:

.... a gente é bem orientada. Todas as gurias!!! ... qualquer uma delas nos ajuda, quando a gente precisa (S1-E1)

Percebe-se, através da fala de S1, que a orientação recebida, além de aproximar a mãe dos profissionais, fez com que ela se sentisse mais amparada e cuidada pelos mesmos. Conforme Giugliani e Lamounir (2004), o apoio de profissionais de saúde que possuam conhecimentos sobre o aleitamento materno e, sobretudo, consigam promover uma orientação adequada às nutrizes, é fundamental para aquelas mães que optam por manter a lactação e amamentar seu filho durante o período de hospitalização.

Vale lembrar que o hospital onde foi feita a pesquisa possuía o título de “Hospital Amigo da Criança (desde 1997), e, por isso, proporciona um ambiente favorável à promoção do aleitamento materno, contando com profissionais capacitados para a orientação das mães durante a lactação (ANDRADE; SEGRE, 2002). Além disso, as mães que dão a luz a seus filhos nesse hospital recebem um manual ilustrado com orientações sobre as unidades de internação, as formas de manter a produção láctea e sobre o aleitamento materno. Segundo as mães sujeitos deste estudo, estes materiais trazem informações claras e objetivas de como manter a lactação, tanto no domicílio, quanto no hospital, configurando uma importante forma de transmitir conhecimento, o que se percebe na fala de S7:

..... Recebi um livrinho ... que mostra a massagem pra não empedrá, a ordenha pra não doer, como dá [o seio] pro nenê ... (S7-E1)

A quantidade de informação repassada para as mães, nesse período, pode ser superior ao que elas, na sua ótica, estejam de fato necessitando. Assim, o excesso de orientações, mensurado pela própria mãe, também pode ser um fator que a desestimule, como aparece no desabafo de S2:

... É muita informação!... (S2-E1)

A forma de estimulação da lactação mais citada pelas mães cujos bebês ainda não mamavam, foi a ordenha mamária, em casa e no hospital. As mães referem que a ordenha é necessária para retirar e estimular a produção de leite. Apenas uma mãe (S1, mãe de gemelares) não fez esta referência, pois ela iniciou a amamentação de um dos filhos logo após o parto. Seguem abaixo os depoimentos de algumas mães que fazem referência à ordenha mamária:

...explicaram que eu deveria ir lá no banco de leite tirar... (S3E1)

... tinha que estimulá pro leite vim, esgotando em casa e aqui... (S4E1)

Quanto a essa questão, Serra e Scochi (2004) asseguram que a imaturidade dos sistemas, associada às condições clínicas de muitos RNPT, impossibilita aos bebês, por um período de tempo, a estimulação da lactação através da sucção ao seio. Assim, a ordenha mamária, segundo Lana (2001), é uma das formas de estimular a produção láctea, que deve ser ensinada às mães

cujos bebês ainda não estejam mamando, e esse procedimento deve ser iniciado nas seis primeiras horas, após o nascimento do filho.

A alimentação foi outra forma encontrada pelas mães para manterem a lactação. No hospital onde foi realizada a pesquisa, as mães que acompanham seus filhos durante a internação, recebem três refeições diárias, balanceadas, que são feitas no refeitório da própria instituição. As mães referem ser necessário ter uma alimentação saudável, ingerindo uma boa quantidade de líquidos diariamente, para aumentar a produção de leite, como se observa através dos relatos de S1 e S4:

... a alimentação saudável, porque aqui [no hospital] a comida é boa, tô tomando bastante líquido ... (S1-E1)

... tomar bastante líquido ... mas depende da quantidade de líquido que eu tiver tomando, daí sai mais [leite] ... (S4-E2)

Alden (1999), a esse respeito, afirma que a manutenção de uma dieta equilibrada durante a lactação ajuda a mãe a satisfazer suas necessidades nutricionais, que são aumentadas nesse período. Em relação à quantidade de líquidos, o autor cita que a quantidade necessária é aquela que satisfaça às necessidades em relação a sua sede, sendo que muitas mães chegam a ingerir, nesta fase, de 2 a 3 litros de líquidos diariamente. Ichisato e Shimo (2001), sobre esse aspecto, ressaltam que, para a formação do leite, todos os alimentos ricos em água, sais minerais e vitaminas, glicídios, proteínas e lipídeos são importantes.

A realização de massagem nas mamas foi outra forma utilizada pelas lactantes sujeitos desta pesquisa para estimular a produção láctea. Segundo a maioria das mães, a massagem é percebida como uma forma de prevenção do

ingurgitamento mamário, pois sabem que, com as mamas ingurgitadas, a retirada do leite pode ser desconfortável, como se observa nos relatos de S5 e S6:

....fazendo massagem...., tento sempre a massagem, pra depois não empedrá... (S5-E1)

.... elas me ensinaram a fazer massagem no peito, sabe, aperta o bico [do seio] {} Se endurece.... é horrível de tirar... (S6-E1)

S6, que afirma realizar freqüentemente a massagem nas mamas, evidencia a eficácia de tal procedimento ao relatar uma situação de ingurgitamento mamário que aconteceu em sua casa, conforme seu depoimento:

.... Ontem cheguei em casa e endureceu, daí eu peguei e comecei a fazer massagem com a mão mesmo, daí desindureceu ... (S6-E2)

A massagem no seio, citada também por Nascimento e Issler (2004), é uma técnica que auxilia no aumento da produção láctea, pois, fluidificando o leite da mama, facilita a realização da ordenha mamária. Todavia, aquelas mães que já têm uma produção adequada de leite, são orientadas a não realizarem a massagem, pois, com esse estímulo, poderão produzir mais leite. E isso é evidenciado pelo depoimento de S7:

Não faço massagem, porque a... enfermeira disse que... não é bom eu fazer a massagem ... Ela disse que daí eu vou ter mais...e daí vai empedrá mais... (S7-E1)

Quanto à estimulação da lactação no domicílio, as mães declaram que realizam, além das massagens, a ordenha manualmente das mamas ou a ordenha utilizando as bombas tira-leite, conforme os seguintes relatos:

... tiro em casa ... com massagem ... com a maquininha ... (S4-E2)

.... elas me ensinaram a tirá o leite com a mão... daí tô fazendo assim... (S6-E1)

Porém, algumas das mães demonstraram que o cansaço foi determinante para não continuarem a estimulação em casa, como é o caso de S7:

Em casa acho que esgotei uma vez, mas não faço mais, chego muito tarde e muito cansada de noite ... (S7-E2)

Percebe-se que a estimulação realizada em casa pelas mães ocorreu com menos frequência do que a estimulação no hospital. Isso possibilitou fazer-se as seguintes inferências: a presença da mãe no hospital, devido à proximidade com o filho, pode ser estimulante, da mesma forma que o hospital, em si, pode representar um ambiente de maior cobrança para a estimulação. As duas mães que permaneceram no hospital durante todo o período de hospitalização do filho, S1 e S3, mantinham a estimulação através da ordenha mamária no BLH.

Outro fato importante diz respeito ao momento em que os bebês começaram a mamar no peito. Todas as mães, ao realizarem algum tipo de estimulação em casa, disseram parar a estimulação com o objetivo de ter mais leite para o filho mamar no hospital. A fala de S4 demonstra bem esse conceito:

... em casa, eu não tenho tirado mais tirado, porque quero ter pra dá pra ele ... agora eu comecei a dar de mamá pra ele eu parei de tirar em casa, porque daí sobra mais pra ele mamá ... (S4-E3)

O encerramento da estimulação, em casa, e a diminuição ou o término da estimulação no hospital citado anteriormente na categoria 3, ocorreu, segundo as mães, devido ao início da amamentação, constituindo um fator que interfere na manutenção da lactação, pois, sem a estimulação freqüente, há redução na produção de leite.

O convívio diário das mães, a partir da interação de seus filhos na UTIN, favorece a troca de experiências entre elas e proporciona um maior entrosamento. Assim, as experiências negativas das mães - como, por exemplo, o ingurgitamento mamário - podem ser compartilhadas, e são transmitidas às nutrizas iniciantes. S4 relata conhecer mães que, por não realizarem a retirada do leite da mama, ficaram com a mama ingurgitada e passaram dificuldades para fazer a extração do leite. A fala de S4 demonstra tal situação:

Eu sei de gurias que deixaram de ir muito tempo [no banco] e...ficou empedrado, passaram uma baita dificuldade pra tirar depois (S4-E2)

Através de seu discurso, S4 considera necessário o esgote das mamas para que o ingurgitamento mamário não aconteça, porque, após seu estabelecimento, as mães sofrem para fazer a retirada do leite “empedrado”. A respeito disso, Giugliani (2000) declara que o ingurgitamento mamário é um dos problemas mais comuns do período da lactação, e ele acontece quando a produção de leite é maior do a quantidade retirada das mamas, tanto pela sucção do bebê, quanto pela ordenha manual ou mecânica. Lana (2001) complementa dizendo que as mamas ficam endurecidas e doloridas com o acúmulo de leite, e, em conseqüência disso, as mães podem ficar desestimuladas em realizar o

esgote das mamas, devido à dor sentida. Giugliani (2004), a seu tempo, afirma que, para prevenir o ingurgitamento mamário, a mãe deve promover o esvaziamento freqüente das mamas. Assim, a mãe não sentirá dor ao esgotar as mamas, e continuará a estimular a produção de leite.

Das sete mães incluídas no estudo, apenas duas já tinham outros filhos e relataram ter experiências prévias com o aleitamento materno. Primo e Caetano (1999) declaram que a experiência de ter amamentado outro filho influencia a mãe na decisão de manter a lactação e de amamentar um novo filho. Quando essa experiência é classificada pela mãe como positiva, ela pode vir a optar pelo aleitamento materno mais facilmente. A partir dessa opção, a mãe será incentivada a realizar a ordenha mamária para manter a produção láctea, enquanto o bebê ainda não puder mamar.

S2 relata ter uma experiência positiva com o aleitamento materno que perdurou por quase três anos, e demonstra, através de sua expressão facial nesse momento, estar feliz por essa conquista. A mãe também afirmou que a não utilização da alimentação complementar, no caso do filho anterior, deveu-se ao fato de ela conseguir produzir a quantidade suficiente de leite de que seu filho necessitava. O sucesso da experiência anterior contribuiu para a decisão de S2 de suspender o esgote das mamas precocemente, na segunda semana. Tal situação pode ser inferida a partir da seguinte fala de S2:

... a primeira nenê dei de mamá até quase 3 anos ... dei mamá bastante tempo ... não dei complemento ... (S2-E1)

Ao contrário da experiência de S2, S3 relata uma experiência infeliz com o aleitamento materno. S3 afirma que, mesmo pensando que iria amamentar a

primeira filha por muito tempo, não conseguiu prosseguir com o aleitamento materno por mais de três meses, pois seu leite havia secado. Entretanto, mesmo apresentando dificuldades no aleitamento materno, percebemos, através do seu relato, a maneira decidida de tentar amamentar a segunda filha pelo tempo que conseguisse:

... A primeira [filha] amamentei até os três mês, porque secou meu leite, até pensei que ia dá um monte de tempo ... E essa... [RN incluída na pesquisa] quero amamentar até secá ... (S3-E1)

Apesar do interesse demonstrado anteriormente por S3, na segunda semana de internação, parecia menos interessada em amamentar a filha, pois era difícil encontrá-la junto ao bebê, e sua ausência fazia com que fosse constantemente solicitada pelas enfermeiras para amamentar a filha. A atitude desta mãe pode ser justificada pela saudade que sentia da filha de um ano e meio que não via desde o nascimento deste bebê. Em seu relato, percebe-se a saudade e a vontade de ir para casa:

Nossa!! Eu não agüento mais de saudade da minha filha [mãe demonstra expressão facial de tristeza]. Não fui pra casa ainda. Já tô aqui faz catorze dias... (S3-E2)

Muitas mães procuram fórmulas milagrosas para aumentar a produção de leite e referem receber informações de familiares e amigos sobre substâncias que estimulam a lactação. No relato de S4, ela declara ter aprendido que a cerveja preta ajudaria a aumentar a produção de leite. Apesar disso, ela afirmou não ter utilizado por se tratar de bebida alcoólica, mas pareceu querer confirmar a veracidade do efeito dessa bebida sobre a lactação, conforme sua fala:

.... disseram pra tomá.....cerveja preta, mas eu não vô tomá cerveja!! Acho que nem pode tipo tomá....mas dá leite, né!? (S4-E2)

Mennella (2001), relata que há evidências sobre a atuação do álcool na estimulação do hormônio responsável pela síntese do leite, a prolactina. Porém o mesmo autor alerta que a ingestão de bebidas alcoólicas por mães no período da lactação pode causar alterações no desenvolvimento motor das crianças.

S6 também recebeu a orientação de uma pessoa próxima para tomar um fármaco que estimularia a produção de leite. Porém, após a utilização do remédio, a mãe ficou apreensiva, pois não sabia se o medicamento faria efeito, como se verifica na seguinte fala:

... me disseram que era pra tomá, que daí ia saí bastante leite ... é remédio ... o plasil ... tomei ontem mas fiquei meio assim, será que vai dá certo? ... foi uma mulher lá do serviço da mãe que disse que o remédio é pra estimular o leite, dá mais leite { } Ai fiquei meio assim, pô, sem receita, sem nada, assim tomei um ontem e um hoje, não sei se tá dando resultado... (S6-E2)

Após três dias de uso do medicamento, S6 relata a ter parado de usar, pois ele não havia aumentado a produção de leite, conforme o discurso abaixo:

Tomei o remédio só 3 dias, daí parei, acho que não fez efeito pra mim. Continuava com pouco leite ...daí parei ... (S6-E3)

O medicamento citado por S6, Plasil, aumenta a produção de leite, pois estimula a liberação da prolactina. Este fármaco é recomendado para aquelas mães cujos bebês estejam impossibilitados de mamar e estejam esgotando as mamas (ICHISATO; SHIMO, 2001; NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Através da fala dessa mãe, pode-se inferir que o medicamento pode ter sido ineficaz devido a sua ansiedade. Vale lembrar que a ansiedade pode inibir a liberação do hormônio responsável pela ejeção do leite, a ocitocina (JÚNIOR; ROMUALDO, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do estudo, percebeu-se que a manutenção da lactação constitui uma prática muito complexa para que as mães absorvam todas as informações inerentes aos aspectos envolvidos neste processo. Um olhar atento do profissional de saúde precisa ser lançado sobre os resultados das orientações fornecidas às mães de RNPT, porque a absorção das orientações pode ser comprometida por fatores relacionados à própria situação de ter um filho prematuro e às dificuldades decorrentes da sua hospitalização.

A hospitalização do filho, como observado no discurso das mães, proporciona momentos difíceis que repercutem em toda sua situação familiar, colaborando ou não para a manutenção da lactação. A mãe, no nosso meio, é a pessoa mais solicitada para acompanhar o bebê, e é ela quem, de fato, vivencia todas as dificuldades que surgem na trajetória da internação até a alta hospitalar. Estar separada do filho é uma situação difícil para a mãe, especialmente nos primeiros dias, e, certamente, isso interfere nas relações com o mesmo. Desta forma, torna-se necessário reforçar a participação da mãe nos cuidados com o bebê, dando-lhe as devidas orientações.

A incidência de gemelaridade, na opinião das mães, potencializa a dificuldade delas em se afastar do filho. As mães que passam por isso, precisam de uma atenção diferenciada, pois terão que manter a lactação para dois ou mais bebês prematuros. No estudo, uma das mães de gêmeos teve apenas um dos filhos internado, o que constitui um evento inesperado, que merece aprofundamento.

O leite materno, na opinião dos autores consultados é, sem dúvida, considerado o alimento que mais colabora para o crescimento do RNPT. As mães

sabem que esse é o alimento ideal para todas as crianças, e revelam isso em suas afirmações; todavia, parece não serem unânimes quanto a essa questão em relação ao filho prematuro. O desejo de amamentar o filho prematuro pode-se perder, à medida que a hospitalização do filho se prolonga, e, conseqüentemente, a mãe, cansada de tanto estimular a produção de leite, desiste de tal procedimento.

A inserção da mãe nos cuidados com o bebê é apontada como uma medida essencial para que ela adquira autoconfiança e se sinta estimulada a manter a lactação. O Método Canguru, citado por apenas uma das mães, foi referido como uma maneira de iniciar a amamentação ao seio, estimulando a relação mãe/bebê; no entanto, essa mãe não o associou ao aumento na produção de leite, nem o citou como estímulo para mantê-la. O Método Canguru é uma proposta que precisa ser incentivada e desenvolvida junto a estas mães para fortalecer o vínculo com seu bebê, incentivando-as a manter a produção láctea durante a hospitalização de seus filhos.

As informações recebidas para manter a produção de leite foram relatadas de forma clara pelas mães, porém isso não ocorria na prática. Pensa-se que o tempo disponível para que os profissionais efetuem suas orientações nem sempre coincide com o tempo em que as mães estão presentes; mesmo assim, as orientações se mantêm importantes no contexto. Além do mais, uma vez que as mães citam a quantidade de informações que recebem como algo difícil de ser absorvido, pode-se supor que o curto espaço de tempo disponível pelo profissional seja outro fator que influencia negativamente esse processo. Assim, fracionar as orientações e confirmar qual o entendimento da mãe perante as mesmas, pode facilitar esse processo. A comunicação com a mãe, como se observou através da literatura, precisa ser diária, para identificar as dúvidas e solucionar prontamente os problemas.

A ordenha mamária é a orientação mais citada pela maioria das mães. Entretanto, apesar de parecer estarem bem informadas quanto aos benefícios deste procedimento, elas não conseguem manter a frequência recomendada para que o estímulo substitua adequadamente o papel da sucção do bebê, na produção de leite.

Além disso, as mães demonstram o desejo de amamentar seus filhos, mesmo fazendo uso da alimentação complementar. Talvez seja necessário, no momento da alta hospitalar, dar ênfase ao resgate do aleitamento materno exclusivo, indicando como fazer para que ele ocorra.

Outro aspecto, identificado no depoimento de algumas mães - que vale a pena salientar -, foi a presença de dor ao esgotar as mamas no BLH, o que pode representar um estímulo negativo - mesmo não estando isso explícito na fala delas - que contribui para a desistência da ordenha mamária.

A presença do marido foi importante, como destaca S7. Este depoimento representa o valor de haver uma pessoa junto à mãe, e acentua a importância da presença dela ao lado do filho, fato esse que poderia reforçar a vontade da mãe em manter a lactação durante a hospitalização do filho, caso as orientações fornecidas incluíssem os membros da família, que dão suporte à mãe.

A demora no início da amamentação desestimula a manutenção da lactação com ordenha. Novamente, torna-se necessário que o profissional esteja atento, e ajude essas mães a entenderem por que isso acontece, esclarecendo-as sobre a maturidade necessária para estabelecer a amamentação, fornecendo-lhes noções claras que as deixem mais otimistas.

O acompanhamento diário das mães que realizam o esgote no BLH, no momento em que uma mãe prematura esgota, deve ser feito com o intuito de clarear dúvidas sobre a quantidade de leite a ser esperada e sobre a qualidade da técnica

que está sendo utilizada. Além disso, é necessário conhecer as dificuldades pontuais e reforçar a ordenha mamária como substituta da sucção do bebê na manutenção da produção láctea.

A demora no início da amamentação foi o motivo principal que levou à interrupção da ordenha mamária, no hospital ou em casa. Um aspecto preocupante dessa análise é o fato de que as mães, que optaram por essa conduta, mesmo sabendo que os bebês continuariam a receber outro leite suplementar, não demonstraram sua preocupação com a qualidade do alimento ou com a maneira como ele era ofertado na sua ausência. A literatura consultada prevê a continuidade da ordenha à semelhança da sucção do bebê, porém não esclarece sobre o efeito do início da amamentação em prematuros para a manutenção da lactação.

É muito importante considerar que uma hospitalização prolongada, como a decorrente da imaturidade do bebê, acaba por afetar a disposição da mãe. Assim, com o passar do tempo, torna-se essencial reforçar aqueles sentimentos e crenças iniciais que motivavam a mãe a manter a lactação e a amamentar, evitando que as dificuldades e a demora em levar o filho para casa não destruam essas vontades.

Deste modo, o estudo remeteu à reflexão sobre a real importância do seguimento da lactação materna e dos resultados das orientações oferecidas às mães, como também parece confirmar um conflito, promovido pelas dificuldades que a prematuridade de um filho e sua hospitalização exercem sobre a disposição das mães em manter a lactação. Cabe, então, aos profissionais da saúde, auxiliar as mães, ajudando-as a superar tantas dificuldades, para terem mais sucesso na manutenção da lactação.

O estudo confirmou a importância do auxílio à manutenção da lactação para as mães que manifestam o desejo de amamentar um filho prematuro e que elas

precisam superar dificuldades bem pontuais devido ao afastamento e a hospitalização. A manutenção da lactação, no entanto, mostrou ser um tema muito complexo e demanda, por sua subjetividade, a continuidade das investigações.

A realização do estudo, por outro lado, gerou outras indagações; recomendando-se que, devido às respostas pouco esclarecedoras, informações sobre a influência do Método Canguru na lactação e na amamentação exclusiva e o que ocorre com as mães que realizam o esgote das mamas no BLH sejam investigadas.

REFERÊNCIAS

ALDEN, K. R. Nutrição e alimentação do recém-nascido. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.; BOBAK, I. M. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 928 p. p. 555-582.

ANDERSON, G. C. Current knowledge about skin-to-skin care for preterm infants. **Journal of Perinatology**, v. 9, n. 3, p. 163-173, 1991.

ANDRADE, I. S.; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 61-69, jan./mar. 2005.

ANDRADE, R. A.; SEGRE, C. A. M. Aleitamento materno: aspectos clínicos. *In*: SEGRE, Conceição A. M. **Perinatologia: fundamentos e prática**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. 923 p. p. 409-423.

ARAVENA; V. E. J.; FIERRO, E. H. Nivel de Estres de las madres com recién nacidos hospitalizados em la Unidad de Cuidados Neonatal. **Ciência y Enfermería**, v. 8, n. 1, p. 31-36, 2002.

BICALHO-MANCINI, P. G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 241-248, mar. 2004.

BORTOLOZO, E. A. F. Q.; TIBONI, E. B.; CÂNDIDO, L. M. B. Leite humano processado em bancos de leite para o recém-nascido de baixo peso: análise nutricional e proposta de um novo complemento. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 199-205, 2004.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S126-S130, 2004.

BRASIL, M. S. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Aspectos biológicos. *In*: _____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso**. Brasília, 2002. 282 p. p. 35-103.

BRASIL, M. S. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. *In: _____*. **Aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. p. 135-144.

BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 207p.

CABRAL, I. E.; TYRRELL, M. A. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. *In: GAUTHIER, et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 302 p. p. 18-29.

CALLEN, J. *et al.* Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the Hospital and Postdischarge. **Advances in Neonatal Care**, v. 5, n. 2, p. 93-103, abr. 2005.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A. Uso de medicamentos durante a lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S189-S198, 2004.

COSTA, H. P. F. Nutrição: alimentação enteral do recém-nascido pré-termo. *In: SEGRE, C. A. M. Perinatologia: fundamentos e prática*. São Paulo: Sarvier, 2002. 923 p. p. 428-436.

DINIZ, E. A. Leite humano e o recém-nascido pré-termo. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 283-285, 2000.

FALCÃO, M. C. Suporte Nutricional no recém-nascido doente ou prematuro. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 82, n. 1-4, p. 11-21, jan./dez. 2003.

FEWTRELL; M. S. *et al.* Randomized trial comparing the efficacy of a novel manual breast pump with a standard electric breast pump in mothers who delivered preterm infants. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. 1291-1297, jun. 2001.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R.. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, abr. 2004.

GAÍVA, M. A. M.; GOMES, M. M. F. **Cuidando do neonato**: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB, 2003. 192 p. p. 35-62.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. S238-S252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S147-S154, 2004.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S117-S118, 2004.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: DACASA, 2000. 180 p.

GOMES, A. L. H. *et al.* Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multidisciplinar. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**, v. 8, n. 4, p. 205-208, 1997.

GONÇALVES, A. C. Aleitamento Materno. *In*: OLIVEIRA, D. L. (Org). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 423 p. p. 387- 421.

HILL, P. D.; ALDAG, J. C.; CHATTERTON, R. T. Effects of pumping style on milk production in mothers of non-nursing preterm infants. **Journal Human Lactation**, v. 15, n. 3, p. 209-216, 1999.

HILL, P. D. *et al.* Comparison of milk output mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. **Journal Human Lactation**, v. 21, n. 1, p. 22-30, 2005.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Manual de Orientações para paciente e familiares da Unidade de Internação Obstétrica e Unidade de Internação Neonatal**. Serviço de Enfermagem Materno-Infantil. Porto Alegre: Publicações HCPA, 2006. 28 p.

HOWARD, K. M.; ALLEN, M.. Breastfeeding. *In*: CLOHERTY, J. P., EICHENWALD, E. C., STARK, A. R. **Manual of Neonatal Care**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. 818 p. p. 139-145.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K.. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 70-76, set./out. 2001.

JAVORSKI, M. *et al.* As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 890-898, nov./dez. 2004.

JÚNIOR, W. M.; ROMUALDO, G. S., A anatomia e Psicofisiologia da lactação. *In*: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 430 p. p. 3-14.

LAMOUNIER; J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER; C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S181-S187, 2004.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001, 423 p.

LATVA, R. *et al.* Visiting Less than every day: a marker for later behavioral problems in finnish preterm infants. **Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine**, v. 158, n. 12, p. 1153-1157, dec. 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E. P. U. 1986. 99 p. p. 11-53.

MARCÍAS, G. Arias. *et al.* Factores prenatales relacionados con la prematuridad. **Revista Cubana de Pediatria**, v. 73, n. 1, p.11-15, 2001.

MARTINEZ, F. E.; CAMELO, J. S. J. Alimentação do recém-nascido pré-termo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. S32-S40, 2001.

MATALOUN, M. M. G. B. *et al.* Repercussões neonatais do uso de leite materno com aditivos e fórmulas para pré-termo em recém-nascidos de muito baixo peso. **Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 247-256, 2004.

MENNELLA, J. Alcohol's effect on lactation. **Alcohol Research & Health**, v. 25, n. 3, p. 230-234, 2001.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80 p.

NADER, S. S.; PEREIRA, D. N.. Amamentação. *In*: NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. (Org.). **Atenção Integral ao Recém-Nascido**: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004. 160 p. p. 77-86.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S163-S172, 2004

OLIVEIRA, R. G. Aleitamento Materno. *In*: OLIVEIRA, R. G. **Black Book Pediatria**. 3. ed. Minas Gerais: Black Book, 2005. 640 p. p. 404-405.

PENALVA, O.; SCHWARTZMAN, J. S. Estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe-Canguru. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 33-39, 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. p. 268-289.

PRIMO, C. C.; CAETANO, L. C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, p. 449-455, 1999.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p. p. 70 - 89.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago. 2003.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 727-735, set./out. 2004.

SEGRE, C. A. M. Recém-nascido de pré-termo. *In*: SEGRE, Conceição A. M. **Perinatologia**: fundamentos e prática. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. 923 p. p. 232-250.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, jul-ago. 2004.

¹TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. Aleitamento materno. *In:* _____. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 205 p. p. 119-129.

²TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. Cuidado centrado da família. *In:* _____. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 205 p. p. 171-175.

THOMAZ, A. C. P. *et al.* Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 139-146, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p. p. 133-173.

VALDÉZ, V.; SÁNCHEZ, A. Pérez; LABBOK, M. **Manejo Clínico da Lactação: assistência à nutriz e ao lactente**. CIDADE: Revinter, 1996. 128 p.

WONG, D. L. Promoção da saúde do recém-nascido e da família. *In:* _____. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p. p. 157-194.

APÊNDICE A: Instrumento para a realização da Primeira Entrevista

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Disciplina ENF99004 - Trabalho de Conclusão de Curso – TCC I

Projeto de Pesquisa: Percepção das Mães de Recém-nascidos de Pré-termo Hospitalizados acerca da Manutenção da Lactação.

Sujeito: _____

Idade: _____

Data: ____/____/2006.

PRIMEIRA ENTREVISTA

1. Você tem outros filhos? Algum deles já esteve hospitalizado?
2. Como você está se sentindo em relação à hospitalização do seu bebê? Por quê?
3. Você recebeu orientações sobre a produção e a extração de leite materno no hospital? O que você acha disso?
4. Você deseja manter a lactação, através do esgotamento das mamas, durante o período de hospitalização do seu filho?
5. O que você está conseguindo fazer a respeito das orientações recebidas?
6. Você está esgotando as mamas para estimular a produção de leite? Onde?
7. Como foi a experiência de ter esgotado as mamas pela primeira vez?
8. Fale como foi a experiência de ter ido pela primeira vez ao BLH?
9. Quantas vezes você está conseguindo esgotar as mamas? Por quê?

APÊNDICE B: Instrumento para a Realização das Entrevistas Subseqüentes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Disciplina ENF99004 - Trabalho de Conclusão de Curso – TCC I

Projeto de Pesquisa: Percepção das Mães de Recém-nascidos de Pré-termo Hospitalizados acerca da Manutenção da Lactação.

Sujeito: _____

Idade: _____

Data: ____/____/2006.

ENTREVISTAS SUBSEQÜENTES

1. O que você pode contar a respeito da manutenção da lactação desde a 1ª entrevista até este encontro? Por quê?
2. Quantas vezes você está conseguindo esgotar as mamas no BLH? Por quê?
3. Você tem conseguido esgotar o leite em casa? Por quê?

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS/ GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: Percepção das Mães de Recém-nascidos de Pré-termo Hospitalizados acerca da Manutenção da Lactação.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar desta atividade de pesquisa vinculada à Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que está sendo realizada pela acadêmica Melissa de Azevedo, sob a orientação da professora Eliane Norma Wagner Mendes.

Com este estudo, pretendemos identificar a percepção das mães de recém-nascidos de pré-termo hospitalizados acerca da manutenção da lactação.

Esclarecemos que os dados serão obtidos através de entrevistas semanais individuais, de observações do ambiente de cuidado ao bebê prematuro e do Banco de Leite Humano. A participação no estudo é voluntária.

Consideramos que a sua percepção acerca da manutenção da lactação, através do esgote das mamas, durante a hospitalização de seu filho, deve ser levada em consideração pela equipe de enfermagem, para que possamos promover uma melhor orientação a todas as mães que realizam este procedimento.

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, declaro ter sido orientada de forma clara e detalhada, livre de constrangimento e coerção, sobre os objetivos, a justificativa e os benefícios do presente Projeto, assim como as atividades a que serei submetida.

Fui igualmente informada sobre:

- a garantia de receber resposta e esclarecimentos sempre que tiver dúvidas relacionadas à pesquisa;
- a liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar da entrevista a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo pessoal;
- a segurança de que não serei identificada, e que será mantido o caráter confidencial das informações por mim prestadas relacionadas à minha privacidade.
- a gravação em áudio da entrevista será utilizada pela pesquisadora para transcrição dos dados; feito isto, as fitas serão destruídas;
- o tempo previsto para a entrevista é de 20 a 30 minutos, podendo o mesmo ser variável, de acordo com as particularidades de cada entrevistada.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, e deixarei meu consentimento formalizado, através de minha assinatura no presente documento.

As pesquisadoras responsáveis

► Acad. Melissa de Azevedo
Telefones: (051) 3217 6649/ 9617 6025

► Prof. Enf. Eliane Norma Wagner Mendes
Telefone: (051) 99637723

Porto Alegre, de de 2006.

.....

.....

.....

.....

Nome e assinatura da participante

Assinatura das pesquisadoras

ANEXO: Parecer de Aprovação do Projeto do Trabalho de Conclusão**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-568**Versão do Projeto:** 19/01/2006**Versão do TCLE:** 19/01/2006**Pesquisadores:**

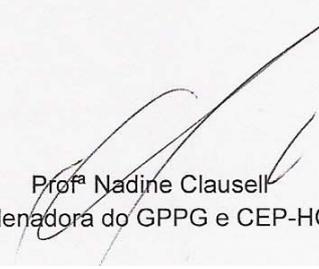
ELIANE NORMA WAGNER MENDES

MELISSA DE AZEVEDO

Título: PERCEPÇÃO DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE PRÉ-TERMO
HOSPITALIZADOS ACERCA DA MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 23 de janeiro de 2006.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA