



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

Aleitamento materno exclusivo: no vivido das nutrizes de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva

GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES

GOIÂNIA

2013



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

Aleitamento materno exclusivo: no vivido das nutrizes de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva

GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientadora: Professora Dr^a. Licia Maria Oliveira Pinho

**GOIÂNIA
2013**

Folha de aprovação

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as atoras participantes deste estudo, às Mães que confiaram a mim as suas angústias, felicidades, seus medos, sofrimentos, renascimento e aprendizagem. Sem elas seria impossível construir este conhecimento e trilhar este caminho.

AGRADECIMENTOS

A trajetória da qualificação profissional é difícil e em certos momentos tortuosos, mas as alegrias e as satisfações a cada conquista superam tudo, principalmente porque encontramos pessoas que nos mostram que podemos fazer desses momentos difíceis e dos obstáculos ensinamentos que levaremos para o resto das nossas vidas e contribuirão para nosso crescimento pessoal e profissional nos transformando em pessoas melhores.

A **Deus**, fonte de luz, pela oportunidade desta existência e por guiar meus passos e me permitir crescer.

Aos meus pais, **Arisilvio** (in memoriam) e **Ana**, pessoas responsáveis por meu existir, por toda compreensão e amor, oportunizaram vislumbrar novos horizontes com exemplo de honestidade e perseverança e me ensinaram através de seus exemplos que a vida é um contínuo desafio para quem deseja vencê-la.

Ao meu esposo, **Rogério Marques**, companheiro e amigo de todos os momentos pelo muito que temos convivido, pelo amor maduro que nos une, pelo estímulo e constante apoio nos momentos difíceis desta caminhada.

Aos meus filhos, **Maria Júlia** e **Davi**, pelo amor incondicional e pela oportunidade de me permitir o experimentar de ser mãe, pelos momentos de alegrias, dúvidas e conflitos e pela compreensão nos momentos de ausência e por fazer, da dor da saudade, força para continuar.

Aos meus irmãos **Silvio** e **Anderson**, e **familiares** pelo carinho e apoio neste caminhar.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a **Licia Maria Oliveira Pinho**, fonte de sabedoria e humildade, pela condução no caminho que trilhei durante o mestrado repleto de lutas e conquistas. Por ter acreditado e confiado em mim, por sua competência,

paciência, disponibilidade, profissionalismo, compreensão e carinho. Muito obrigada pela presença constante, pelo educar que me proporcionou crescimento pessoal e profissional.

À minha segunda família, meus tios **Heitor** e **Analúcia**, que me acolheram como filha, permitindo conviver dias de carinho, aconchego e afeto, o meu muito obrigado.

As **atoras** deste trabalho, sem as quais esse caminho não seria trilhado, que oportunizaram partilhar suas angustias, medo, felicidade e superação do ser mulher, mãe, esposa e trabalhadora. Deixo o meu agradecimento e dedicação.

À coordenadora do programa a professora Dr.^a **Maira Barberi**, pelos seus ensinamentos e acompanhamentos durante o curso.

Aos **docentes** e **funcionários** da PUC-Goiás, pelos encontros e experiências vividas ao longo do nosso curso.

Às colegas do mestrado, **Grazi**, **Dete**, **Helaine**, **Virginia** e **Marina**, pessoas especiais que oportunizaram conviver e aprender com cada uma de vocês e ser uma pessoa melhor admirando cada uma na sua singularidade. Obrigada pela convivência.

Ao **Hospital Regional de Guanambi** por ter permitido a realização da pesquisa.

Às minhas amigas **Tatiana Soares** e **Ana Cláudia**, pelas palavras de apoio e incentivo.

Aos **professores**, **amigos**, **alunos** e **funcionários** da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus XII, pelo apoio constante.

“É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar; é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver...”.

Martin Luther King

MARQUES, G. C. M. **Aleitamento materno exclusivo: no vivido das nutrizes de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva.** 2013. f. 107. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Goiânia, 2013.

RESUMO

O aleitamento materno é reconhecido como prioridade da política pública de saúde na redução da mortalidade perinatal e infantil. Entretanto apesar dos programas de incentivo ao aleitamento materno, sua implementação ocorre, no Brasil, em padrões inferiores ao preconizado. Estudo descritivo qualitativo com abordagem fenomenológica e tem por objetivo, compreender o significado do uso do aleitamento materno exclusivo na visão de mães que tiveram seus bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os dados foram coletados no período de julho de 2011 a julho de 2012, por meio de entrevistas semi-estruturadas com mães. Utilizei da observação como forma de buscar aprofundar ou alcançar a essência das informações referentes ao fenômeno. Na análise dos discursos emergiram quatro categorias: Instinto materno e senso comum no aleitar; Aleitamento materno importante ato de amor; Motivação para continuidade ou abandono do amamentar; Influências do (des)conhecimento das informações referentes à amamentação. Resultados: o estudo revelou o sofrimento, a dor, a angústia, a frustração, sentimentos que podem ser minimizados com repensar das ações de educação em saúde de forma individualizada reconhecendo o saber do outro; o mundo vivido do outro e a partir daí construir junto um verdadeiro educar. Tornando assim nosso trabalho eficaz para um aleitamento materno exclusivo; diminuir o desmame precoce. A partir dessa compreensão quanto ao processo de aleitamento materno, algumas propostas foram elaboradas com o intuito de minimizar as dificuldades e aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo.

Descritores: Aleitamento materno. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Fenomenologia. Educação em Saúde.

MARQUES, G. C. M. **Exclusive breastfeeding: in the life experience of lactating mothers of newborns admitted to the intensive care unit.** 2013. f. 107. Dissertation (Master) - Catholic University of Goiás - PUC. Master in Environmental Science and Health. Goiânia, 2013.

ABSTRACT

Breastfeeding is recognized as a priority of public health policy in reducing perinatal and infant mortality. However, despite programs encourage breastfeeding, its implementation occurs in Brazil substandard. It's a descriptive qualitative study with phenomenological approach and aims at understanding the meaning of the use of exclusive breastfeeding to mothers who had their babies admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. Data were collected from July 2011 to July 2012, through semi-structured interviews with mothers. Observation was used to achieve or seek further the essence of the information regarding the phenomenon. In discourse analysis, four categories emerged: maternal instinct and common sense in breastfeeding; breastfeeding important act of love; Motivation to continue or abandon breastfeeding; Influences of (mis) understanding of information regarding breastfeeding. Results: The study revealed the suffering, the pain, the anguish and the frustration, feelings that can be minimized with rethinking the actions of health education individually recognizing the knowledge of the other, the world experienced by the other and from there build together a true education. Thus, making our effective work for an exclusive breastfeeding; decrease early weaning. From this understanding about the process of breastfeeding, some proposals have been drawn up in order to minimize the difficulties and increase the rate of exclusive breastfeeding.

Descriptors: Breastfeeding. Nursing. Neonatal Intensive Care Unit. Phenomenology. Health Education

LISTA DE SIGLAS

ACS (Agente Comunitário de Saúde)
AL (Ácido Linoléico)
ALA (Ácido Alfa-linolênico)
ALPV (Alergia à Proteína do leite de Vaca)
AME (Aleitamento Materno Exclusivo)
AM (Aleitamento Materno)
BLH (Banco de Leite Humano)
CNS (Conselho Nacional de Saúde)
DHA (Ácido Graxo Docosa-hexaenóico)
EPA (Ácido Graxo Eicosapentaenóico)
GM (Gabinete do Ministro)
IG (Idade Gestacional)
IHAC (Incentivo Hospital Amigo da Criança)
LA (Leite Artificial)
LH (Leite Humano)
LHC (Leite Humano Cru)
LHP (Leite Humano Pasteurizado)
LM (Leite Materno)
MS (Ministério da Saúde)
OMS (Organização Mundial de Saúde)
PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento)
PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno)
PSF (Programa de Saúde da Família)
RN (Recém-nascido)
RNMBP (Recém-nascido de Muito Baixo Peso)
RNPT (Recém-nascido Prematuro)
RNAR (Recém-nascido de Alto Risco)
SAME (Serviço Atendimento Médico e Estatística)
SUS (Sistema único de Saúde)
TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)
UNEB (Universidade do Estado da Bahia)
UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UTI (Unidade de Terapia Intensiva)
UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO.....	VIII
ABSTRACT	IX
LISTA DE SIGLAS	X
1. INTRODUÇÃO	13
1. 1. O encontro com a temática	13
1. 2. OBJETIVOS	21
1.2.1. Objetivo Geral	21
1.2.2. Objetivos Específicos	21
2. REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1. Amamentação	22
2.2. Leite Materno – Fonte de Vida	30
2.3. As intercorrências do leite artificial	37
3. METODOLOGIA.....	41
3.1. Tipo de estudo.....	41
3.2. Fenomenologia.....	43
3.3. Sujeitos da pesquisa	44
3.4. Critérios para inclusão e exclusão dos sujeitos.....	44
3.5. Aspectos éticos da pesquisa	45
3.6. O trabalho de campo	45
3.7. O momento das entrevistas.....	47
3.8. As participantes do estudo	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
4.1. Caracterização dos sujeitos	53
4.2. Buscando a compreensão do fenômeno	56
4.2.1. Instinto materno e senso comum no aleitar	57
4.2.2. Aleitamento materno importante ato de amor	58
4.2.3. Motivação para continuidade ou abandono do amamentar.....	63
4.2.4. Influências do (des)conhecimento das informações referentes a amamentação	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79

REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES.....	93
ANEXOS	102

1. INTRODUÇÃO

1.1 - O ENCONTRO COM A TEMÁTICA

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela procriação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Cujo objetivo era a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011a).

Até meados do século passado pouco se sabia das vantagens, importância e qualidade do leite humano. Isso dificultou o manejo adequado do processo de amamentação visto que fatores culturais políticos e sociais não eram explorados (SANTOS, 2004). A amamentação nem sempre foi considerado tema que despertasse interesse aos estudiosos e/ou profissionais que cuidavam de mulheres em processo de amamentação.

Ao longo do tempo, o aleitamento materno vem sofrendo influências das transformações sociais impostas pelo desenvolvimento econômico. O grau de modernização e urbanização tem sido apontado como provocador de alterações no padrão do aleitamento materno em todo o mundo (ASSIS et al., 1994). O ato de amamentar sofre modificações que variam conforme contexto social e momento histórico, apesar do conhecimento da sua importância ser uma prática muito antiga que independente de ser determinada biologicamente, ainda assim é algo histórico e culturalmente condicionado (BOSI; MACHADO, 2005).

Em 1981 foi lançado o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, essas intervenções vêm sendo desenvolvidas, muitas delas normatizadas e implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. As diversas ações desenvolvidas incluíam grupos de apoio à amamentação na comunidade,

campanhas na mídia, produção de material educativo, controle do marketing de leites artificiais, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, aprovação de leis que protegem a amamentação (ALENCAR, 2008a).

No Brasil, um importante marco no desenvolvimento da política de saúde foi a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, no ano de 1988. No entanto, mesmo antes da criação do SUS, o Brasil tem incluído na sua agenda de prioridades em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno sendo considerado como uma prática universal. Entretanto, esta prática é abandonada precocemente, fazendo-a se distanciar das recomendações da OMS.

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2011a). Tem em seu conteúdo dados epidemiológicos relacionados à saúde da mulher brasileira propondo novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde com as mulheres em respeito mútuo de modo que a incorporação à realidade assistencial de uma filosofia voltada para a mulher, com bases nas ações programáticas de assistência ao pré-natal, parto, puerpério, prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e planejamento familiar na tentativa de romper o modelo materno-infantil que considerava a mulher como um cliente especial devido a sua função de reprodução biológica (FIGUEIREDO, 2003).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), baseia-se nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto busca concentrar esforços para reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal adotando medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ampliar as ações já adotadas como investimento nas redes estaduais de assistência à gestante de alto risco, incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações como capacitação de parteiras tradicionais, financiamento do curso de especialização em enfermagem obstétrica e investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2000).

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal (BRASIL, 2011a).

Diante da importância e significado que o parto tem para muitas mulheres, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Sendo assim, o Ministério da Saúde lança uma Portaria nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005, para regulamentar a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

A Rede Amamenta Brasil foi criada em 2008, uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde (UBS), apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Entre os objetivos podemos citar a contribuição para aumentar os índices de aleitamento materno no país, discutir a prática do aleitamento no contexto do processo de trabalho das UBS, pactuar ações a partir da realidade das unidades, monitorar os índices de aleitamento materno nas populações atendidas e contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora (BRASIL, 2008).

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a

experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2011b).

Uma das prioridades a atenção integral à saúde da mulher e da criança, se relaciona à melhoria da assistência obstétrica de modo a reduzir morbimortalidade materna e neonatal, além da ampliação do acesso, da qualificação e da humanização da atenção pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento, nesse sentido estratégias vem sendo desenvolvidas, incluindo-se entre elas a melhoria da atenção ao parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais. No Brasil, discuti-se desde a década de 1970 a melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais. A determinação de definir diretrizes políticas e técnicas para a inclusão do parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS tem como um de seus fundamentos o compromisso com a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Para tanto, a humanização da atenção ao parto e ao nascimento deve ter como base o estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, com alojamento conjunto; o resgate dos processos de gestação, do parto, do puerpério e do nascimento como experiências humanas das mais significativas, que envolvem não só a mulher, mas o seu parceiro, sua família e a própria comunidade, a mulher e sua família como centros da atenção, respeito às características fisiológicas da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério (BRASIL, 2011c).

A prática da amamentação natural configura-se como objeto de interesse por ser considerada biologicamente determinada e socialmente condicionada. Entretanto, trata-se de um ato impregnado de ideologias e determinantes sendo, portanto, influenciada pelos condicionantes culturais, sociais, políticos e econômicos que a transformam em um ato regulável pela sociedade (ALMEIDA, 2002).

Cuidar de pessoas sempre foi algo presente em minha vida. Nesse sentido, o meu interesse pelo tema surgiu quando me vi na condição de prestar cuidados às gestantes, puérperas e recém-nascidos, despertado pelo fato de observar as queixas dessas mães em não ter êxito na amamentação, gerando sentimento de incapacidade para realizar os cuidados com o seu bebê. A Enfermagem sempre foi para mim o curso dos meus sonhos, minha realização pessoal e profissional porque fazer o que gosta torna-se prazeroso além de atrelado ao saber fazer, possibilita o poder agir exatamente de acordo com as necessidades humanas de pessoas

doentes e principalmente ter a possibilidade de cuidar com conhecimento, compromisso e competência. Ao passar no vestibular, me senti contemplada e sempre pensava que aquele era o momento de fazer diferente e resgatar a humanização na assistência, pois o que se percebe é que na condição de usuários ou acompanhante que dependiam dos profissionais de saúde durante o período de internação, a assistência fragmentava-se e perdia a essência do cuidar humanizado, do mais simples cuidado até o mais complexo. Vislumbrava agora a possibilidade de ser uma profissional competente, humana, habilidosa, com conhecimento para assistir o cliente em sua individualidade e singularidade.

Enquanto discente, vivenciei uma situação de difícil solução: interromper meus estudos temporariamente devido a minha primeira gestação ou concluir meu estágio assumindo também as responsabilidades e o compromisso do aleitamento materno visto que a liberação para a licença maternidade não era legal. Com a sobrecarga de atividades como estágio e apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso uma vez que são atividades obrigatórias e sendo a última etapa na Faculdade e fundamental para a conclusão do curso tão sonhado e batalhado, decidi continuar meus estudos com a convicção de não prejudicar o desenvolvimento e crescimento de minha filha, assumindo as responsabilidades do ato de amamentar e sabedora da importância do mesmo para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Entretanto não existindo a possibilidade de ser liberada para amamentar, uma vez que eram atividades presenciais, decidi buscar ajuda dos profissionais de saúde no banco de leite de uma unidade de referência materno infantil, na certeza que iriam ajudar-me a resolver meu problema, ou seja, continuar com o aleitamento materno exclusivo sem interromper meus estudos. Na unidade de referência materno infantil – Banco de Leite Humano (BLH), os cuidados vão desde a retirada, armazenamento, conservação e até oferta do leite.

Quando percebia que a quantidade retirada não era o suficiente para o período que me ausentaria, me desesperava e aquela angústia refletia ainda mais no processo, pois os sentimentos então vivenciados influenciavam e impediam ainda mais a ordenha do leite. Foi quando comecei a conhecer meu corpo no processo de produção do leite materno e os diversos fatores que contribuem negativamente a decida do leite. Não bastava somente compreender o processo da produção de leite, existia outro agravante deixar minha filha, ausentar-me por um período mesmo que

curto, mas o afastar do primeiro filho não foi fácil, muito menos deixar com uma pessoa sem experiência suficiente para lidar com os cuidados necessários para oferecer a dieta. Associada a todos estes fatores, existia a possibilidade de deixar o seio materno, bem como não manter a integridade do leite quanto à temperatura e forma adequada para aquecê-lo. A partir daí me identifiquei com o tema. Esse momento fez-me refletir e aprofundar acerca do assunto.

O aleitamento materno me inquieta, pois questionava como era possível ter conseguido conciliar as minhas necessidades em ter que me afastar de minha filha por um período, mantendo o aleitamento materno exclusivo mesmo com a necessidade de se fazer a ordenha manual e, além disso, ir contra os costumes e culturas das famílias, uma vez que pessoas próximas diziam para que fossem oferecidos outros alimentos na dieta, outro tipo de leite, chá e/ou água, e porque que outras mães em condições melhores que as minhas não tendo que se afastar dos filhos mesmo assim não conseguiam amamentar exclusivamente de leite materno.

Nessa linha de entendimento, algumas questões permeiam a prática do aleitamento materno, precisamente a partir deste momento como discente do Curso de Graduação em Enfermagem, se iniciou meu caminhar nos cuidados prestados às mulheres no ciclo grávido-puerperal e de recém-nascidos, momento este vivido por mim com intensa alegria, no que se refere ao aleitamento materno exclusivo.

Ansiosa em poder praticar meus conhecimentos, deparei-me enquanto Enfermeira Assistencial, com diversas situações que me fizeram questionar por que os profissionais não fazem a devida orientação se lhes é ensinado?

Quando então na condição de Enfermeira Assistencial, estive em unidades hospitalares e me senti decepcionada mais uma vez com a realidade que vivenciava em que gestantes e puérperas não tinham sido orientadas para o aleitamento materno exclusivo.

O mesmo ocorre em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal que embora durante muitos anos ficassem estigmatizadas como um local destinado a pacientes específicos em que o acesso era restrito e conseqüentemente o afastamento do convívio familiar se fazia presente. Há alguns anos, o movimento para a humanização do cuidar nessas unidades e o ato de amamentar ou retirar o leite são ações que aproximam as mães dos seus bebês, participando ativamente de sua

recuperação. Manter a estimulação dos mecanismos de produção de leite contribui consideravelmente para o aleitamento materno exclusivo no pós-alta.

Assim, decidi contribuir de forma inversa, ir por outro caminho, o caminho da docência. Iniciei minha atuação como docente na Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus de Guanambi, no curso de Bacharelado em Enfermagem. Entendendo que era a forma de fazer com que as ações de educação em saúde em específico na área materno infantil fossem trabalhadas com os discentes e futuros enfermeiros, de modo a contribuir para que a essência do cuidar não se perdesse pelo caminho, era o momento de buscar o melhor para aquelas mulheres, realizando várias ações de enfermagem, entre elas educação em saúde como: orientações do aleitamento materno exclusivo, suas qualidades, seus benefícios e seu custo em um Projeto de Extensão intitulado em Incentivo ao Aleitamento Materno.

Esse projeto surgiu das vivências em campos de estágios e práticas supervisionadas com gestantes e puérperas, onde era perceptível a carência de informações sobre o assunto aleitamento materno. Iniciou-se com um trabalho de Educação em Saúde na proposta de esclarecimento e ampliação dos conhecimentos acerca do incentivo ao aleitamento materno exclusivo. A partir de uma visão sistêmica e integrada, esta iniciativa quanto a importância do aleitamento materno está vinculada ao comportamento de apego e vínculo mãe/bebê que começa com a relação intra-uterina. É durante o processo de Educação em Saúde que se pretende estabelecer vínculos entre mãe e filho, ampliação do prazo de aleitamento materno exclusivo e conseqüentemente redução da morbimortalidade infantil. Cujos objetivos são contribuir de forma significativa na formação e capacitação de multiplicadores em atividades de Educação em Saúde, para que a equipe de saúde e usuárias das unidades básicas de PSF assumam a importância e responsabilidade em relação a necessidade do aleitamento materno exclusivo. Tendo como população alvo puérperas e gestantes que realizam Pré-Natal nos PSF.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos discentes monitores destacam-se: as ações educativas realizadas nas Unidades Básicas de PSF; distribuição de cartilhas educativas, visitas domiciliares e realização de oficinas para Agentes Comunitários de Saúde - ACS, gestantes e puérperas. Desse modo, durante as visitas domiciliares se discutem as vantagens da amamentação natural, avaliação

das mamadas, orientação das nutrizes e gestantes e distribuição de cartilhas educativas, formando multiplicadores de informações sobre o aleitamento materno.

Diante do exposto, várias questões foram suscitadas:

- 1- Há orientação e incentivo dos profissionais de saúde às mães no período de internação na Unidade de Terapia Intensiva quanto ao aleitamento materno exclusivo?
- 2- A atuação do enfermeiro na promoção da saúde contribui com o declínio do desmame precoce?
- 3- Existe relação entre a assistência ao pré-natal realizado pela enfermagem e o desmame precoce?
- 4- A equipe orientou a mãe quanto ao comportamento ideal levando em consideração as intervenções culturais dos avós, parentes e/ou amigos em relação à alimentação exclusiva com leite materno?
- 5- As mães entendem a importância do aleitamento materno exclusivo pelo período mínimo de seis meses?
- 6- O que a mãe pensa do próprio leite, ela acredita ser ele um alimento completo para o seu bebê?

Diante dessas inquietações, o aleitamento materno exclusivo é relevante e a realização deste estudo propõe contribuir para a identificação de práticas do aleitamento materno exclusivo após alta hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no sentido de reduzir a morbimortalidade perinatal e infantil.

Nesta linha de entendimento, nosso objeto de estudo se configura as mães que tiveram seus bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo nosso foco de estudo a compreensão que essas mães tem no que se refere a manutenção da prática do aleitar exclusivamente no pós-alta. As respostas a essas questões nos ajudarão a compreender o processo da amamentação sob o vivido da nutriz.

1.2- OBJETIVOS

1.2.1 - Objetivo Geral

Compreender o significado do uso exclusivo do aleitamento materno na visão de mães que tiveram seus bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

1.2.2 - Objetivos Específicos

- Descrever as práticas de mães no aleitamento de seus bebês após alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Descrever as orientações às puérperas quanto às práticas de aleitamento materno para recém-nascidos após a alta da internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal;
- Avaliar a prática do aleitamento materno exclusivo e a relação existente entre as orientações da enfermagem na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno no pós-alta da UTI Neonatal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Amamentação

A amamentação se apresenta como um dos mais importantes aspectos no primeiro período de vida do bebê, dentro do universo das primeiras relações e do momento sabidamente especial do pós-parto. Amamentar é uma experiência viva, de afetos ambivalentes que oscilam expondo seus envolvidos a uma grande intensidade emocional (FELICIANO, 2009).

Mesmo antes de Hipócrates já se sabia que evitar doenças está diretamente relacionada com uma boa alimentação. Entre gregos e romanos, a amamentação ao peito da própria mãe não era tão frequente como para os povos da Babilônia e do Egito, porém Hipócrates reconheceu os benefícios da amamentação como dieta higiênica profilática evidenciando a maior mortalidade entre aqueles que não eram amamentados ao peito. Com o surgimento do cristianismo aumenta o incentivo à prática da amamentação, no entanto no século XVIII não era mais visto com admiração pelas pessoas da sociedade européia e devido ao desmame precoce a mortalidade infantil aumenta muito chegando a alcançar índices elevados (VINAGRE; DINIZ, 2001).

Apesar de ser um processo fisiológico da mulher, a amamentação é fortemente influenciada pelo contexto sócio-histórico e o sócio-cultural. Há alguns séculos o aleitamento materno era comercializado pelas amas-de-leite que muitas vezes chegavam a morar na casa dos nobres da corte com a finalidade de amamentar ao seio e cuidar dos seus filhos. A escolha das amas-de-leite estava vinculada ao caráter e dignidade entre outros traços de personalidade, pois acreditavam que essas características eram transmitidas pelo leite materno. As mulheres da corte que não tinham condições de manter em suas casas as amas-de-leite, encaminhava seus filhos para a casa das mães-de-leite que tinham o aleitamento como uma forma de sustento para toda a família (FIGUEIREDO, 2003).

A condição das mulheres da corte não amamentarem seus filhos ao seio, iam além das questões estéticas e do afetar a vida social, a preocupação em criar vínculo materno com a criança era algo preocupante, uma vez que existia alta taxa de mortalidade infantil à época, desequilibrando a estrutura familiar.

Progressivamente, essa prática foi sendo abandonada na Europa, em meados do século XVIII a mulher europeia desperta ao papel de mãe e mulher na sociedade (FIGUEIREDO, 2003).

Conforme este mesmo autor, essa prática permaneceu por mais tempo no Brasil e durante o período colonial, escravas eram alugadas para amamentar os filhos de muitos senhores. Na busca de favorecer o uso das escravas para a lactação, alguns senhores impuseram às mulheres negras a prática de abortos violentos uma vez que os filhos dessas escravas não gerariam lucro imediato na produção.

No Brasil, a preocupação em retomar a prática da amamentação ressurgiu apenas no final da década de 1970 e início da década de 1980. Isso se deu, devido à alta mortalidade infantil, à desnutrição e às baixas taxas de aleitamento materno exclusivo e complementar. Na década de 70 (72-76) houve um grande incentivo ao aleitamento materno artificial com campanha de doação de leites nas maternidades públicas. Segundo Alencar (2008b) registros mostram que devido o aumento do desmame precoce consideravelmente. No final da década de 70, os valores da mortalidade infantil, no Brasil, atingiram 88 óbitos por mil nascidos vivos, sendo que no Nordeste, este índice chegou a 124, por mil nascidos vivos.

Na década de 80, iniciou-se a discussão sobre as rotinas hospitalares e a importância do apoio dos profissionais de saúde para o sucesso da amamentação. Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, com o apoio de vários segmentos da sociedade civil organizada (MONTEIRO, 2006).

Segundo Figueiredo (2003), mudanças ocorreram à medida que os séculos se passaram e atualmente as conquistas pelas mulheres por mercado de trabalho e melhores salários estão atrelados a tentativa de suprir as necessidades familiares o que, de certa forma, reduz ainda mais a prática de aleitamento materno.

Em setembro de 2000, na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), líderes de 189 países se reuniram para adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas, listando os valores considerados fundamentais para o mundo no século 21, extraídos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo que as metas dos oito ODM devem ser alcançadas em sua maioria até 2015. O Ministério da Saúde calcula que a meta de redução da mortalidade entre crianças menores de

cinco anos (ODM₄), será atingida em três anos antes do prazo-limite estabelecido pela ONU. O Brasil reduziu a mortalidade infantil de 47,1 óbitos por mil nascimentos, em 1990 para 19 em 2008. Até 2015, a meta é reduzir para 17,9 óbitos por mil. O declínio da mortalidade infantil no Brasil resulta do aumento na cobertura vacinal, ampliação de serviços de saúde e do saneamento básico além da ação da Estratégia de Saúde da Família na prevenção de problemas envolvendo a mãe e a criança bem como o aumento do número de postos de coleta de leite humano. (BRASIL, 2010).

O aleitamento materno passou a ser prioridade da política pública de saúde, sempre incluída entre os elementos a serem trabalhados para a redução da mortalidade infantil. O leite é a primeira alimentação humana e fonte de nutrientes para as funções biológicas, sendo considerado o melhor alimento para crianças, por ter papel importante na proteção imunológica contra doenças infecciosas, na adequação nutricional e no desenvolvimento afetivo e psicológico (MORGANO et al., 2005).

Mundialmente, o aleitamento materno é reconhecido como um dos pilares fundamentais para promoção e proteção da saúde da criança por conter todos os nutrientes necessários à criança nos seis primeiros meses de vida, devido a sua composição nutricional, fatores de proteção contra doenças, adaptação ao metabolismo, isento de contaminação, temperatura ideal e economicamente viável (BRASIL, 2005).

A prática do aleitamento materno tem sido uma prioridade governamental visto sua importância como fonte de nutrientes para as funções biológicas e como fator de proteção contra a morbimortalidade infantil, além de ser o primeiro momento de carinho entre mãe e filho. Sabe-se que em virtude de todos os benefícios que o leite materno traz, a amamentação é a melhor forma de alimentar o lactente estendendo também para as crianças prematuras, de baixo peso e àquelas que necessitam de internação em unidades de terapia intensiva neonatais.

No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade, estão relacionadas à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante. Estudos referem que o número de consultas pré-natais está inversamente relacionado a esses fatores. Especificamente, a assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a

gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos (MANSUR; NETO, 2006).

A amamentação pode apresentar diferentes significados em diferentes sociedades e muitas vezes, representar um desafio às famílias e profissionais de saúde (FUJIMORI, 2012).

A literatura tem destacado incisivamente o grande número de benefícios que o ato de amamentar proporciona à mãe, ao bebê, à família e até mesmo ao meio ambiente. Estudos revelam que o leite materno é rico em substâncias, como água, vitaminas, sais minerais, dentre outras, que fortalecem o sistema imunológico do bebê, protegendo-o contra vírus, bactérias, infecções e alergias. É um alimento de fácil absorção orgânica e, quando ministrado com exclusividade, pode diminuir os riscos de anemia nos primeiros seis meses de vida do bebê (MOUTINHO et al., 2001).

Em função da digestibilidade, composição química balanceada e capacidade de gerar imunidade o leite materno é o alimento ideal para qualquer recém-nascido (RN). Seu uso tem sido muito incentivado nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), incluindo tanto o leite extraído do seio materno e imediatamente administrado ao RN (leite humano cru – LHC) bem como o proveniente de banco de leite (leite humano pasteurizado – LHP) (VIEIRA et al., 2004).

Com todas as evidências epidemiológicas das vantagens do aleitamento materno a exemplo, a redução da mortalidade infantil, de alergias, hospitalizações, morbidade por diarreia e infecções respiratórias entre outras, observa-se ainda incidência significativa do desmame precoce onde entre as diversas causas se destaca a influência da presença de alimentos artificiais, o uso de mamadeiras e chupetas que podem comprometer a saúde da criança.

O declínio acentuado no aleitamento materno, ocorrido, sobretudo no mundo ocidental, depois da Primeira Guerra Mundial, constitui-se um problema sério, por suas graves consequências para a saúde (morbidade, desnutrição e mortalidade infantil). Este declínio na amamentação se evidencia tanto no que se refere a um número cada vez menor de mães dispostas a amamentar, quanto ao início, cada vez mais precoce, do desmame (MONTRONE; ROSE, 1996).

Após a Primeira Guerra Mundial, o consumo do leite artificial no Brasil cresceu com o processo de urbanização, concomitantemente a produção de leite em

pó e à importação desse produto. A indústria de alimentos infantis viu, no profissional de saúde, um agente de promoção e disseminação das fórmulas infantis o que levou as relações de interesse e de poder.

O desenvolvimento industrial trouxe grandes influências para o aleitamento materno devido à produção de leite industrializado e da modificação que causou a inserção da mulher no mercado de trabalho (SUCUPIRA; PEREIRA, 2008). Os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno estão a industrialização, urbanização, uso da mão-de-obra mais barata da mulher, desvalorização pela sociedade da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó (VINAGRE; DINIZ, 2001).

Mediante o advento do leite em pó, a alimentação artificial, surgia como possibilidade da alimentação da criança que até então era função exclusiva da mãe, o que possibilitava a liberação deste encargo e permitia que a mãe assumisse outras funções na sociedade.

... ocorreu grande processo de comunicação visual, e a mama, que era vista apenas como meio de alimentação da prole, passou a ser visualizada como símbolo sexual [...] Dessa forma a alimentação artificial era vista como um progresso, utilizadas pelas crianças de famílias de elites urbanas, sacramentadas pelos pediatras e considerada como símbolo de status social (ISSLER, 2008, p. 424).

O aleitamento materno não era considerado como algo importante devido ao pouco conhecimento do papel protetor do colostro e a imunologia (MARTINS FILHO, 2000). A chegada da industrialização no Brasil, em meados do século XX, intensificou a divulgação do aleitamento artificial, reduzindo assim a amamentação exclusiva.

A substituição do leite materno (LM) por fórmulas infantis é desnecessária e representa risco à saúde dos lactentes além de poder levar a ingesta energética inadequada uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas podem levar não só a prejuízos imediatos na saúde da criança elevando a morbimortalidade infantil, como também deixar sequelas futuras como atraso escolar, desenvolvimento de doenças crônicas e retardo de crescimento (BRASIL, 2002).

Apesar de serem amplamente difundidos os benefícios que a prática de amamentar trás, ainda assim esta não acontece da forma preconizada sendo interrompida precocemente.

Em 1992, o país publica a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para lactentes, Resolução 31 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, cujo objetivo era contribuir para a nutrição adequada dos lactentes, defendendo-os dos riscos associados à falta de amamentação ou ao desmame precoce. Destina-se também a proteger e incentivar o aleitamento materno, regulando a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda como substitutos ou complementares do leite materno (FIGUEIREDO, 2003).

O desmame precoce associado a condições socioeconômicas e ambientais ainda é um problema comum em diversos países, no entanto, é reconhecido a importância da amamentação no início da vida. Inúmeros programas têm sido desenvolvidos em todo o mundo e se inscrevem em uma tendência internacional de proteção à maternidade e à infância.

Já em 1979, a institucionalização da política Nacional de Aleitamento Materno deu-se após amplas discussões no que se refere ao aleitamento materno, entretanto, somente em 1981 que se oficializou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) que tem como objetivo o combate à desnutrição na primeira infância e como um dos mais importantes instrumentos governamentais de redução da mortalidade infantil (ALENCAR, 2008a).

A importância da prática do aleitamento materno é inegável diante de tantas vantagens para os seres humanos e para o planeta. Assim, ao reconhecer estas vantagens, a Organização Mundial de Saúde (2001) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente com leite materno durante os seis primeiros meses de vida, introduzindo, a partir daí, os alimentos complementares, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais, a depender do desejo da nutriz (TEIXEIRA, 2009).

Em se tratando de aleitamento materno, o ano de 1990 foi marcado por grandes conquistas, Na Itália foi realizado um encontro que finalizou em um documento intitulado “Aleitamento materno na década de 90: Uma iniciativa global” que entre outros objetivos trazia a defesa do direito da mãe quanto à prática da amamentação bem sucedida, expressa em um conjunto de metas denominadas “Declaração de Innocenti” onde também foi recomendado o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida, e associado a outros alimentos até dois anos ou mais. Houve também nesse mesmo encontro a idealização da

estratégia “Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC” e o Brasil foi um dos países participantes (ALENCAR, 2008b).

Segundo este mesmo autor, no Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi implantado no ano de 1992 e o primeiro a ser reconhecido como Hospital Amigo da Criança foi o Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o UNICEF criam em 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, estabelecendo dez passos para o hospital torna-se amigo da criança. Em se tratando da relevância do tema aleitamento materno este foi um marco importante para proteção e apoio a esta prática. Os dez passos estabelecidos foram:

- 1 Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
- 2 Treinar toda a equipe de cuidados de saúde nas ações de promoção da amamentação;
- 3 Orientar todas as gestantes sobre as vantagens da amamentação;
- 4 Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora de vida após o nascimento do bebê;
- 5 Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6 Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha indicação médica;
- 7 Praticar o alojamento conjunto. Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8 Encorajar o aleitamento na hora que o bebê quiser (livre demanda);
- 9 Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
- 10 Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, a grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde (ARAÚJO; MARANHÃO, 2008, p. 347).

Com a comprovação científica da superioridade do leite materno, grandes investimentos foram feitos no que diz respeito a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A OMS investe em várias ações (Semana Mundial da Amamentação), em treinamentos profissionais (Curso de Aconselhamento em Amamentação), em implantação de estratégias para mudanças de rotinas hospitalares (Hospital Amigo da Criança e Método Mãe Canguru), dentre outros, demonstrando um forte compromisso político com as questões referentes à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (TEIXEIRA, 2009).

Em 1993, é publicada a Portaria MS nº 1.016, que trata da obrigatoriedade da implantação do Alojamento Conjunto nos Hospitais e Maternidades do Sistema Único de Saúde – SUS, onde o recém-nascido saudável permanece 24 horas diárias em contato direto com a mãe no período que vai desde o nascimento até alta hospitalar e ambos recebem cuidados assistenciais necessários bem como

orientações quanto a prática ideal do aleitamento materno como cuidados quanto a sua saúde e a do bebê (BRASIL, 1993).

Diante dos benefícios, o leite materno é a melhor forma de alimentar o lactente, uma vez que atende os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e de desenvolvimento da criança no seu primeiro ano de vida. Embora existam campanhas nacionais de promoção do aleitamento materno e sua importância como fator de proteção contra a morbimortalidade infantil, o uso de fórmulas continua sendo uma das diversas causas do desmame precoce.

O efeito da amamentação sobre o crescimento infantil foi estudado por diversos autores, que constataram que as crianças amamentadas ao seio apresentavam inicialmente um maior crescimento em relação às amamentadas com fórmula, porém, a partir de um determinado momento, observava-se uma inversão nos ganhos de peso. Alguns autores questionam se essa redução pode ser atribuída ao fato de o leite materno não ser suficiente para alcançar as necessidades nutricionais para o crescimento das crianças após os quatro meses de idade ou pela alimentação excessiva das amamentadas com fórmulas ou pela frequência de mamadas ou pelo excesso de quantidade de leite oferecido. Por outro lado, há estudos que comprovam que crianças com maior duração da amamentação exclusiva podem acelerar o ganho de peso e de comprimento nos primeiros meses de vida, sem nenhum déficit aos 12 meses ou mostrando crescimento na adolescência ainda maior do que as amamentadas com fórmulas precocemente (SPYRIDES et al., 2005).

A prática da amamentação, apesar de toda investida, ainda sofre influências de valores, ideologias e interesses, especialmente os econômicos, sendo marcada por períodos de incentivo e desestímulo, criando incertezas na posição a ser tomada, não somente pelas mulheres, mas também pelos profissionais de saúde e pela sociedade como um todo (TEIXEIRA, 2009).

A desnutrição altera o desenvolvimento intelectual pela interferência na saúde, níveis de energia, taxas de desenvolvimento motor e crescimento. Por ser a primeira infância período em que se verificam as aquisições neuromotoras básicas, a intervenção nutricional deve ser completa. Em estudo sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes mal alimentados, encontraram-se classificações baixas, sobretudo na discriminação e capacidade de resposta a estímulos

sensoriais, na habilidade para resolver problemas, na discriminação de objetos e socialização (MANSUR; NETO, 2006).

A relactação consiste em um processo de estímulo para que as mamas produzam leite materno através da indução dos hormônios prolactina e ocitocina. Segundo Mariano (2011), como estratégia para prevenir e tratar o desmame precoce é possível intervir com a relactação, no entanto para o cumprimento das etapas é necessário que a mulher candidata à relactação, os seus familiares e entes próximos se mantenham motivados, para que o estímulo das mamas seja adequado e favoreça o aparecimento do leite. Cabe aos profissionais de saúde, atuantes junto às candidatas a relactar, utilizar as informações evidenciadas para a construção de estratégias ricas em argumentos pró-aleitamento, não para persuadir, mas para ajudar as mães a manterem as suas decisões e re-estabelecerem a produção láctea em favor de si e do seu bebê.

2. 2 - Leite Materno – Fonte de Vida

A composição do leite humano é muito variada e pode ser influenciada por diversos fatores como a individualidade genética, a nutrição materna e o período de lactação, entre grupos étnicos e entre mulheres. Para uma mesma mulher, são registradas variações no decorrer da lactação, ao longo do dia e durante uma mesma mamada com alterações na concentração dos macro-nutrientes e dos micro-nutrientes (MORGANO et al., 2005).

A lactância natural constitui a melhor opção do lactante menor de seis meses, pela sua superioridade nutricional, defesa imunológica e ausência de agressão físico-química. Por este motivo, o uso indevido de fórmulas infantis em RN pode levar a baixa evolução clínica e com isso aumentar a morbimortalidade dessas crianças. Estudos revelam que, quanto menor o tempo de amamentação, maior é a incidência de hospitalizações, de desnutrição e de mortalidade infantil (MONTRONE; ROSE, 1996).

Devido a sua composição nutricional ideal, o leite humano consegue suprir até os seus primeiros seis meses de vida as necessidades do bebê de forma exclusiva para o bom crescimento e desenvolvimento devido as vitaminas, gorduras, proteínas, sais minerais e açúcares estarem em quantidades suficientes para a criança sem que haja a necessidade de introdução de outros alimentos (CALIL; VAZ, 2008).

A prática do aleitamento materno torna-se evidente na redução da morbimortalidade neonatal e infantil quando ocorre de forma exclusiva até os seis primeiros meses da criança, conseqüentemente o bebê alimentado ao seio adoecerá menos por doenças respiratórias, alérgica, otite média, gastrointestinais, doença de Crohn, sepse neonatal, urinárias entre outras (GIUGLIANI, 2000).

O leite humano é uma mistura homogênea que supre as necessidades nutritivas, metabólicas e digestivas do RN a termo, além de fornecer hormônios, aminoácidos essenciais e fatores imunológicos, tornando-o a melhor escolha para a nutrição dos RN, especialmente os prematuros e os com doenças graves. Na prática clínica, não só é esperado, mas também muito esforço é empreendido para que um RN prematuro apresente velocidade de crescimento semelhante à de um feto ou à de um lactente a termo com a mesma idade pós-concepcional. Para o recém-nascido de muito baixo peso - RNMBP, este se torna o grande desafio, pois, por ser submetido a situações de estresse intenso por períodos prolongados, tem sua necessidade calórica aumentada. No entanto, a grande dificuldade em atingir o padrão de crescimento está na não priorização de oferta nutricional adequada (VIEIRA et al., 2004).

Os principais fatores antimicrobianos são a IgA secretora, lactoferrina, lisozima, oligossacarídeos, mucina, fibronectina e complemento, as substâncias com atividade anti-inflamatória são as citocinas, os antioxidantes (catalase, lactoferrina, alfa-tocoferol, beta-caroteno), as antiproteases (alfa₁-anti-tripsina e inibidor da elastase), os fatores de crescimento, prostaglandina E₁ e E₂, PAF-acetilhidrolase e alguns dos fatores com atividade antimicrobiana (IgA secretora e lisozima). Também podem ser identificados diferentes imunomoduladores: as citocinas, nucleotídeos, prostaglandina E₂ e prolactina (GRASSI et al., 2001).

Os componentes de defesa principais são S-IgA, lactoferina, lisozima, complemento (C3), mucinas, oligossacarídeos e alguns lipídios. A presença de

imunoglobulina tipo A-secretora (S-IgA) no Leite Materno protege contra a colonização da faringe pelo *haemophilus influenzae*, diminuindo o aparecimento de otites (VINAGRE; DINIZ, 2001).

A IgA secretora tem como principal ação a ligação a microrganismos e macromoléculas, impedindo sua aderência às superfícies mucosas, assim prevenindo o contato de patógenos com o epitélio bem como a neutralização das toxinas liberadas por patógenos e a prevenção da translocação bacteriana através da barreira epitelial, o que protege o RN contra a sepse; a IgG pode ativar o sistema complemento e participar da citotoxicidade anticorpo dependente. Apresentando ação contra vírus, protozoários e toxinas bacterianas; a IgM pode ser muito importantes na proteção inicial dos RN expostos a infecção materna; os anticorpos IgE ligam-se aos antígenos presentes no lúmen intestinal, o que resulta em migração de mediadores inflamatórios e acarreta aumento da permeabilidade vascular facilitando a passagem dos anticorpos IgG do sangue para o lúmen intestinal, com inativação dos antígenos presentes na mucosa (GRASSI et al., 2001).

O leite humano, além de seus componentes nutritivos, contém, em sua composição, uma complexidade de células, membranas e moléculas que atuam na proteção do recém-nascido. Na mulher em lactação, o sistema denominado enteromamário ou broncomamário atua quando os patógenos (bactérias) entram em contato com as mucosas do intestino ou aparelho respiratório e são fagocitados pelos macrófagos. Com isso, desencadeia-se uma ação estimulante nos linfócitos T, promovendo diferenciação dos linfócitos B produtores de imunoglobulinas A (IgA). Os linfócitos migram para a glândula mamária e, com a mediação de citocinas, tornam-se células plasmáticas que produzem uma glicoproteína que é acoplada à IgA, convertendo-se em imunoglobulina A secretória (IgAs). Esta é uma função importante e específica de proteção do recém-nascido conferida pelo leite humano (LAMOUNIER et al., 2004).

O ácido alfa-linolênico (ALA) é o precursor do ácido graxo eicosapentaenóico (EPA) e do ácido graxo docosahexaenóico (DHA) e a presença destes no colostro e no leite materno sugere melhor crescimento e desenvolvimento infantil, no entanto bebês que não são alimentados com leite materno (LM) podem sofrer diminuição dos efeitos benéficos ao desenvolvimento infantil visto que uma dieta rica em ácido linoleico (AL) reduz a conversão de ALA em EPA e DHA em até 40% gerando

graves consequências. Até os seis meses de idade o LM ainda se torna a principal fonte de DHA onde a imaturidade enzimática impossibilita a conversão adequada (TORSANI, 2006).

No leite humano (LH) a maior concentração de células é de macrófagos seguidos por linfócitos e granulócitos neutrófilos. Estas células ajudam a evitar infecções tanto por fagocitose quanto pela secreção de substâncias imunes com alguma especificidade a microrganismos com as quais a mãe teve contato. Os macrófagos do LH apresentam capacidade de responder a estímulos quimiotáticos, fagocitam bactérias e fungos e são também capazes de produzir citocinas, C3 e C4, lactoferrina e lisozima, no trato digestivo do RN podem ter ação contra patógenos invasores, os leucócitos estão presentes no LH em concentrações mais elevadas no colostro, com diminuição progressiva durante a lactação (GRASSI et al., 2001).

A alfa-lactoalbumina é a principal proteína no soro do leite humano, servindo de nutrientes e ajudando no transporte de ferro; a caseína tem capacidade de formar micelas agrupadas junto ao cálcio e fósforo de modo que estes minerais sejam transferidos em maior quantidade além de reduzir o tempo de esvaziamento gástrico e facilitar a digestão; a taurina (transporta zinco e é encontrada em concentrações elevadas no tecido cerebral) e glutamina (combustível intestinal durante período de estresse) são aminoácidos livres de concentração elevada; a cistina é um aminoácido essencial para os RNs particularmente os prematuros visto que a enzima cistationase está ausente no cérebro e fígado. Estão presentes no leite materno alguns hormônios, no entanto suas funções não estão bem esclarecidas (VINAGRE; DINIZ, 2001).

A lactoperoxidase é uma enzima que juntamente com o peróxido de hidrogênio e tiocianato, formam um sistema capaz de inibir o crescimento bacteriano, apresenta resistência ao suco gástrico, alcançando o intestino delgado intacta, em condições de desempenhar sua atividade antimicrobiana (GRASSI et al., 2001).

Os minerais são importantes para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção da saúde dos tecidos corporais sendo classificados em macroelementos o sódio, potássio, cálcio, magnésio e fósforo, entre outros, e microelementos ou elementos traços, o cobalto, cobre, iodo, flúor, molibdênio, selênio, cromo, ferro, zinco e outros (MORGANO et al., 2005).

O principal carboidrato presente no LM é a lactose e o restante está sob forma de polissacarídeo com bioatividade específica e função de proteção. O componente de maior variação é a gordura e representa 50% das calorias do leite humano. O complexo imune é constituído pelos fatores antimicrobianos, anti-inflamatórios e imunomoduladores; quanto às vitaminas, as suas concentrações aumentam no decorrer da lactação (VINAGRE; DINIZ 2001). O fator bífido é um carboidrato nitrogenado que estimula a multiplicação do *Lactobacillus bifidus* presente no intestino do RN. Esta bactéria, por sua vez, fermenta açúcares e produz: ácido láctico, ácido acético e pequenas quantidades de ácido fórmico e succínico. Isto tornando o conteúdo gastrointestinal ácido e inibe o crescimento de bactérias patogênicas, fungos e parasitas. O fator bífido, não é encontrado nos derivados do leite de vaca (GRASSI et al., 2001).

O aleitamento materno exclusivo (AME) prolongado é indiscutivelmente uma medida eficaz para prevenção de alergia alimentar. Entretanto alguns lactentes podem apresentar alergia à proteína do leite de vaca (ALPV) não devendo ser interrompido, visto que os lactentes deixam de manifestar sintomas de alergia quando suas mães excluem da sua dieta leite e alimentos derivados, a fim de, isentar o lactente da B-lactoalbumina e diminuir a proporção de caseína no LM (KALLUF, 2006a).

O LH contém hormônios (cortisol, insulina e tiroxina) e fatores de crescimento (fator de crescimento epidérmico e fator de crescimento dos nervos) que promovem a maturidade e desenvolvimento da defesa intestinal bem como a presença de prostaglandinas E1 e E2 que desempenham importante papel na proteção e atividade trófica da mucosa do trato gastrointestinal, permanecendo estáveis no leite e lúmen do trato digestivo (GRASSI et al., 2001).

As funções cognitivas das crianças são favorecidas pela prática da amamentação de modo a diminuir o índice de distúrbios emocionais e comportamentais melhorando a habilidade motora e acuidade visual. Funcionando também como tranquilizante para o binômio mãe e filho devido a liberação de endorfina cujas propriedades são sedativas e analgésica (LOPES, 2008).

A literatura tem destacado incisivamente o grande número de benefícios que o ato de amamentar proporciona à mãe, ao bebê, à família e até mesmo ao meio ambiente. Alguns achados apontam que o leite materno é rico em substâncias, como

água, vitaminas, sais minerais, dentre outras, que fortalecem o sistema imunológico do bebê, protegendo-o contra vírus, bactérias, infecções e alergias. É um alimento de fácil absorção orgânica e, quando ministrado com exclusividade, pode diminuir os riscos de anemia nos primeiros seis meses de vida do bebê (MOUTINHO et al., 2001).

A importância do leite humano como fator de proteção contra a morbimortalidade infantil está bem estabelecida, e a identificação de formas efetivas de promoção do aleitamento natural é uma prioridade. Embora campanhas nacionais da amamentação tenham tido muito sucesso, o aleitamento exclusivo e a duração total do aleitamento ainda deixam a desejar (BARROS et al., 2002).

Em virtude de todos os benefícios que o leite materno traz, a amamentação é a melhor forma de amamentar o lactente. As mães devem ser orientadas a amamentar seus filhos até o sexto mês de vida de forma integral sem alimentos complementares. Após essa idade, é necessária a complementação com outros alimentos ricos em ferro, vitaminas e outros nutrientes, mantendo-se preferencialmente, até os 24 meses ou mais, o leite materno (VANNUCHI et al., 2004).

Representam fatores de superioridade do leite humano: composição química balanceada; melhor digestibilidade; ausência de fenômenos alergênicos; valor imunológico; sua adequação às peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança; proteção contra infecções e o relacionamento afetivo mãe-filho (VINAGRE; DINIZ, 2001).

Diversas são as evidências epidemiológicas das vantagens do leite materno: redução de mortalidade infantil; proporciona uma nutrição superior e um ótimo crescimento; fornece água adequada para hidratação; protege contra infecções e alergias; favorece o vínculo afetivo e o desenvolvimento; reduzindo alergias, hospitalizações, doenças crônicas, morbidade por diarreia e por infecções respiratórias. Além de contribuir para a saúde da mãe, ajudando o útero a recuperar seu tamanho normal reduzindo o risco de hemorragia; reduz o risco de câncer de mama e de ovário; retarda uma nova gravidez (GIUGLIANI, 2000).

Os benefícios do leite materno estendem-se também para crianças prematuras, de baixo peso e àquelas que necessitam de internação em unidades de cuidados neonatais. Observa-se nestes casos a grande dificuldade das mães em

amamentar visto que grande parte dos recém-nascidos permanece internados por longos períodos, além de apresentar sucção deficiente devido à prematuridade, bem como as rotinas das maternidades e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno que acabam por influenciar negativamente o êxito da amamentação, proporcionando o desmame precoce ainda dentro dos hospitais (VANNUCHI et al., 2004).

Baseado em estudos observacionais Torsani, 2006 apresenta que crianças amamentadas com leite materno têm melhor desenvolvimento neuro-cognitivo quando comparada a crianças amamentadas com fórmulas infantis. Os prematuros são os que mais beneficiam do leite humano sob o ponto de vista cognitivo, provavelmente pelo alto teor de Ácido Graxo Docosahexaenóico (DHA) presente no leite materno como possível consequência da deficiência na oferta deste nutriente durante o período gestacional completo.

Além de tudo o ato de amamentar constitui numa boa oportunidade de aplicar técnicas de estimulação favorecendo o desenvolvimento do bebê, podendo a mãe durante a amamentação olhar, acariciar e conversar com o bebê de modo que venha a fortalecer o vínculo entre mãe e filho.

Entre as diversas causas do desmame precoce está à influência da presença e da propaganda de alimentos artificiais e por outros produtos (mamadeiras e chupetas) que podem ser usados como substitutos do leite materno e da prática de amamentar. Mesmo sabendo da importância dos componentes do leite materno e que este fornece todos os nutrientes necessários a uma criança o desmame frequentemente ocorre antes do recomendado (REA, 2000).

Entre as principais dificuldades sócio-culturais estão transformações ocorridas na estrutura familiar, sobretudo nas sociedades urbanas; diversos papéis desempenhados pela mulher; propaganda de produtos lácteos para alimentação de bebês e a perda da transmissão da experiência em amamentação passada de mãe para filha (ISSLER, 1987).

Apesar do aumento das taxas de amamentação na maioria dos países nas últimas décadas, inclusive no Brasil, a tendência ao desmame precoce continua, e o número de crianças amamentadas, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), ainda é pequeno (GIUGLIANI, 2000).

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto. Por isso, eles devem ser aprendidos. Atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizado foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Como consequência, as mulheres tornam-se mães com pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, o que as deixam mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo. O profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e manejo dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicos (GIUGLIANI, 2004).

2. 3 - As intercorrências do leite artificial

Diversos estudos relatam os prejuízos causados às crianças alimentadas precocemente com fórmulas infantis e/ou com leites de outras espécies que não a humana, podendo comprometer a saúde da criança. A interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo pode levar à ingestão energética inadequada (NEJAR et al., 2004).

Como o recém-nascido prematuro (RNPT) parece não apresentar proteção bem desenvolvida contra o estresse oxidativo, o uso de LH seria vantajoso, já que este oferece melhor proteção antioxidante que os leites artificiais. A incidência de qualquer infecção, inclusive enterocolite necrosante, sepse e meningite, é significativamente menor nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) alimentados com LH quando comparados àqueles que recebem exclusivamente leite artificial. Quando a mãe fica no hospital com o RNPT durante a sua internação, ocorre à produção materna de anticorpos contra microorganismos nosocomiais da unidade neonatal, o que é importante para o recém-nato na prevenção de infecção durante a permanência hospitalar. Apesar de desejável, observa-se pouco sucesso na amamentação entre mães de neonatos prematuros, por ainda existirem muitas barreiras hospitalares à amamentação, principalmente em serviços de neonatologia

para RN de alto risco (RNAR). Com frequência, o desmame do peito ocorre antes mesmo da alta do RNPT da unidade neonatal (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Desde 2002 existe um consenso mundial que estabelece que não há nenhum benefício que possa ultrapassar os riscos e as desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares, antes dos 180 dias de vida, como aumento da morbimortalidade infantil, interferência na absorção de nutrientes como ferro e zinco, aumento do risco de alergia alimentar, e a maior ocorrência de doenças crônicas degenerativas na idade adulta (KALLUF, 2006b).

De acordo com esse mesmo autor, as primeiras experiências nutricionais do indivíduo podem afetar sua suscetibilidade para doenças crônicas na idade adulta, a introdução precoce dos alimentos afeta permanentemente o perfil lipoprotéico e o LM apresenta um efeito protetor a longo prazo sobre esse perfil. Sendo também possível que os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvam mecanismos mais eficazes para regular sua ingesta energética.

Apesar de biologicamente determinada, a amamentação deixou de ser praticada universalmente a partir do século XX. Algumas consequências desta mudança já puderam ser observadas, como desnutrição e alta mortalidade infantil em áreas menos desenvolvidas. O uso disseminado de leite não humano em crianças pequenas é o maior experimento não controlado envolvendo a espécie humana (GIUGLIANI, 2000).

Quando comparamos os diversos tipos de leite (materno, animal e artificial - LA), observamos que estes apresentam uma variação da composição de acordo com as características dos seus nutrientes conforme tabela em Anexo (Anexo A).

Há inúmeros estudos demonstrando as vantagens do leite humano, com relação às propriedades anti-infecciosas, redução de processos alérgicos, admissões e re-internações hospitalares e também na redução dos gastos referentes a compras de leites e medicamentos (VINAGRE; DINIZ, 2001).

Inúmeros fatores existentes no leite materno protegem contra infecções comuns em crianças como diarreia e doenças respiratórias agudas. Os índices de mortalidade infantil sofrem alterações de ordem demográfica, socioeconômica, dietética e ambiental. Na Malásia, por exemplo, o número de mortes devido a alimentação com leite não humano de crianças menores de um ano foi estimado em 28 a 153 para cada 100 crianças nascidas vivas, dependendo das condições

sanitárias e do acesso à água potável. Estudo baseado em seis conjuntos de dados provenientes de três continentes (Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal), mostrou uma mortalidade por doenças infecciosas 6 vezes maior em crianças de 2 meses não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas no peito (GIUGLIANI, 2000).

Na década de 50, foram realizados os primeiros estudos clínico-epidemiológicos que demonstraram a menor frequência de doenças infecciosas, especialmente diarreia, em crianças amamentadas. A partir da década de 60, começaram a surgir na literatura os primeiros dados sobre os mecanismos responsáveis pela proteção anti-infecciosa conferida pelo aleitamento materno (GRASSI et al., 2001).

Segundo a UNICEF, uma criança que não for alimentada exclusivamente no seio materno nos primeiros dois meses de vida tem até 25 vezes mais probabilidade de morrer de diarreia e quatro vezes mais chance de morrer de pneumonia do que um bebê amamentado. Não receber o leite materno pode estagnar o crescimento e o desenvolvimento e a criança ficará mais exposta ao risco de, no futuro, ter problemas de obesidade, cardíacos e gastrointestinais.

O recém-nascido (RN) é mais vulnerável às infecções devido à imaturidade do sistema imune, sendo fundamental a proteção conferida pela amamentação. Esta oferece substâncias imunológicas e fatores de crescimento, presentes no colostro e no leite maduro, que protegem a mucosa intestinal contra a invasão de patógenos, estimulam a maturação epitelial e aumentam a produção de enzimas digestivas (GRASSI et al., 2001).

Giugliani (2000), ao analisar o real impacto social do aleitamento materno, aborda a dificuldade de ser qualificado. Sabe-se que crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos beneficiando assim não somente as crianças, mas a sociedade como um todo.

Os lactentes amamentados exclusivamente por LM durante os primeiros meses de vida crescem e se desenvolvem adequadamente, além disso, os riscos de infecção do trato gastrintestinal e de alergias ficam diminuídos (NEJAR et al., 2004). O risco de óbito por diarreia para crianças desmamadas era de 14, duas vezes maior do que em crianças em aleitamento materno sem suplemento lácteo. E o risco

de óbito por doenças respiratórias era de 3,6 vezes maior. Com isso a promoção ao AME poderia reduzir substancialmente a mortalidade infantil (ESCUDER et al., 2003).

3 – METODOLOGIA

3.1 – Tipo de estudo

Para a realização deste estudo fiz a opção pela pesquisa descritiva qualitativa com abordagem fenomenológica que, segundo Pope e Mays (2009) examinam a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária de modo a compreender o mundo. Envolve, portanto a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos para a coleta e uma análise rigorosa e cuidadosa, o que requer considerável habilidade.

A pesquisa é definida por Minayo (2008, p. 47) como:

a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino. Pesquisar constitui uma atividade e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação.

A pesquisa científica ultrapassa o senso comum por meio do método científico permitindo que a realidade social seja reconstituída enquanto um objeto de conhecimento através de um processo de categorização que une dialeticamente o teórico e o empírico (MINAYO, 2006).

Qualitativo significa que seu raciocínio se baseia principalmente na percepção e na compreensão humana em que a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo trabalham juntos para ajudar a aperfeiçoar as teorias e os experimentos (STAKE, 2011).

Segundo Praça e Merighil (2003), uma das características da pesquisa qualitativa é oferecer ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pelo qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas de modo a conhecer a dinâmica e a estrutura da situação sob o ponto de quem a vivencia.

Esse método vem sendo cada vez mais utilizado, pois oferece a possibilidade de alcançar as respostas para questões que envolvam o cuidado e a assistência de enfermagem, demonstrando assim congruência e relevância desvendando os aspectos subjetivos da experiência humana no processo saúde-doença (PRAÇA; SILVA, 2003).

Pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Conformam-se melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e documentos (MINAYO, 2008).

As características especiais do estudo qualitativo é ser interpretativo, pois se fixa nos significados das relações humanas em múltiplos significados respeitando a intuição existindo interação entre pesquisador e sujeitos; é experiencial de modo a focar as observações feitas considerando o que os sujeitos veem e sentem; é situacional entendendo que cada momento é único e possui características específicas; é personalístico, pois busca compreender as percepções individuais onde os pesquisadores são éticos e geralmente são os principais instrumentos de pesquisa (STAKE, 2011).

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda não se preocupa com generalizações, está centrada no específico, no peculiar, no individual, almejando a compreensão e não a explicação do fenômeno estudado (MARTINS; BICUDO, 2005).

Para Gil (2006), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Sendo de caráter exploratório, pela necessidade de maior aproximação entre o pesquisador e o fenômeno que está sendo investigado, com o propósito de explicitar o problema quando a obtenção de maiores informações sobre o assunto abordado possibilita ao pesquisador uma pesquisa com uma maior abrangência e exatidão (ANDRADE, 1999; GIL, 2007).

3. 2- Fenomenologia

Com a finalidade de interpretar os discursos dos sujeitos, fiz opção por fenomenologia.

A abordagem fenomenológica proporciona grande contribuição para o pensar e o fazer saúde, assume o componente ético como algo absoluto que deve antepor-se às relações entre ciência e moral. A fenomenologia da vida cotidiana trabalha com o fato de que as pessoas se situam na vida com suas angustias e preocupações, em intersubjetividade com seus semelhantes, constituindo a existência social (MINAYO, 2008).

Segundo Tocantins e Nogueira (2004), a fenomenologia é uma ciência que não rotula, mas que permite se adaptar a essência humana entendendo que não é possível traçar ou construir manuais para lidar com pessoas visto que não existem moldes quando se está envolvido com a subjetividade humana. O enfoque fenomenológico das relações sociais é centrado na compreensão da estrutura do mundo da vida no qual o homem realiza suas funções.

A fenomenologia percebeu que os métodos naturais não respondiam a certas perguntas, ela procura compreender e estabelecer os fundamentos, de modo rigoroso, é um método que implica rigor que vem da compreensão da realidade humana produtora de significado (JOSGRIIBERG, 2004).

O fenômeno precisa se apresentar enquanto fenômeno, ou seja, enquanto algo que pede que exija um desvelamento, portanto, em desvelar-se o fenômeno, é preciso um interesse verdadeiro, autêntico, descobrir significados, desenvolver compreensão e explorar o fenômeno na maior diversidade possível (BOEMER, 1994).

Para compreender o fenômeno, devemos fazer um caminho cuja palavra grega designa caminho é *méthodo*, que significa estrada por meio de, através. Nesse sentido, temos, portanto a necessidade de percorrer um caminho para chegar à compreensão das coisas. Segundo Husserl, o caminho é formado por duas etapas: a busca do sentido dos fenômenos (redução eidética) e como é o sujeito que busca o sentido (redução transcendental) (BELLO, 2006).

Josgriiberg (2004), afirma que a fenomenologia parte do princípio de que todos nós somos subjetividades que atingem as objetividades em que a relação

sujeito-objeto é tratada não como uma dualidade, mas como uma correlação: um está implicado no outro.

A Fenomenologia Estrutural visa a estrutura do fenômeno percebido. Nesse sentido, a descrição da experiência vivida constitui-se no ponto chave da pesquisa qualitativa que privilegia o fenômeno situado. Para tanto, a análise das descrições será de modo a visar o sentido do dito buscando na totalidade do descrito nesse depoimento individual e os significados que os transcendem. Portanto, a análise fenomenológica da descrição não toma o descrito como um dado pragmático cujos significados já estariam ali contidos, mas percorre um trajeto (BICUDO, 2011).

Para caracterizar o fenômeno experienciado de forma precisa e expressiva é necessário que de um modo ideal, as descrições devem excluir os dados sem importância e incluir todas as afirmações relevantes (MARTINS; BICUDO, 2005).

3.3 – Sujeitos da pesquisa

Mães que tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva do hospital referência do município de Guanambi-Ba, no período de julho de 2011 a julho de 2012.

3.4 - Critérios para inclusão e exclusão dos sujeitos

Como critérios de inclusão da amostra todas as mães, maiores de 18 anos, que tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal referência do município de Guanambi-Ba, no período estudado, mesmo que o parto não tenha sido realizado no referido hospital e seus RN de até seis meses de idade no pós-alta, que tenham sobrevivido e aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido – (TCLE).

Critérios de exclusão: mães que não aceitaram participar do estudo e recém-nascidos com alguma alteração patológica que impedem de alimentar com leite materno.

3.5 – Aspectos éticos da pesquisa

Apresentei o termo de anuência (Apêndice A) e o projeto de pesquisa a Direção Geral, Clínica e Administrativa do Hospital Regional de Guanambi a fim de expor o que seria o trabalho e solicitar autorização para a realização da pesquisa. Após parecer favorável (Anexo B), através da permissão do acesso ao livro Ata de admissão da UTI neonatal e posterior contato com o prontuário dos RN (Anexo C), e garantia de atendimento psicológico (Anexo D). Protocolei o projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC/Goiás por meio do *site* da Plataforma Brasil, anexando a folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice B). A pesquisa somente teve início após recebimento do parecer de aprovação de nº 20388, em onze de maio de 2012, CAAE: 01079512.6.0000.0037 (Anexo E). Obtida a aprovação, comecei a levantar informações necessárias dos registros de admissão na UTI neonatal no período a ser estudado.

A pesquisa foi realizada de acordo com o que está disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que trata das Diretrizes e Normas Regulamentada de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996).

O TCLE (Apêndice C) foi elaborado segundo as normas da resolução 196/96, em duas vias, uma para a participante e a outra para a pesquisadora. Neste termo, constaram informações relevantes aos participantes da pesquisa como o objetivo do estudo, sigilo das informações, garantia do anonimato, isenção de riscos para a mãe e/ou para seu filho em participar da pesquisa, voluntariedade na participação e o direito de desistir da pesquisa, a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

3.6 – O trabalho de campo

Os dados deste estudo foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com questões abertas definidas pelo objeto da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra mantendo a riqueza de

detalhes, para que não se perdessem informações importantes à compreensão do fenômeno estudado. A finalização da coleta de dados se deu quando o fenômeno foi desvelado em profundidade.

Para que a nutriz revelasse o seu pensar, formulei três questões norteadoras: fale para mim o que você sabe sobre amamentação materna exclusiva; fale para mim como você foi orientada para amamentar na UTI durante o período de internação; fale para mim como você foi orientada a alimentar seu bebê após a alta da UTI.

Utilizei a observação como forma de buscar mais informações referentes ao fenômeno de modo a enriquecer as falas das participantes entrevistadas.

Após transcrições e leituras exaustivas das entrevistas, percebi a saturação das informações e o desvelar do fenômeno em profundidade, o que me fez encerrar a coleta após a realização de dez (10) entrevistas.

Para a análise do fenômeno situado, é preciso pôr diante dos seus olhos o fenômeno que está investigando, começar pela descrição da experiência de mundo dos sujeitos. Penetrar até a evidência das experiências do mundo vivido, inicia com seu campo perceptual estruturado em aspectos múltiplo. Entretanto, o mundo vivido não é o experienciado como um substrato explícito de juízos lógicos (MARTINS; BICUDO, 2005).

A análise das descrições procedeu de modo a visar o sentido do dito buscando na totalidade do descrito nesse depoimento individual e os significados que os transcendem. Portanto, a análise fenomenológica da descrição não toma o descrito como um dado pragmático cujos significados já estariam ali contidos, mas percorre um trajeto (BICUDO, 2011).

Nesse sentido, a partir de alguns passos propostos por Bicudo (2011): a análise se procedeu na leitura atenta do descrito em sua totalidade, uma vez que esses relatos transcritos foram lidos por várias vezes que se fez necessário visto que o mesmo expõe um discurso apresentando a compreensão da experiência vivida pelo sujeito; colocou-se em evidência sentidos visto como importantes, sendo discriminadas espontaneamente e evidenciadas diretamente na descrição e denominada como Unidades de Sentido, estabelecendo Unidades de Significados postas em frases que se relacionam umas com as outras, indicando momentos distinguíveis na totalidade do texto, efetuando síntese de Unidades de Significados

expressas em linguagem proposicional, buscando por constitutivos relevantes apontados na descrição das experiências vividas, visando à estrutura do fenômeno.

A análise de descrições aconteceu do modo análise nomotética em que se efetuaram reduções sucessivas revelando o modo de ser do fenômeno. Esse tipo de análise se torna oportuno uma vez que o movimento de reduções que transcendem o aspecto individual articula-se por meio de compreensões abertas encontrando boa configuração em um modo de expressar as Unidades de Significados (BICUDO, 2011).

3.7 – O momento das entrevistas

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética comecei a coleta dos dados com levantamento de todos os internamentos registrados no livro Ata de admissão do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Guanambi no período de julho de 2011 a julho de 2012, em seguida fiz uma pré-análise dos possíveis sujeitos e busquei no Serviço de Atendimento Médico e Estatística – SAME, os prontuários dos recém-nascidos internados no período.

Algumas informações como: nome, idade da mãe, idade gestacional, tipo de parto, ocupação da genitora, idade do RN, endereço, número de consultas do pré-natal, valor do APGAR, período de internação na UTI neonatal, motivo da internação, peso ao nascer e sexo do recém-nascido.

As participantes desta pesquisa foram dez (10) mães que tiveram seu(s) recém-nascido(s) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no período da coleta de dados.

O meu primeiro contato com as mães foi pessoal, guiada pelo endereço de todas as participantes.

Marcada a entrevista, compareci em dia, hora e local combinado para a realização das mesmas. O encontro com as participantes da pesquisa ocorreu nas residências da cada uma, local escolhido pelas mães.

A duração das entrevistas foi flexível, variando de acordo com cada pessoa entrevistada. Iniciei a conversa me identificando, em seguida expus o objetivo do

estudo, reafirmando o anonimato das entrevistadas e o seu consentimento por escrito (Apêndice C), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que trata das Diretrizes e Normas Regulamentada de Pesquisa com Seres Humanos. Todas as participantes aceitaram colaborar com a pesquisa assinando o TCLE e permitindo a gravação das entrevistas.

Para garantir o anonimato ao omitir os verdadeiros nomes das mães eu as renomeie com nome de flores, forma de homenageá-las e agradecer por colaborar voluntariamente com meu estudo.

Inicialmente estava ansiosa, preocupada e com muita expectativa devido ao fato de nunca ter vivenciado momento igual a este. A preocupação também estava no fato de não saber como seria recebida por estas mães além de receio quanto ao uso do gravador, preocupada em não funcionar durante a entrevista e pôr o estudo em risco. Acredito que o receio maior era quanto a maneira de proceder e não interferir nas respostas das entrevistadas e ao mesmo tempo não permanecer inerte ao processo. Ao final de cada entrevista pude perceber através dos relatos o quão frágeis somos como seres humanos, as dificuldades enfrentadas, as esperanças e expectativas para com a nova etapa da vida.

Para análise dos discursos utilizei a proposta de Bicudo (2011). Iniciei com a leitura atenta dos discursos colocando em evidencia sentidos visto como importantes denominando como Unidades de Sentido. Ao estabelecer Unidades de Significados postas em frases que se relacionam umas com as outras, indicando momentos distinguíveis na totalidade do texto, efetuei síntese de Unidades de Significados expressas em linguagem proposicional, buscando por constitutivos relevantes apontados na descrição das experiências vividas, visando à estrutura do fenômeno.

Os resultados foram agrupados em quatro categorias temáticas que serão descritas nos próximos capítulos

3.8 – As participantes do estudo

Para manter o anonimato e preservar a personalidade dos sujeitos optou-se por identificá-las por codinomes chamando-as por nomes de flores que representassem a delicadeza, a beleza, individualidade e fragilidade da mulher.

Angélica recebeu-me um pouco assustada, apreensiva e reservada, convidou-me para entrar e sentar-se na sala de visitas e mostrou-se mais a vontade no decorrer da entrevista relatando acontecimentos vivenciados antes e depois do parto bem como durante os dias de internação na UTI, dividindo a dor por ter passado pela UTIN. Divido a entrevista em dois momentos, o inicial quando não se sentia segura com a minha presença e outro onde foi surgindo a confiança e relatava os acontecimentos. Informou o quanto foi difícil o parto em virtude da apresentação fetal e a todo o momento lembrava-se das palavras agressivas ditas pelo médico obstetra.

Com **Orquídea** a recepção foi um pouco diferente, estava acabando de chegar a sua residência, fomos surpreendidas no portão ao chegarmos em um mesmo momento. Percebi que ao me identificar mostrou-se muito satisfeita com a minha presença, com pureza de alma, disposta e interessada em contribuir, entretanto ficou muito preocupada dizendo que poderia me prejudicar e que ela não queria isso, pois ela não sabia falar muito sobre o assunto, e sempre em querer responder corretamente as minhas perguntas. Observei em seu semblante a tristeza em falar que ela teve gêmeas, mas a segunda gemelar não sobreviveu, viu o rosto dela mas não chegou a amamentar pois a mesma não resistiu. A confiança que ela sentiu em mim foi suficiente para mostrar o quanto forte foi no período de internação na UTIN com a sua primeira gemelar.

Gardênia, foi a única que eu havia agendado a entrevista, estava sentada em frente ao bar do seu pai, ao lado da sua casa. Muito sorridente dizendo que já estava me esperando, percebi que gostaria muito de ajudar na pesquisa, mas já foi relatando que não sabia o que falar, pois não amamentou, sua sinceridade me contagiou. O que mais me impressionou em seus relatos foi o conhecimento dos nomes dos tipos de leites artificiais. Outro fato que achei interessante foi o vínculo que ela estabeleceu com outras mães, pois sempre me perguntava se eu iria

entrevistar todas as mães uma vez que conhecia muitas delas e saberia dizer onde as encontrar relatando também que próximo a sua residência morava uma mãe que ficou um longo período com seu bebê internado na UTIN.

A princípio **Alfazema** queria marcar outro horário, depois achou melhor que a entrevista fosse realizada naquele momento mesmo, atendeu-me na sala de visitas, apresentava-se o tempo toda uma pessoa calma e colaborativa. Mas em alguns momentos apresentou expressão facial de sofrimento ao falar do longo período de internação da filha, principalmente por relatar que sua gravidez foi de risco e a necessidade de ficar em repouso absoluto. Foi perceptível em seu discurso o vínculo que estabeleceu com outras mães, pois me perguntou se eu iria entrevistar sua vizinha que também esteve na mesma condição dela, porém seu filho permaneceu mais dias na UTI. Ao falar sobre aleitamento percebi que apesar dela ter amamentado exclusivamente de leite materno aquele momento era muito sofrido e tinha que superar todos os dias, pois relatava ser um momento de muita paciência, e querer muito, pois não era fácil e tinha que querer muito amamentar.

A entrevista com **Alecrim** foi realizada na varanda da sua casa, uma pessoa de coragem e felicidade por ter passado e sobrevivido aos momentos de vivenciar uma UTI. Em seu relato mostrou-me muito interessada em participar, mas ao mesmo tempo preocupada em não saber se o que falasse estava certo. Foi a entrevista mais emocionante, pois quando falei a primeira questão norteadora em seguida ao seu pronunciamento veio as lágrimas e nesse momento percebi o quanto é difícil ser pesquisadora é uma mistura de emoções e o fato dela ter se emocionado e chorado muito ela falava do quanto foi difícil esse período e a dor maior de não poder amamentar já que ela disse ter desejado muito esse momento. Em alguns momentos da entrevista ela se emocionava ao recordar que em diversos momentos o não ter amamentado seu filho e isso lhe trazia frustração e sentimento de culpa. Após sessenta e quatro dias de internamento o pós-alta foi muito desgastante, pois já não mais produzia leite materno, relatou também a sua decepção com a equipe de enfermagem uma vez que deram um copo com leite artificial juntamente com uma seringa e disse para ela: veja qual a forma que você quer dar leite para seu bebê e saiu sem muito explicar e ajudar. Relatou que entre os diversos momentos difíceis que passou esse foi o que mais lhe trouxe angústia.

Gérbera me recebeu muito sorridente e demonstrando uma vontade de falar com alguém e satisfeita em ter alguém em sua residência. Sua felicidade naquele momento relata ela ser pelo fato de estar terminando a construção de um banheiro em sua residência e o quanto isso significava para ela melhoria de na qualidade de vida. Mostrou-se preocupada com a criação das filhas e principalmente pela mais velha, por ter anemia falciforme, visto que precisava se ausentar para dar continuidade com o tratamento em Salvador e ter que se afastar da filha mais nova que dependia do leite materno. Esse momento para ela era muito complexo, pois ficava dividida em amamentar a filha recém-nascida e ter que acompanhar a outra em tratamento que para ela era muito sofrido.

A realização da entrevista com **Jasmim** aconteceu após várias tentativas visto que permanece durante o dia na residência da mãe. Este contato foi possível quando encontrei com o esposo em sua residência e o mesmo me informou onde a encontrar me dando o endereço da mãe da participante. Ao chegar à casa da mãe de **Jasmim**, a mesma estava no portão dizendo estar me aguardando após ligação do esposo solicitando que me recebesse. Fui convidada a entrar e a entrevista foi realizada na sala de visitas. Mostrou-se disposta em colaborar respondendo as perguntas no que ela soubesse.

Ao chegar à residência de **Begônia**, fui recebida pelo pai, um senhor de idade que apresentava problemas de visão, ao me identificar, o mesmo informou que sua filha estava trabalhando, mas que eu poderia ir ao serviço, me ensinou o endereço além do número do celular. Inicialmente entrei em contato por telefone e após autorização da participante cheguei ao serviço ao conversarmos agendamos em sua residência um momento para a realização da entrevista. Em dia, hora e local combinado, cheguei a residência e ao iniciar a entrevista **Begônia** começou a dizer que não saberia falar muito pois não a amamentou, sua filha é criada pela irmã e aos fins de semana fica com ela. Percebi uma angustia e um sentimento de solidão, sua mãe já havia falecido e morava com seu pai (deficiente visual) relatou a dificuldade de relacionamento com o pai da sua filha e quão foi complicada a sua gestação informando também que esse foi o motivo do parto prematuro. Trouxe o sofrimento de todas as mães que ela conviveu na UTIN. Impressionou-me ao dizer que diante de outros sofrimentos que ela pode vivenciar das outras mães aquele momento fez com que ela tivesse forças e desse mais valor as coisas. Em sua

entrevista, relatou que foi muito sofrido esse momento principalmente pelo fato de ter que trabalhar, pois não havia sido liberada para a licença maternidade e para ela naquele momento garantir o emprego era questão de sobrevivência.

Com **Girassol**, a entrevista foi bastante tranquila apesar de inicialmente ser recebida com certo receio, mas verifiquei que aos poucos foi adquirindo confiança e consegui realizar a entrevista como previsto. Relatou sobre o sofrimento de vivenciar uma UTI e trás consigo um sentimento de sofrimento que a faz não querer ter mais filho além da idade também ser outro fator que a faz não desejar mais ter outro bebê.

Ao chegar à residência de **Hortência**, fui recebida pela sua mãe que me convidou para entrar e aguardar na sala. Após me identificar, foi logo me dizendo que não amamentou, mas que estava ali para me ajudar no que fosse preciso. É uma mãe jovem e demonstrou insegurança e frieza.

Os saberes, sentimentos como amor, angustias, aflição, valores, respeito e as relações de confiança das mães/nutrizes de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva são dados importantes para desvendar seus processos de produção e manutenção láctea bem como compreender o significado de aleitamento materno exclusivo para essas nutrizes.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Caracterização dos sujeitos

A amostra constitui-se de dez mães que tiveram seus recém-nascidos internados na UTIN do Hospital Regional de Guanambi-BA. Observa-se que quatro mães encontravam-se entre a faixa etária de 19 a 29 anos, e seis entre 30 a 43. Com isso percebemos que a população de mães estudadas na pesquisa não era de mulheres jovens e de acordo com a situação marital, seis (60%) eram casadas e quatro (40%) eram solteiras.

O grau de escolaridade variou entre 1º grau incompleto (duas mães – 20%), 2º grau completo (seis mães – 60%), 2º grau incompleto (uma mãe – 10%) e 3º grau completo (uma mãe – 10%).

Com relação ao tempo de internação dos recém-nascidos, este variou de oito a sessenta e sete dias (nove crianças – 90%), porém uma mãe teve seu bebê internado por 97 dias. A maioria apresentou idade gestacional (IG) acima de 30 semanas (seis – 60%) chegando a 39 semanas no máximo, e os demais (quatro – 40%) apresentaram IG entre 24 e 27 semanas.

A avaliação quanto ao diagnóstico das condições clínicas da criança no momento do nascimento é feita através da Escala de Apgar no primeiro e no quinto minuto, com isso observamos que no primeiro minuto houve uma variação de 2 a 9 e no quinto minuto de 6 a 10, o que podemos constatar que de acordo com os significados das notas obtidas na Avaliação de Apgar esses recém-nascidos apresentaram asfixia grave, moderada e alguns chegando a boa vitalidade ao nascer.

Ao analisar o período de internamento na UTIN com a idade gestacional, verifica-se que quanto mais imaturo esses RN apresentam, maior é a relação do período de internamento e menor é o índice de aleitamento materno exclusivo. Dos quatro (40%) RN que nasceram com menos de 30 semanas de gestação, obtiveram período de internação igual ou superior a sessenta dias chegando um Recém-nascido a permanecer por 97 dias. Como dieta no pós-alta hospitalar observamos

que o uso exclusivo de leite materno esteve presente em um RN e os outros três, leite artificial.

Os seis recém-nascidos, com idade gestacional maior ou igual a 30 semanas, obtiveram como dieta no pós-alta, aleitamento materno exclusivo em quatro RN (71,42%), um RN com aleitamento misto (14,29%) e um RN com aleitamento artificial (14,29%).

Com isso constatasse que no momento da alta, cinco (50%) mães conseguiram manter a síntese láctea estabelecendo aleitamento materno exclusivo, quatro (40%) com aleitamento artificial e uma mãe (10%) aleitamento misto.

No que se refere a paridade, verificou-se que seis (60%) mães eram primíparas, três (30%) secundíparas, e uma (10%) múltipara. Observamos, portanto que existe uma relação neste estudo no que se refere a paridade e o tipo de dieta no pós-alta, constatando que das seis mães primíparas, três apresentaram aleitamento artificial, uma misto e duas aleitamento exclusivo, com isso verificamos que o ser primigesta interfere na postura e conduta do aleitar. Ainda nessa mesma vertente, observa-se que todas as secundíparas mantiveram aleitamento materno exclusivo devido a experiência anterior em amamentar.

Pode-se ainda fazer relação do número de consultas no pré-natal, o tipo de parto e dieta no pós-alta hospitalar, esses dados nos indica que aquelas mães que realizaram menos de quatro consultas (quatro mães - 40%) todas não mantiveram a produção láctea e com isso a dieta foi leite artificial sendo três de parto cesáreo e uma parto vaginal. Quanto menos consulta realizada no pré-natal maior foi o número de realização de parto cesáreo bem como ofertar leite artificial, diminuindo com isso, a oferta de leite materno exclusivo e conseqüentemente aumentando o índice de desmame precoce.

As principais características de identificação das entrevistadas estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização das mães segundo a idade, estado civil, profissão, renda familiar, número de pessoas que vivem da renda, número de filhos, grau de instrução, idade gestacional, período de internamento, causado internamento, índice de Apgar, número de consulta no pré-natal, tipo de parto e tipo de aleitamento na alta hospitalar.

Nome	Angélica	Orquídea	Gardênia	Alfazema	Alecrim	Gérbera	Jasmin	Begônia	Girassol	Hortência
Nº da entrevista	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Idade	33 anos	35 anos	29 anos	42 anos	39 anos	32 anos	27 anos	23 anos	33 anos	19 anos
Estado civil	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada	Solteira	Casada	Solteira	Casada	Solteira
Profissão	Dona de casa	Serviço Geral	Doméstica	Professora	Auxiliar de escritório	Dona de casa	Desempregada	Secretária	Cabeleireira	Estudante
Renda familiar	R\$ 1.100	R\$ 1.000,00	R\$ 536,00 (salário + benefícios)	R\$ 4.000	R\$ 1.500	um salário + bolsa família (R\$ 198)	um salário	um salário	um salário e meio	dois salários
Nº pessoas vivem da renda	Quatro	Quatro	Seis	Três	Três	Quatro	Três	Dois	Três	Dois
Nº de filhos	Dois filhos (15 anos, e outro de 9 meses)	Dois (8anos, 9 meses)	Cinco filhos (11, 9, 7, 3 anos, 7 meses)	Uma (9 meses)	Um filho (9 meses)	Dois (3, anos e outra de 11 meses)	Um (um ano)	Uma (dez meses)	Um (sete meses)	Um (sete meses)
Grau de instrução	3º ano (médio)	2º grau completo (médio)	Até 6ª série (Fundamental II)	3º grau completo (superior completo)	2º grau completo (médio)	Até 6ª série (Fundamental II)	Até 3º ano (médio)	Até 3º ano (médio)	2º grau completo (médio)	3º ano (médio incompleto)
Idade Gestacional	34 semanas	27 semanas	27 semanas	33 semanas e 5 dias	26 semanas	39 semanas	38 semanas	24 semanas	32 semanas	34 semanas e 5 dias
Período de internamento	25 dias	97 dias	67 dias	18 dias	64 dias	10 dias	8 dias	60 dias	28 dias	60 dias
Causa do internamento	Prematuridade	Prematuridade	Prematuridade	Prematuridade Extrema	Prematuridade	Insuficiência Respiratória	Prematuridade	Prematuridade Extrema	Prematuridade	Prematuridade
Apgar	(2/6)	(3/7)	(4/7)	(8/9)	(9/9)	(3/6)	(9/10)	(3/7)	(9/10)	(8/9)
Nº consultas no Pré-natal	Nove	Dez	Dois	Seis	Quatro	Cinco	Seis	Dois	Sete	Quatro
Tipo de parto	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Cesáreo	Cesáreo	Vaginal	Cesáreo	Cesáreo	Vaginal	Cesáreo
Aleitamento na alta	Leite materno exclusivo	Leite materno exclusivo	Leite artificial	Leite materno exclusivo	Leite artificial	Leite materno exclusivo	Leite materno exclusivo	Leite artificial	Leite materno e artificial	Leite artificial

4.2- Buscando a compreensão do fenômeno

A busca de compreensão do fenômeno deu-se a partir de um rigoroso e atento trabalho do descrito em sua totalidade nos discursos das participantes entrevistadas. Por meio do pensar de outros pesquisadores, das entrevistadas e o meu pensar, compreendendo o olhar da sociologia pude explicitar e por em evidencia sentidos vistos como importantes dos significados apresentados nas descrições das entrevistadas.

Como a escolha metodológica foi a abordagem qualitativa, segui os passos propostos por BICUDO (2011). Realizei leituras atentas dos discursos busquei o sentido do todo e a compreensão dos relatos de modo a compreender a experiência vivida pelo sujeito.

Com a finalidade de recortar o meu objeto de estudo, retomei os relatos com o propósito de colocar em evidencia sentidos agrupando assim as Unidades de Significados.

Em seguida, a análise interpretativa garantindo o real significado nos discursos dos sujeitos. Após agrupamento das Unidades de Significados obtivemos quatro categorias:

1. Instinto materno e senso comum no aleitar.
2. Aleitamento materno importante ato de amor.
3. Motivação para continuidade ou abandono do amamentar.
4. Influências do (des)conhecimento das informações referentes à amamentação.

4.2.1 – Instinto materno e senso comum no aleitar.

Observa-se nos discursos das mães entrevistadas o conhecimento e o apoio de familiares para amamentar. Esse conhecimento familiar influencia de forma positiva para o incentivo e apoio na manutenção do aleitamento materno exclusivo como também para a interrupção precoce do aleitamento exclusivo mediante as crenças e mitos.

“Não tem coisa mais bonita do que amamentar não, agente já nasce sabendo amamentar, não tem como, tem umas que tem assim, não se importa com isso, mas eu já fui mãe também né.” (Angélica)

A história de vida de cada família vai sendo construída e perpetuada ao longo do tempo, constituindo-se a base dos ensinamentos, crenças e valores repassados a seus membros. A família fornece orientações à mãe sobre a melhor prática de alimentar a criança. O papel da família nesse processo tem sido muitas vezes influente e/ou determinante na tomada de decisão da mulher em como alimentar seu filho. Dessa forma, cada família e cultura têm suas próprias orientações sobre a prática do aleitamento materno e/ou alimentação da criança (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

O aleitamento materno não era muito valorizado, na década de 60 e 70, nessa época era comum a recomendação pelos pediatras o uso de outros líquidos, assim as avós transmitiam seus saberes acerca da amamentação acreditando serem os mais adequados. Nesse sentido, estudos realizados confirmam essa influência significativa das avós para o abandono da amamentação exclusiva ainda no primeiro mês de vida do bebê, ao aconselharem o uso de outros leites, chás ou água (SUSIN et al., 2005).

“... porque minha mãe já criou vários né, falou assim comigo oh, você faz engrossadinho, mas não precisa falar com a pediatra não, o engrossadinho é de porvilho, é leite com porvilho, ela fez pra mim, me ensinou quando eu tava lá, e dando pra ele né, porque as vezes o leite só também não satisfazia tanto né, a mesma quantidade de leite que eu dava, aí eu só colocava uma, meia colherinha de porvilho, tipo um mingauzinho, porvilho é quase igual a araruta, só que é o caseiro, nosso, da roça mesmo, que é fresco, não resseca, aí eu dei, aí até três meses, foi até três meses...” (Girassol)

Em virtude das avós serem detentoras de experiências, conhecimento e vivência, elas podem contribuir para o processo de amamentação de forma positiva de modo a estimular, apoiar assim como promover e proteger essa prática (TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008).

“(...) minha mãe ensinava, minhas irmãs... eu já sabia, minhas irmãs também ensinavam também, minha mãe então, fica mais fácil né.” (Angélica)

Amamentar um bebê é consequência de um processo de construção do sentimento de amor materno, somado a outros fatores inconscientes que podem facilitar ou inviabilizar o ato de amamentar, de acordo com a origem e intensidade desses conteúdos. Além disso, amamentar está relacionado aos hábitos e fundamentos culturais que sustentam o grupo ao qual a mulher pertence (FELICIANO, 2009).

A prevalência do instinto materno é algo intrínseco dessas mães, em seus relatos trazem consigo a preocupação com o seu bebê em alimentá-lo, independente de ser por leite artificial ou por leite materno, entendendo ser este o momento em que podem contribuir para a melhora de seu filho na UTIN. Entretanto o aleitamento materno exclusivo, naquele período em que a criança está internada, não é uma prioridade para a mãe, o que importa para ela, é que seu filho se recupere e saia desse setor estigmatizado pelas gravidades dos diagnósticos e pela necessidade de uma assistência mais integral.

4.2.2 - Aleitamento materno importante ato de amor.

O conhecimento sobre Aleitamento Materno Exclusivo é descrito como algo importante, muito bom por ser um ato de amor, porém difícil, pois se trata de um momento único na vida dessas mães, mas que de alguma forma sentem-se impotente com a não realização deste ato e responsável pela melhora do seu bebê na UTIN. Os valores do leite materno são apontados nas falas das mães como fonte de vida e saúde para seus filhos.

“Eu sei que ela é importante para a criança, evita várias coisas, alergia. (...) eu sei que é importante dar o leite, eu queria que meu menino mamasse até dois anos(...) eu daria até os dois anos, porque o leite é bom, você sabe que evita alergia, um monte de doenças né...” (Angélica)

“Eu sei que é assim né, que é muito importante para o bebê até aproximadamente os dois anos.” (Orquídea)

“É a alimentação mais importante para a criança, não sei falar assim, sei que é importante, mas agente não sabe assim.” (Alfazema)

“É uma felicidade tremenda amamentar ele.” (Jasmim)

“O que eu sei sobre leite materno é isso né, seria isso, teria que dar o leite pra ele até os seis meses aí depois dos seis meses é que eu ia né, dar algum complemento de outra alimentação, mas infelizmente, ele não teve essa oportunidade.” (Alecrim)

Entretanto, o que podemos observar é o desconhecimento do ato aleitamento materno exclusivo, mesmo sendo relatado como importante e ato de amor, as mães não tem conhecimento suficiente do que seja aleitamento materno exclusivo, apenas uma entrevistada relata em seu discurso o conhecimento por esta prática, as demais não sabem.

“Bem, é uma alimentação saudável, a criança tem que amamentar até os seis meses diretamente do leite materno, é uma forma que leva a criança a ser saudável né, e que é o caso do meu bebê, que pena que ele amamentou só até o sétimo mês.” (Jasmim)

A importância dos recém-nascidos em receber fatores de proteção através do leite da própria mãe ou LH proveniente do BLH está não apenas por apresentar maior quantidade de fatores imunológicos, mas também pelo menor risco da presença de contaminantes por estarem expostos a um ambiente patogênico durante a internação em UTI onde bebês prematuros e de baixo peso nem sempre são beneficiados pela transferência de imunoglobulinas através da placenta que ocorre após 34 semanas de gestação (VANNUCHI et al., 2004).

Acredita-se que por ser um fenômeno socialmente determinado, somente a informação e o conhecimento sobre a importância do leite materno para a saúde da criança não se traduz no aumento do índice de mulheres que amamentam exclusivamente. Este fato ocorre por inúmeras condições adversas, inclusive quando

as próprias condições materiais da vida das mulheres não lhes permitem aleitar (CHAVES et al., 2011).

A abordagem compreensiva da amamentação permite perceber, por vezes, que um hábito cultural, para ser assimilado, foi tratado como instintivo natural e biológico, ao qual não cabe nenhum tipo de questionamento. Em outra oportunidade, particularmente no curso da última década, o tradicional reducionismo biológico vem observando uma progressiva tendência de substituição, cedendo lugar a interpretações culturais que não reduzem o ser humano à condição de um mamífero qualquer. Focada sob este prisma, a amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (ALMEIDA, 2002).

“Eu sei que é difícil pra pessoa amamentar, difícil assim tem que ter muita paciência, você tem que querer muito, que dar leite não é fácil, tem que tá com a cabeça muito boa, você acordar de noite toda hora né, às vezes perde sono, tem que ter muito boa vontade da gente querer, se não você não consegue dá leite não, tem que ter muita paciência, tem que querer muito, não é pra todo mundo amamentar não, fazer mamadeira acho que é fácil, agente tem que querer muito amamentar, ela gostou muito até hoje, ela não aguenta ver o peito, ela tá mamando ainda.” (Alfazema)

“(...) é o caso do meu bebê, que pena que ele amamentou só até o sétimo mês, tive bastante leite, mas não foi o caso de eu não querer amamentar e sim pelo fato dele ter largado o peito.” (Jasmim)

“Praticamente eu não tive leite, aí depois que eu tentei colocar ela pra amamentar, mas era bem poquinho, não sustentava aí eu parti pra outro leite, não poderia deixar ele com fome né.” (Girassol)

Relatos de mães enfatizam a importância do leite como fonte de saúde para seus bebês e recuperação de seu estado de saúde (SERRA, 2001). O ato de aleitar é considerado importante para o bebê, por proporcionar boas condições de saúde, prevenir doenças, além de proteger a criança devido à imunidade conferida pelo leite materno (MARQUES et al., 2009).

“O bebê que mama o aleitamento materno é muito importante para o bebê que eu sei que é entendeu?!” (Orquídea)

“Sei que a alimentação assim, é muito importante pra criança né, é muito importante.” (Alfazema)

“Agente dar né, a criança o leite materno assim até os seis meses né, assim só o leite materno, sem incluir outra alimentação.” (Alecrim)

“Amamentação é importante, né, pela, o alimento a criança é eu acho assim porque, é uma alimentação como é que posso dizer assim, é rico em ferro né, alimenta bem a criança... Acredito que é importante para a criança, né, para o bebê até os seis meses, porque a partir dos seis meses tem que amamentar com outras coisas né, dá mamadeira, comidinha, papinha né. Eu acho que é importante o leite materno.” (Gérbera)

No que se refere ao posicionamento frente à amamentação, este pode ser descrito como ótimo, importante, fundamental e essencial, sendo que os relatos sobre as vantagens do aleitamento materno para a criança sempre aparecem em primeiro lugar (MARQUES et al., 2009).

“Bem, é uma alimentação saudável, a criança tem que amamentar até os seis meses diretamente do leite materno, é uma forma que leva a criança a ser saudável.” (Jasmim)

“Primeiramente o leite materno é muito importante né?! pra criança, que vai dar força, desenvolvimento o desenvolver dele, dos ossos né, de todo o funcionamento do corpo, do organismo, é o que eu entendo né, pelo leite materno.” (Girassol)

“Aleitamento materno eu acho que é uma forma de melhor estado assim pro bebê né, porque o melhor alimento pra ele, que supri todas as necessidades que ele precisa até o sexto mês.” (Hortência)

“(...) mas você tinha que ir lá tirar, para ficar perto da criança também né, ai é que é gostoso, ver seu filho lá.” (Angélica)

Embora presente sob novas nuances, a construção do gênero feminino, em nossa sociedade, é mediada por vários discursos equivalentes ao do século passado, construindo um corpo feminino reprodutor, normatizado e culpado. A cobrança social à mulher para que amamente seus filhos tem se respaldado nas comprovações científicas onde realçam o valor do leite humano para o melhor desenvolvimento bio psico social da criança, estando, portanto o seu papel social definido por determinantes biológicos (NAKANO, 1996).

“Sei que é muito importante pra vida da criança, inclusive a minha só teve as primeiras gotinhas, o colostro do meu peito saiu muito tentar lá, insistir mais saiu. É importante pra ela foi, mais ela não teve essa importância que foi do meu leite, ela não teve.” (Begônia)

“Eu fiquei até triste sabe, por ele ter largado meu peito (...) mas é bom amamentar, até o período certo ele amamentou né?! até os seis meses.” (Jasmim)

“(...) até a enfermeira me deu uma bronca, ah eu precisei de você aqui, pra transferir o seu menino, que eu já fui na UTI pensando que ele ainda tava lá, aí eu falei assim, mas eu dei meu telefone pra enfermeira tal e não deu, realmente lá não deu o telefone pra eles, aí eu falei, não eu não podia entrar no berçário, tô sentindo febre, e tudo, tô sentindo fraqueza, eu não podia tá entrando lá, uma que eu tinha que vê que não tinha só minha criança lá, não, meu bebê lá não, tinha outros, não podia passar né nada (...) Eu tentei colocar ele no peito, mas não teve leite, eu falei deixa ele engolir, nem que seja um pouquinho aí.” (Girassol)

Fatores importantes como, por exemplo: o avançar da idade, o ser primigesta e falta de maturidade, podem ser percebidos e compreendidos como predisponentes no que se refere ao ato de não gostar de amamentar e não compreendê-lo como um momento prazeroso e um processo único na relação entre mãe/filho. Pôde-se revelar uma relação importante adormecida pelos profissionais de saúde em se tratando do emocional. Quem trabalha em UTI tem que ter destreza, habilidade e rotina e muitas vezes essa rotina atrapalha o educar em saúde.

Embora a falta de emprego da amamentação materna exclusiva possa ser considerada resultante de um comportamento familiar, o apoio que a mãe e a família recebem por parte da comunidade e dos serviços de saúde é fundamental para o êxito dessa prática (BENGUIGUI, et al. 2006).

A atitude da mãe no alimentar seu bebê também pode representar uma importante comunicação de suas capacidades mentais de entrega e intimidade, revelando aspectos de sua personalidade que, dependendo do padrão, poderá configurar-se em impedimento à construção de um vínculo de intimidade e troca afetiva (FELICIANO, 2009).

A compreensão das mães quanto ao aleitamento materno é muito restrita, mesmo entendendo como ato de amor e importante ainda assim relacionam os benefícios deste ato restritamente ao filho, não se vendo também como parte integrante desse processo. Paralelo a isso se verifica o desconhecimento sobre aleitamento exclusivo o que pode contribuir para os elevados índices de desmame precoce. Desta forma, para que tenhamos sucesso no aleitar é preciso que além dos aspectos teóricos e práticos, também sejam trabalhados quanto a abordagem utilizada com o intuito de aumentar a confiança das nutrizes quanto a capacidade e decisão de amamentar, uma vez que o apoio a amamentação favorece o

estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho. Sendo assim, para que ocorra a melhoria na educação e saúde é preciso conhecer a realidade com a qual convivemos as limitações e as potencialidades dessas nutrizes.

4.2.3 – Motivação para continuidade ou abandono do amamentar.

Considerando os discursos de algumas entrevistadas, observa-se que o primeiro momento é considerado como difícil, mas a força de superação, a fé e a motivação existente dentro dessas mães superam alguns fatores considerados como negativos para o não amamentar como, por exemplo, idade, grau de escolaridade, conhecimento e experiências anteriores, orientações no pré-natal, pós-parto e puerpério, além das condições de nascimentos deste recém-nascido em se tratando de UTIN.

“... no começo agente sente um pouco de dificuldade, você não sabe pegar direito, não sabe nem pegar, a criança assim direito, se sentir dificuldade, mas depois agente vai pegando jeito, igual ela ficou sete dias lá na UTI, aí no dia que saiu eu falei a meu Deus do céu e essa noite?! Não sei como é que vou fazer, aí depois deu tudo certo.”
(Alfazema)

“...mas quando ele saiu que fui dar de mamar eu já fiquei meia preocupada, o jeito de pegar também, até o jeito de pegar essa criança aquela coisa, mas o importante foi mais quando ele saiu de lá, apesar de que eu fiquei lá 25 dias, depois que saiu da UTI agente tem que ficar lá no quarto em observação, ah ali foi um alívio.” (Angélica)

A experiência materna é considerada como relevante quanto ao sucesso na amamentação, as probabilidades de prolongamento da prática em amamentar tornam-se maiores ao passo que mães tenham experiência de sucesso de amamentação, já o desmame precoce pode acontecer mais precocemente em primíparas (CARRASCOZA et al., 2005).

O sucesso da amamentação depende basicamente de uma interação entre mãe e seu filho, do apoio familiar, comunitário e profissional apropriado somado a isso, considera-se fatores facilitadores a mãe trazer uma história de vida positiva em

relação à amamentação, ter vontade e disponibilidade de amamentar, estando aberta a mudanças (CASTRO; TACLA, 2006).

“O outro menino meu mamou um ano e meio sem tomar um gole de água, ele não comia nada, só peito.” (Angélica)

“Engraçado eu tenho cinco a primeira mamou o segundo não mamou, mamou um mês e quinze dias só, praticamente não mamou né, o terceiro mamou, essa daqui não mamou e essa pequena aqui não quis mamar, não tinha leite pra ela né, não foi nem escolha dela ô dó, o outro foi escolha, o outro não quis, eu colocava na boquinha dele, mas regurgitava na hora, colocava e regurgitava, agora pra ela não teve escolha, ele porque não quis ele não aceitava leite materno e ela porque não tinha.” (Gardênia)

O ato de amamentar envolve a tomada de decisão da mulher, sua vontade e desejo de amamentar. Momento em que a mulher faz uma revisão de seus vários papéis sociais coloca em movimento a integralidade do ser mulher, estabelecendo modificações importantes em seu viver (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

“Eu também já tinha um pouco de experiência por causa da outra, ela amamentou até um ano e sete meses, só leite, porque assim ela quase não comia ela vivia mais no peito, porque assim como ela tem anemia falciforme então me orientaram a deixar ela mamar até os dois anos aí como eu engravidei, aí eu tirei ela do peito assim que eu fiquei sabendo que eu tava grávida. E ela tava mamando ainda, um ano e sete meses ela mamava ainda.” (Gérbera)

Mãe de prematuro é uma puérpera que vivencia situações peculiares, diferentes daquela que teve um bebê a termo, enfrentando uma fase de estresse por ter tido uma criança pequena. Esses bebês necessitam de cuidados especiais dos profissionais de saúde principalmente numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde o processo de separação entre mãe e filho é previsível. Esses fatos levam a alterações no seu cotidiano, abalando a vivência e dinâmica familiar (SERRA; SCOCHI, 2004).

As mães de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva, observam, sentem e interpreta a evolução clínica e o tratamento de seus filhos. Essa demora na recuperação e a demora de uma melhora rápida afetam o instinto materno trazendo sofrimento e instabilidade emocional começando a temer a morte (FIGUEIREDO, 2003).

“... mas o importante foi mais quando ele saiu de lá, apesar de que eu fiquei lá 25 dias, depois que saiu da UTI agente tem que ficar lá no quarto em observação, ah ali foi um alívio, até hoje eu oro todo dia pra mim não voltar nunca mais naquele hospital (...) mas graças a Deus ele tá bem, nunca sentiu nada, quando saiu de lá, come tudo que você dá, nunca sentiu nada...” (Angélica)

“Graças a Deus de quando saiu nunca voltou, nunca mais voltou, nunca mais voltou.” (Gardênia)

“Sabe foi uma benção, nunca me trouxe problema nenhum, assim eu nunca cheguei lá pra médica me dizer teve uma recaída, sempre foi melhoras, ela hoje tá bem, tá melhor do que ontem.” (Begônia)

“Graças a Deus é sadio, nenhuma gripe deu, depois que ele saiu de lá, gripe nenhuma, ele toma duas vitaminas que a pediatra passou, que é o protovit, conhece? e o ultrafer, ele toma desde quando saiu da UTI, ela me disse que vai tomar até os dois anos. E assim é sadio, não sente nada...” (Girassol)

Castro (2006), afirma que vários aspectos psicológicos referidos à mãe que amamenta vêm sendo apontados na literatura brasileira e mundial como decisivos, direta ou indiretamente, para o sucesso do aleitamento materno.

“É sofrimento demais, pelo fato de eu tenho só 23 anos, eu não tenho mãe, então pra mim ficou muito assim sofrido, minha irmã hoje me ajuda muito, então foi muito forçado mesmo pra mim, foi uma experiência muito nova que eu tenho que aprender a tá com essa experiência, mas é muito difícil.” (Begônia)

“Estou com um problema de saúde, atrofiamento de nervos no braço direito... eu tenho força, mas não é a força que tenho no braço esquerdo, ficou um pouco assim perdida mesmo... e eu não aguento segurar ele, duas vezes quase que ele escorrega do meu braço, mas não impediu de amamentar ele até os sete meses.” (Jasmim)

É notória a fé em Deus e a esperança encontrada na maioria dos relatos das mães entrevistadas, apesar do sofrimento que passavam por ver seus RN internados em UTIN nunca deixavam de acreditar no poder divino. Percebe-se uma força divina e uma religiosidade nos discursos que as moviam para que diariamente tivessem forças para encarar mais uma etapa da vida.

“ai meu Deus é uma graça gostosa. Graças a Deus ele está aqui, bem, não aconteceu nada com ele, todo mundo achou que não ia sobreviver né pela dificuldade, os médico.” (Angélica)

“Mas Deus ajudou e passou.” (Alfazema)

“Ele ficou ganhando peso e eu podia ir ver ele todo dia, graças a Deus que eu equilibrei vendo ele todo dia, mesmo que eu chegava aqui a noite, só descansava porque dormir eu não dormia, eu acho que eu fiquei com a minha mente mais ruim porque eu não dormia (...) Deus e eu sei o que eu passei, mas eu já venci, e aí depois eu fui adaptando a ele, e hoje tá bom... tanto que eu pedia a Deus, ô meu Deus o que eu passei não deixa que ele dê cólica e que ele seja chorão...” (Girassol)

“Agente fica lembrando né, assim do sofrimento que agente passou, mas graças a Deus hoje nós vencemos já isso” (Alecrim)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), segundo a Portaria 1.884/GM/MS, de 11 de novembro de 1994 são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos, próprios, recursos humanos especializados (GAÍVA; GOMES, 2003).

Na assistência em unidade neonatal, um dos aspectos relevantes no cuidado ao bebê prematuro se refere à alimentação, em virtude de suas limitações gástricas, digestivas e nutricionais. Em decorrência disso, sabemos que muitos são os riscos aos quais os recém-nascidos prematuros de baixo peso ao nascer estão sujeitos. Mesmo após a alta hospitalar, essas crianças continuam a ser de alto risco, pois as re-internações são frequentes durante o primeiro ano de vida, a mortalidade é alta e o crescimento e desenvolvimento em longo prazo sofrem influências de muitos fatores, dos quais a alimentação é um deles (SERRA; SCOCHI, 2004).

Na UTI neonatal, as mães que decidem amamentar e/ou retirar o leite artificialmente sentem estar participando ativamente da recuperação do seu bebê, e, indiretamente, sentem que isso é o único que podem fazer para colaborar no crescimento, desenvolvimento e restabelecimento da saúde do filho (TAMEZ; SILVA, 2006).

“Mas aprendi muito também viu assim quando ela tava na UTI, passei a dar mais valor na vida, nas pessoas, porque você vê, não só o fato de tá ali dentro da UTI, pessoas que ali dentro do hospital, você tá convivendo, você tá rodando, você tá vendo também história de outras pessoas, é muito triste, você aprendi muito também.” (Begônia)

Por se tratar de um ambiente que requer cuidados intensivos, a assistência deve basear-se num sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade, isso gera ansiedade, angústia e insegurança às mães que tem seus recém-nascidos

internados nesse setor. Desse modo muitas encontram forças e tornam esse momento para servir de aprendizado proporcionando valorização da vida através de convívio com outras mães que ali passam e trazem exemplos de vida e de superação diferentes umas das outras.

A boa assistência torna-se decisiva para continuar ou não com o aleitamento materno exclusivo, por isso a enfermagem deve ouvir a nutriz esclarecendo dúvidas trazendo-a para esse cenário sem deixar que essa responsabilidade fique somente em suas mãos. O profissional de saúde tem que demonstrar segurança e confiança no primeiro encontro, pois trabalhar com aleitamento materno requer muito conhecimento e paciência uma vez que as informações a serem passadas devem ser claras e objetivas, transmitindo segurança à nutriz e ao bebê e conseqüentemente a todas as pessoas envolvidas nesse processo como familiares e o companheiro.

4.2.4 – Influências do (des)conhecimento das informações referentes a amamentação.

O estado psíquico materno influencia a descida do leite, nesse sentido, em situações consideradas como difícil, por exemplo, o internamento em UTI, a mãe deve ser orientada e apoiada estando tranquila e determinada para amamentar mantendo o processo de aleitar enfrentando as dificuldades e incertezas.

“... ter mais liberdade de dar de mamar pra ele ali, às vezes você tava lá tirando leite acontecia alguma coisa, sai mulher agente tem que arrumar, não sei o que, você já ficava preocupada, as vezes você chegava lá, ah não pode entrar agora ai você pensava que era com seu filho... Agente não se sente, parece que você nem teve a criança ali né. Ali agente nem alembra muita coisa mesmo, ali agente tá preocupada com o filho da gente, lá dentro como é que agente vai né, não recordo muito bem não...” (Angélica)

“... eu mesmo no meu caso eu tentava tirar, eu ficava um pouco nervosa, pra não dizer que eu totalmente não dei leite, eu dei trinta ml de leite pra ele, do meu, do meu leite, do período todo que ele ficou.” (Girassol)

As dimensões técnica e emocional devem aliar-se no estímulo ao aleitamento materno. Para tanto é preciso ter consciência do seu significado e possibilidade para cada mulher, orientando-a e apoiando-a na superação de medos e dificuldades, e sensibilidade para valorizar e solidarizar-se com suas dores e inseguranças (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Compreendendo a relactação como um processo de estímulo para que as mamas produzam leite materno através da indução de hormônios, sendo uma estratégia para prevenir e tratar o desmame precoce, sugere ao enfermeiro, atuante na saúde pública, que do ponto de vista da promoção de saúde e prevenção de doença, utilize os conhecimentos sobre esse processo para incentivar toda a equipe e reforçar a necessidade de identificação de casos em que a técnica pode ser utilizada para além de restabelecer o aleitamento materno, mas também para tratar algumas situações de desmame precoce, maximizando a produção láctea através do adequado estímulo das mamas (MARIANO, 2011).

“... eu também o que ficava mais preocupada é que eu dei diabetes na gravidez, com medo da criança ali na hora passar para ele a diabetes e tudo, não passou graças a Deus, faz muito exame lá dentro né, não passou nem nada né cuida bem, graças a Deus hoje meu menino tá saudável tá rastando tá. Quando ele nasce já coloca no peito, a enfermeira que me acompanhou me falava quando ele nascer você já coloca ele no peito, ali em cima mesmo, quando acabar de nascer, você se senti ali né... ela falava pra mim eu ficava naquilo ali aquela coisa e a criança muito tempo sem dar de mamar, vixe.” (Angélica)

“...de três em três horas elas pediam que eu colocasse ela pra sugar né, porque diz que sugando estimulava e poderia vir o leite, porque tem mães mesmo que até três anos que amamentou né, algumas mães diz que ainda volta né, caso de necessidade elas tomam remédio e volta mas ela eu dava ela de três em três horas o peito pra ela sugar...” (Gardênia)

De acordo com Tamez e Silva (2006), com o surgimento das UTI neonatais, foi feita uma previsão para que a assistência prestada aos RN fosse especializada através de procedimentos e equipamentos sofisticados, no entanto surgiu uma problemática em relação aos aspectos psicossociais que acompanham os pais destes recém-nascidos, existindo também outros fatores que adicionam estresse a esse período crítico trazendo desapontamento sentimento de culpa, incapacidade e medo da perda.

“Volta aquela coisa assim agente lembra é ruim demais, é ruim que eu digo assim o sofrimento de chegar lá assim ele lá internado você não sabe o estado, se ia sobreviver ou não né, assim dia após dia, até desentubar essas coisas.” (Alecrim)

“Meu filho vai ficar bem e nunca mais vou aparecer por lá.” (Angélica)

“Você chegava ela já tava dormindo ai eu esperava acordar, é difícil essa parte, ô meu Deus do céu, tava dormindo aí você esperava, ficava lá fora esperava.” (Alfazema)

“Você tá ali todo dia em UTI, não é fácil tá todo dia no hospital de três em três horas, não é nada fácil. Você acaba sofrendo né, mas você encontra, tenta ter forças pra tá passando por aquilo ali naquele momento, e às vezes é difícil. Eu sofri muito esses dois meses são tanto que eu emagreci 18 quilos.” (Begônia)

O sentimento de impotência esteve presente em vários momentos durante as entrevistas, e revelou-se neste estudo como o motivo de maior prejuízo emocional destas mães. Nos discursos das mães percebeu-se o quanto se sente incapazes e o quanto é frustrante visto que planejavam durante toda a gestação a espera deste momento.

Contrariando a idéia de que a amamentação tenha sido uma tarefa de fácil realização, a história da vida privada relata a recorrente atitude de recusa e/ou de impossibilidade de amamentar pelas quais têm passado mães das mais remotas épocas e cultura (FELICIANO, 2009).

“Eu chorei muito por não ter dado leite, mas eu falei ah! não vou desesperar não, o pior já passou. Porque o meu desejo era amamentar mesmo, mas acho que foi devido assim a correria, o emocional também porque no início, depois que eu tive ele, que eu vim pra casa deixei ele lá, minhas mamas mesmo elas encheu, eu fiz compressa de água morna, puxava com a bombinha, tudo, é aquela vontade de dá leite, mas não foi possível. Eu sempre tirava um pouquinho, não era assim 30ml, é o todo, foi 30 ml, foi bem pouco, meu desejo era dá leite, só isso.” (Girassol)

“... tinha dia que eu chegava aqui chorando... Porque eu não conseguia tirar (...) como ele não conseguia pegar por conta do bico do peito, ele sugava, sugava, sugava mais também não saia mais leite.” (Alecrim)

“Consegui tirar 50 ml no primeiro dia que eu tomei, só que foi só um dia, os outros dias eu só tirava duas ml, três ml, não passava de cinco, então eu não atingia a necessidade dela, porque cada dia que passa vai aumentando as mls, vão aumentando, aumentando, e de acordo ia aumentando, eu não conseguia tirar pra, pra ela.” (Gardênia)

“... eu queria muito ter tido, dado leite, mas eu não tive de jeito nenhum.” (Begônia)

Para que a mãe tenha sucesso na manutenção da lactação, durante a hospitalização de seu bebê, é necessário que se sinta segura e tenha orientação e apoio tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde devendo se organizar para que possam fornecer às mães informação, orientação e aconselhamento sobre amamentação (SERRA, 2004).

“Só que assim, no meu caso eu não tive essa oportunidade de dar... quando eu saí de lá não foi mãe? Quando ele saiu de lá da UTI eu já não tinha mais leite, meu leite já tinha secado então eu não tive oportunidade.” (Alecrim)

“Minha experiência não é nada bom, porque primeiramente, desde o começo da gravidez eu tive assim um desentendimento com o pai dela, que hoje eu não vivo com o pai dela, e a minha gravidez desde o começo foi muito perturbada, eu passei muitas coisas, agente brigava muito, foi por causa disso que tive ela prematura, por nervosismo, pela situação (...) Sobre aleitamento, sobre amamentar eu não sei nada, porque nessa parte eu não tive o prazer de fazer. Porque minha criança nasceu de cinco pra seis meses, assim passei por gestação para amamentar e não consegui ter pra amamentar ela, então nessa parte assim eu não sei falar o que é.” (Begônia)

As mães de prematuros enfrentam situações estressantes devido à gravidade do quadro do recém-nascido, ambiente impessoal da UTI e medo do prognóstico quanto a sobrevivência de seu filho, o que acaba gerando ansiedade e fadiga e, conseqüentemente, risco de inibição do reflexo de descida do leite (PESSOTO, 1997).

A disfunção na produção de leite percebida pela nutriz apresenta-se de forma dolorosa e com caráter punitivo pelo valor social que a síntese láctea representa na confirmação da mulher como mãe (NAKANO, 2003).

“... elas tiravam, guardavam leite lá mesmo na geladeira, elas guardavam lá só que a minha não podia ser amamentada com o leite delas, tinha que ser pelo meu, só que o meu não tinha pra ela, aí eu chegava ficar com dó quando eu via as meninas jogando fora né, jogava aquele tanto de leite fora, ficava até com dó.” (Gardênia)

“... eu ia todos os dias tirava o leite e tudo mas assim não é igual a criança sugar, né pra poder o leite vim, pra estimular, então assim quando ele saiu mesmo que eu fui assim pro quarto com ele, já tinha secado, então ele foi amamentado na mamadeira, é até hoje na mamadeira, não pude dar o leite materno pra ele (...) Ele ficou lá e foi emagrecendo lá dentro quando ele tava comigo no quarto, era pra ele ganhar peso pra ele sair de lá comigo, aí ao invés dele ganhar peso ele tava perdendo peso, porque ele não conseguia sugar e ele não conseguia tomar no copinho.” (Alecrim)

“Porque no início ela não tava amamentando porque assim como ela tava na UTI e ela tava totalmente parada, então ela não tava amamentando, mais assim quando ela

começou a amamentar ela não tava pegando mais no peito, no início ela não pegava o peito.” (Gérbera)

“Fiquei com medo também de não dar leite, tive um medo doido, de não ter leite, falei nossa, mas eu não vou dar nem leite pra minha filha, mas depois de sete dias voltou o leite chegou muito leite.” (Alfazema)

“No começo eles me orientaram que ia tá gesticulando o peito né, pra poder o leite vim, tomei até medicamento mais o leite não veio, foi Plasil que eu tomei, porque Plasil é um remédio que eles fala que aumenta o leite né, e mandou também comer muito cuzcuz e muita coisa que viesse do milho, derivado do milho, mas só que eu tentei, tentei e não consegui.” (Begônia)

De acordo com Vezozzo (2006), o trabalho é definido como atividade que produz renda, e sendo as mulheres classificadas como economicamente ativas e necessitando, portanto assumir atividades que produzam renda para garantir-lhes a sobrevivência e de sua família. Nesse contexto, a amamentação está, muitas vezes, além dos limites de querer, condicionada ao poder amamentar.

A necessidade de trabalhar e conciliar as visitas a UTI para acompanhamento de sua filha é relatado por uma entrevistada onde a mesma traz em seu discurso o quão sofrido lhe foi esse momento, principalmente por não ter outra escolha e se vê diante de uma necessidade financeira para que pudesse ter condições de sobrevivência e sustento familiar, uma vez que existiam conflitos familiares entre o pai da criança e ela. Associado a outras condições como o fato de não ter a presença de sua mãe para poder ajudá-la na criação de sua filha junto com ela, de certa forma trouxe um prejuízo de ordem emocional que veio a influenciar no aleitamento materno.

“eu não parei de trabalhar não, eu ganhei... na segunda, na quinta feira eu voltei a trabalhar, eles não me deram licença não, nem eu com ela na UTI, e um mês aí, eu saí fiquei com minha filha oito dias, aí por minha conta mesmo eu fiquei um mês fora, eu não recebi nada, entendeu?! aí assim, eu fiquei trabalhando e na UTI, pensa aí o desgaste, você teve uma criança prematura de cinco meses, você passa por aquilo tudo, na quinta-feira você volta a trabalhar, final de ano, todo dia você ir em hospital de três em três horas, eu ia pro hospital mas minha cabeça tava no hospital e no trabalho ao mesmo tempo nessa rotina. Por exemplo eu não dava conta do meu trabalho, então eu tinha que trazer pra casa pra mim tentar fazer o que eu não fazia lá, tinha que fazer a noite, ir no hospital e voltando fazendo uma parte, nesse tempo a vida toda porque eu não dava conta na semana eu tinha que fazer final de semana, então minha rotina foi essa em hospital e ne trabalho, trabalhando, porque eu pensava tenho que trabalhar pra sustentar minha filha, porque se eu sair daqui eu não vou arrumar outro agora, então o que é que eu vou fazer?” (Begônia)

Pelos discursos das mães entrevistadas percebe-se que a internação na UTI de um filho tão esperado gera sofrimento, trauma e dor. Observa-se também nas falas dessas mães que esse momento em suas vidas vem a prejudicar emocionalmente, impendendo-as de se concentrarem exclusivamente no seu recém-nascido e na melhora dele em virtude de outras necessidades enquanto esposa mãe e mulher.

“Quando eu tava lá o pensamento aqui, quando eu tava aqui o pensamento lá, o pensamento lá, então eu fiquei meia vou falar a verdade que eu fiquei meia estressada lá, discuti lá com o pessoal né.” (Gardênia)

“... aí ela tinha que tomar um medicamento, aí toda hora chegava pra furar né, perdia o acesso, aí tinha que furar novamente, aí eu achei que judiava muito dela assim, todo dia era uma enfermeira diferente, não sei se tinha gente ali que tava estagiário, não tinha prática nenhuma, aí eu chorava, virava um horror, um desespero no hospital.” (Alfazema)

“Eu passei uma barra lá, porque é assim agente fica assim internada de um lado e seu filho do outro, fica preocupada. Eu vim embora porque tava cheio demais lá o período, aí na mãe canguru que eu poderia ficar tava lotado, lotado não deu pra mim ficar, eu fiquei em casa e voltava todo dia de baixo de chuva.” (Jasmim)

“...eu sozinha dentro dessa casa, minha cabeça virou o mundo, porque assim, eu chegava no regional, eu saía daqui oito horas da manhã, chegava aqui sete da noite, como assim mesmo que foi normal eu não tive assim aquele repouso, praticamente eu ficava em pé demais, ficava assim nossa, como tinha muita gente dentro do quarto, não podia assim descansar um pouco né, esticar as pernas, foi indo, foi indo, no quarto das mãe canguru (...) Passei muita luta assim, mas foi uma experiência, alguma coisa assim que agente aprende né, uma coisa assim, foi boa e ruim ao mesmo tempo. Coisas que agente passava.” (Girassol)

Gouvêa (2008), afirma que o apoio dos profissionais de saúde é importante para que as mães consigam superar dificuldades transitórias e obter uma lactação bem sucedida. Entretanto observa-se que algumas mães relataram situações passadas por elas em que a atuação desses profissionais colaborou negativamente influenciando assim nas relações entre a equipe e as mães dos recém-nascidos.

Ao limitar a assistência dirigida a essas mães nutrizes, quando se faz apenas orientações verbais, de certa forma os profissionais acabam repassando para a mãe a responsabilidade de produzir leite e manter a lactação (SERRA; SCOCHI, 2004).

“a enfermeira chegou com um copinho de leite, uma seringa e um outro copinho e falou toma, aí você escolhe o que você dá com ele se a seringa ou o copinho, aí virou as costas e saiu, deixou eu lá sozinha aí pronto eu peguei esse menino pra mim dá esse leite sozinha, nunca tinha dado leite.” (Alecrim)

“Às vezes até por está ali dentro do hospital, tem as pessoas, os médico tudo, umas pessoas que ajuda muito agente, mas tem horas que você acaba escutando o que não quer, às vezes você é mal tratada lá dentro do Regional, inclusive mesmo eu questiono muito isso, que teve uma médica mesmo lá assim muito ignorante... então é muito sofrimento.” (Begônia)

“Fora que tinha umas enfermeiras que deixava agente mais estressada ainda, ela puxava, puxava o meu seio, eu falava assim, moça desse jeito é aí que eu não vou dá leite, não foi todas, teve uma que ela falava assim, você tá puxando errado não sei o que, eu falei então você me ensina, eu chorei, porque né, mais aí depois mesmo que ela colocava depois ele pra mamar, o bico do meu peito mesmo ele é retraído, era difícil, mesmo que depois que eu tirei ele, que eu saia com ele, aí todo dia eu colocava ele pra sugar, aí ele começou a ficar mais forte né, a musculatura do queixo, aí ele sugava, sugava, mas engolia pouquinho, não dava pra encher a barriga.” (Girassol)

Compreender o processo da amamentação para além de suas determinações hormonais e fisiológicas e avaliar seu sucesso não meramente técnico da pega e da ordenha correta é um desafio para profissionais de saúde. Quando há dificuldades na amamentação, supõe-se que sejam por incapacidade da mulher que amamenta, entretanto o desmame precoce vem ocorrendo em mulheres com acesso a informações (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

“Acho que tudo envolve, é o emocional da gente, muito abalada, não esperava ter sete meses, minha gravidez toda foi boa, não tive nem enjojo, nada, nada, nada, mas ele quis vim, fiz todas as consultas de pré-natal, até sete meses.” (Girassol)

“Ela falava tem que ficar mais calma, porque você fica muito nervosa, eu chegava dentro da UTI eu já chegava chorando, eu ficava muito nervosa então elas, ah você não tá tendo o leite pelo fato de você está muito nervosa então o leite não vem, tenta ficar mais calma, mas mesmo assim eu não conseguia. Você tá dentro do hospital e de três em três horas, é demais, você vê coisa, você sofre, você vê sofrimento dos outros, você pega o sofrimento dos outros pra você além dos seus, você ainda pega das pessoas, então é muito desgastante, é muito sofredor, igual eu tive colegas lá mesmo que não era daqui, elas ficava dentro do hospital lá, eu falava gente pelo menos eu posso sair daqui do hospital, ir ali na minha casa mesmo que eu vou lá e volto daqui a pouco mas pelo menos eu vou distrair e vocês?! Então eu ficava mal em só vê aquilo delas ali dentro, uma até assim, teve o nenenzinho dela que faleceu lá né, e assim o desespero, teve gêmeos, e aí assim teve um desespero, um sofrimento por ter perdido o outro e tá com o outro na UTI, sua situação era difícil, mas quando você via uma situação mais difícil você sofria mais ainda pelo outro né?! Foi muito

desgastante... na primeira semana foi bastante difícil, não que os outros dias não foram difíceis, mas acostumei a viver naquela rotina de hospital toda hora, desgastante demais, não desejo isso pra ninguém, porque é desgastante viu!” (Begônia)

O objetivo principal da ordenha é manter a estimulação dos mecanismos de produção de leite. Cada profissional envolvido na orientação e suporte a mãe deve estar informado para fornecer orientações adequadas (TAMEZ; SILVA, 2006).

“Não tinha mais leite, o leite secou, eu não dei leite assim, porque tinha umas mães lá que saía assim um tanto de leite entendeu, acho que depende também da pessoa né, do organismo, não sei como que é, meu leite, quase que não tive leite não aí tive que dar mamadeira.” (Alecrim)

“(...) porque também meu peito, tinha dia que eu não conseguia nem pegar no meu peito, não estava cheio de leite estava normal igual como está aqui, só que elas apertavam muito, as médicas as enfermeiras, tinha dia que eu nem conseguia colocar sutiã de tão doendo que meu peito tava, de tanto gesticular, tanto aqui em casa como lá, e quando eu chegava lá ela gesticulava, gesticulava, tanto que meu peito chegou a ficar ferido teve vezes, pra mim tentar fazer a ter o leite, e não veio o leite.” (Begônia)

Quando analisamos os discursos das mães e comparamos com a literatura, verificamos uma incoerência de informações no que se refere à ordenha manual do leite materno, percebendo que as técnicas de ordenha aconteciam de forma aleatória e condutas opostas eram realizadas dentro da UTI neonatal.

Para Tamez e Silva (2006), a inconsistência das informações oferecidas à mãe, tanto pela equipe médica como de enfermagem, contribuem para que as mães sejam desencorajadas a amamentar e/ou extrair leite artificialmente.

“Eu só conseguia tirar mais de um peito, do outro não conseguia, tinha que tirar com uma bombinha, mas lá eles não autorizam tirar com a bombinha né, aí então só tirava do peito direito.” (Angélica)

“...elas fizeram uma bombinha improvisada pra mim, porque eu não tinha na época condições de comprar uma bombinha daquelas né, elas fizeram uma pra mim improvisada... ficar sempre espremendo, é puxando com a bombinha pra ver se voltava.” (Gardênia)

“Inclusive lá tinha enfermeiras que cortava pra mim uma seringa, eu invertia a seringa e tirava, agora eu não conseguia tirar na mão, só conseguia tirar na seringa (...) ele tomava não sei quantos ml, eu não tinha condições de tirar tudo isso, inclusive

também meu peito ele é invertido o bico, eu não consigo tirar apertando, lá na UTI agente não pode levar bomba, tem que ser na mão, então assim eu não tinha condições tinha dia que eu chegava aqui chorando nera mãe?! Porque eu não conseguia tirar.” (Alecrim)

“O processo é com a mão, às vezes quando eu não conseguia mesmo, eu tentava, eu tentava, aí elas faziam aquela seringa maior, colocava ao contrário pra fazer tipo uma bombinha né, aí tentava pegar, quando puxava saia um pouquinho, saia um pouquinho, aí como tava lá dentro e não podia sair, tava tudo limpinho, aí eu colocava lá, aí eu ficava pode colocar na seringa pra dá pra ele, não importa o tanto, mas você mistura lá.” (Girassol)

“A técnica é difícil, agente poderia levar uma bomba pra tirar né, mas lá não pode, é difícil, com a mão é difícil.” (Hortência)

Em regra, o ato de amamentar é adotado como algo generalizado que deve ser executado de forma igual para todos independente do contexto no qual a parturiente esteja inserida. O processo de Aleitamento Materno deve ser compreendido como um processo político e social determinado pelas condições concretas de vida.

“Durante os horário certinhos... me orientaram a dar só peito.” (Orquídea)

“... de três em três horas eu colocava de dia a noite elas iam lá olhava, perguntava, via como é que tava, estimulava também no meu peito pra ver como é que tava, alimentava, aí é isso mesmo.” (Gardênia)

“De três em três horas, aí eu ia lá de três em três horas né, tirava o leite, já tinha lá a quantidade de leite que ele tomava, porque todo dia aumentava as ml, agente ia lá, eu tinha que tirar na mão porque lá não aceita como eu te falei antes, não aceita assim bomba nem nada, então agente tirava, inclusive na hora que agente tirava eles já dava a criança.” (Alecrim)

Se a mãe não estiver apta mentalmente para conter as angústias suscitadas nessa vivência, buscará meios de aplacamento que paralelamente a neutralizarão enquanto experiências vivas, convertendo-se em tarefa mecânica ou em desmame total, ou parcial (FELICIANO, 2009).

Preparar e apoiar a mulher para o aleitamento requer mais que conhecimento técnico e metodológico, implica em mudanças de comportamento com vistas às especificidades desta prática para os seres humanos, dotados que são da capacidade singular de produzir e reproduzir cultura (QUEIROZ, 2008).

“... toda hora ia lá orientar você, mesmo se a criança não tava bebendo ali, mas você tinha que ir lá tirar. Foi quando eu tava lá ai por um bom tempo eu tive que tirar o leite, eu tirava no copinho elas davam depois ficou uns sete dias que ele, eu comecei a dar leite no peito mesmo, foi uma maior dificuldade... como tirar o leite, como dar a criança ali, apertar tudo, todo o peito ali, pegar... eu tirava o leite todo dia, eu ia lá eu ia três vezes por dia para tirar o leite, porque eu morava aqui eu ia de manhã, meio dia e a noite para tirar.” (Angélica)

“Chegando lá tem toda a higiene que deveria ser feito e também tirei o leite pra passar pra ele pela sonda né, ele tomou leite e também completava com o NAN... de três em três horas eu tirava o leite, só tirava lá porque não tinha necessidade de tirar em casa.” (Jasmim)

É preciso considerar o aleitamento materno em todos os seus aspectos, construir uma rede sociobiológica que não separe mais os aspectos biológicos dos sociais, culturais e históricos, considerando a amamentação não apenas como biologicamente determinada, mas também socioculturalmente condicionada (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

“Primeiramente ele não amamentou de início, eu também não tive quase leite, eu tirei mesmo lá, eu tirei de três em três, agente entrava lá e colocava as roupas, todo procedimento pra entrar e algumas mães que conseguiam tirar o leite tirava (...) Então sempre era de três em três horas que agente entrava né, pra dá o leite, quem dava leite ou, se às vezes eu não conseguia tirar um pouco, o que eu conseguia tirar completava lá com o outro que é o Pregominho.” (Girassol)

A chegada de um bebê prematuro altera a rotina familiar. Muitas vezes, a não retirada do leite e a percepção da baixa produção do mesmo geram sentimentos de culpa em que a mãe/mulher vê-se presa a uma rotina de visitas diárias para obter informações, e executar a uma rotina de extração manual de leite no intuito de manter a produção de leite (CODD, 2002).

“Elas orientaram de três em três horas agente estimulava né, o seio, pra se colocar no copo, mas é muito difícil, e aí depois elas continuaram falando isso, mas como ele não sugava então aí foi e secou.” (Hortência)

Segundo Castro e Araújo (2006), o grande desafio dos profissionais de saúde é compreender que o ato de amamentar não acontece com pessoas abstratas, mas com pessoas concretas, inseridas num contexto real de vida, a prática deve ser crítica, intencional e compromissada com a transformação qualitativa da realidade.

“Elas me ensinava a botar a criança assim, o pescocim aqui, o braço e colocava o bico do peito na boca dela, só. De três em três horas.” (Gérbera)

“Então, é, o mesmo procedimento de lá, de três em três horas, às vezes eu acordava ele pra tomar leite, ele saiu de lá tomando cinquenta ml, na chuquinha, aí depois né cada mês eu ia aumentando... como eu não dei leite, e fui dando de três em três horas.” (Girassol)

“... quando eu recebi a alta os médicos me orientou a amamentar da mesma maneira, a higiene, amamentar de três em três horas, colocar ele pra arrotar e assim por diante, então não teve assim tanta dúvida. Lavar os seios, secar e sempre com as mãos limpas pra poder amamentar ele dessa forma.” (Jasmim)

Orientar para a amamentação é um grande desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele se depara com uma demanda para a qual não foi preparado, e que exige sensibilidade e habilidade no seu trato (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

A ordenha de leite materno é essencial para as mães dos recém-nascidos prematuros no período que estão impossibilitados de mamar. A escolha do método para a retirada do leite vai variar de acordo com o período em que o leite deverá ser ordenhado e a situação sócio-econômica de cada nutriz (TAMEZ; SILVA, 2006).

As normas e as rotinas da UTI neonatal devem ser cuidadosamente avaliadas e, se necessário, reestruturadas, para que possam refletir a promoção e o apoio do aleitamento materno (TAMEZ; SILVA, 2006).

“Elas estimulavam super bem assim na maneira de colocar nos braços para amamentar e orientar para poder amamentar a criança até pelo menos dois anos de idade entendeu?!... existia uma rotina eu tinha amamentar, ia por duas vezes por dia pra mim poder tirar o leite, eu ia de manhã tirava o leite para o dia, e a tarde no final da tarde tirava o leite para a noite entendeu?! aí elas alimentava...” (Orquídea)

“Ela sugeria que agente pegasse, que colocasse no peito e tudo, tirasse um pouquinho, nem que fosse, qualquer tanto, que era fosse suficiente pra ela né, eu sinto uma dificuldade assim de tirar, mas todo dia eu tentava tirar de três em três horas eu falava de três em três horas tava lá pra pegar ela pôr no peito e tudo.” (Alfazema)

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas. Durante a assistência pré-natal as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens do uso

de leites não humanos, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança (GIUGLIANI, 2000).

Admite-se que esse cenário alimentar multifatorial poderia ser melhorado pela atuação eficiente de pediatras apoiados por políticas de saúde que os incentivassem a atingir bons índices de AME através de formação continuada e cursos de treinamento em amamentação (SANTIAGO et al., 2005).

Diante destas dificuldades, é necessário propor estratégias centradas em ações educativas a respeito da importância e das vantagens do aleitamento materno, como também a instrução das mães a respeito da forma correta de amamentar, das técnicas específicas para superar as dificuldades circunstanciais que podem ocorrer principalmente no início da amamentação e das técnicas especiais para compatibilizar a amamentação com os outros papéis desempenhados pela mulher dentro da sociedade (MONTRONE; ROSE, 1996).

A responsabilidade pelo cuidar de um filho prematuro é algo inerente para as mães desses recém-nascidos, tornando-se um momento de angústia e esforço visto que se responsabilizam também pela internação de seus filhos. Como isso o desejo de alimentar seus recém-nascidos traduz em luta para promover a melhora para o bebê na UTIN. Entretanto dificilmente a nutriz deixará de amamentar se ela encontrar profissionais capazes de identificar suas necessidades e propor resolutividade nos momentos mais complexos e difíceis do processo de aleitamento materno pois este profissional tornar-se-á agente importante auxiliando-a a estabelecer uma produção láctea bem como cuidados quanto ao recém-nascido.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho busquei compreender o significado do uso exclusivo do aleitamento materno na visão de mães que tiveram seus bebês internados em unidade de terapia intensiva.

A decisão por compreender o processo de aleitamento em UTI neonatal, a partir da mãe como sendo sujeito que o vivencia, deveu-se ao fato de querer responder as minhas indagações a respeito do aleitar.

Assim, sob o olhar da fenomenologia e utilizando da observação como forma de buscar mais informações referentes ao fenômeno de modo a enriquecer as falas das participantes entrevistadas, iniciei a análise.

Somente consegui compreender o fenômeno quando me despi de meus preconceitos e comecei a ouvir as mães entrevistadas e entender o processo de angústia e frustração do vivenciar um internamento, do filho esperado, em unidade crítica de tratamento que é a UTI neonatal. Relatos traduzidos por momentos vivenciados dentro da unidade de tratamento sendo estes uma luta diária pela manutenção da vida.

Descrever os desafios das mães, durante o internamento e após alta, significou o entender do mundo vivido de cada uma delas na sua singularidade e a riqueza de experiência com amor, luta, angústia, frustração e outros sentimentos que se misturam e permeiam esse cotidiano. Sendo assim, diante da riqueza de conteúdo dos discursos e a vasta possibilidade de interpretação de forma diferente, fez desse processo momento de exaustão e apreensão.

O apoio e o conhecimento familiar influenciam de forma positiva para a manutenção da produção láctea, entretanto, percebe-se que do mesmo modo que ocorre o incentivo e apoio na manutenção do aleitamento materno pode ocorrer também para a interrupção precoce do aleitamento exclusivo mediante as crenças e mitos mesmo que o ato de amamentar envolva instinto materno. O papel da família torna-se muitas vezes determinante na tomada de decisão da mãe em amamentar o seu filho.

As nutrízes compreendem que amamentar seu bebê ao seio é importante, significa aproximação entre mãe e filho, apontam os valores do leite materno como

fonte de vida e saúde, além de ser um ato de amor, mas que muitas vezes é um processo difícil pela influência de fatores que podem inviabilizar o ato de amamentar. Sendo assim, mesmo entendendo ser um momento importante para todos, infelizmente não existe uma compreensão de que os benefícios também se estendem as mães, pois para elas somente os filhos ganham com isso, os benefícios do aleitamento materno é visto sempre como uma necessidade da criança estando esta em primeiro lugar.

Nos últimos anos verifica-se o desenvolvimento de ações de saúde públicas que vem melhorando as taxas de aleitamento materno exclusivo, mesmo assim estas ainda encontram-se distantes do que se preconiza. Em nosso estudo, a falta de informação sobre questões diretas do aleitar é perceptível ao passo que não é sabido pelas mães o real significado de aleitamento materno exclusivo. Nesse sentido, as mudanças devem acontecer quanto a educação em saúde para que não somente compreendam a importância do aleitar mas também o porquê de seu caráter exclusivo durante os seis primeiros meses de vida.

Para as mães desses RN, as incertezas tornam-se mais presentes e evidentes, pois vivem um dia após outro sem muito saber de como seu bebê irá responder na UTI neonatal. Entendendo que a melhora dele está associada ao poder amamentar, mas que pode gerar um sentimento conflitante.

Apesar de ser um momento de angústia, frustração e superação, a fé em Deus é algo bastante intenso em todas as mães superando todos os momentos negativos. O apegar a algo lhes traz conforto espiritual para viver cada dia de internamento e encontrar forças para continuarem amamentando. O apoio psicológico foi também bastante presente nos discursos, momento tão importante vivido pelas nutrízes que o nome da profissional foi citado por diversas vezes.

A efetiva participação da mãe, quanto à oferta de leite materno, no cuidado do bebê que está internado na UTIN, traduz a melhoria na condição de vida dos RN. Apesar de compreender que o amamentar representa um processo como algo importante e ato de amor, ele não é a prioridade para aquelas mães. Ali, naquele momento, o que realmente importa para elas é a saída de seus filhos da UTIN, mesmo que para isso elas tenham que vê-los alimentados por leite artificial.

O ato de amamentar em UTI é algo que trás angústia, limitações, mas acima de tudo é um ato de amor, uma fonte de vida. A equipe de saúde reforça a idéia de

que a produção láctea por meio da ordenha manual é importante pelo que o leite significa, entretanto, para a mãe gera sentimentos conflitantes quando estas não apresentam um resultado positivo no amamentar. Comprometendo essa prática uma vez que esses sentimentos contribuem para a diminuição da produção de leite.

O aleitamento materno está sendo pautado por alguns profissionais de saúde como algo mecânico a ser orientado e desenvolvido de forma igualitária para todas as mães. A dificuldade em ordenhar o leite estava presente nos relatos dessas mães, reforçando que as orientações da equipe da UTIN traziam inseguranças, incertezas e impotência tornando a habilidade duvidosa em ordenhar a manter a lactação.

Sentiam-se confusas em seus discursos em poder ou não usar a bomba para ajudá-las a realizar a ordenha. Em um mesmo setor, observei que a prática e o uso de bombas improvisadas estavam presentes mesmo que para algumas mães isso era reforçado como algo proibido na UTIN. O conhecimento teórico satisfatório sobre as vantagens da prática do aleitamento são de conhecimento da grande maioria dos profissionais de saúde, falta suporte adequado às mães que estão em condições mais complexas que envolvem a técnica adequada de manejo.

Sendo assim, este estudo possibilitou-me um novo pensar sobre as orientações de aleitamento materno que a equipe de saúde oferece às mães que estão com seus RN internados em UTI neonatal. Indo em contramão da Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher. O profissional de saúde que trabalha em UTIN tem que ter destreza, habilidade e rotina e muitas vezes essa rotina atrapalha o educar em saúde, uma vez que a boa assistência torna-se decisiva para continuar ou não com o aleitamento materno. Por isso, a enfermagem deve demonstrar segurança e confiança no primeiro encontro, ouvir a nutriz e esclarecer dúvidas de modo a trazê-la para o cenário sem deixar que a responsabilidade limite-se em suas mãos.

Quando caracterizamos os sujeitos do estudo não estamos generalizando as informações, mas os achados mostram que quanto mais imaturos são os recém-nascidos, maior será o período de internamento e menor o índice de aleitamento exclusivo. Com relação às consultas do pré-natal verifica-se que quanto menor foi o número de consultas realizadas maior foi o número de realização de parto cesáreo bem como ofertar leite artificial, diminuindo com isso, a oferta de leite materno

exclusivo e conseqüentemente aumentando o índice de desmame precoce. Portanto, enquanto as questões referentes ao aleitar não forem consideradas como prioridades de saúde pública, a amamentação exclusiva ficará longe de atingir os índices preconizados com isso aumentará as taxas de desmame precoce.

Entendo que a melhor condução para que permita uma boa produção láctea está pautada na forma como essa informação é passada bem como o olhar para as especificidades de cada uma principalmente de fatores considerados relevantes para a manutenção do aleitar. Com isso, o primeiro passo para a melhoria na atenção à saúde da mulher é conhecer a realidade com a qual convivemos, as limitações e as potencialidades existentes.

Torna-se, portanto, imprescindível discutir com os profissionais de saúde um repensar sobre os valores que interferem no aleitamento materno como a facilidade de desenvolver ingurgitamento pela retirada ineficiente de leite; o emocional das mães como a possibilidade de morte devido a fragilidade do prematuro; diminuição do vínculo entre mãe e filho devido a distância pela condição de internamento; o significado da manutenção do aleitamento materno representa para a mãe a melhora do seu bebê o que gera sentimentos conflitantes, como por exemplo: o avançar da idade, o ser primigesta e falta de maturidade, podem ser percebidos e compreendidos como predisponentes no que se refere ao ato de não gostar de amamentar e não compreendê-lo como um momento prazeroso e um processo único na relação mãe/filho.

Para que o apoio a amamentação possa ocorrer de modo mais afetivo é preciso que reforçassem os aspectos teóricos e práticos como também a forma de abordagem que se utiliza para aumentar a confiança das nutrizes em sua capacidade de amamentar.

Como forma de poder minimizar as dificuldades e sofrimentos dessas mães durante e após a internação de seu filho em UTIN e contribuir para o aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo traremos algumas sugestões:

1. Possibilitar a criação de um espaço próprio e horários para trabalhos educativos, orientações e excreção quanto a ordenha manual de leite materno com as mães dos recém-nascidos;

2. Trabalhar com educação e saúde em âmbito dos funcionários na unidade hospitalar principalmente no setor de UTIN;
3. Incentivar e capacitar a equipe para um bom acolhimento quanto às dificuldades na manutenção da produção láctea;
4. Possibilitar trabalhos de grupo com mães e familiares permitindo receber conhecimentos sobre assuntos referentes a anatomia e fisiologia das mamas além do mecanismo de produção de leite;
5. Trabalhar com educação e saúde quanto ao que se pode esperar ou não do desenvolvimento de seus filhos informando-as sobre as características do RNPT;
6. Formar grupos de apoio às mães quanto as técnicas de aleitamento e possibilitar a troca de experiência entre elas ou com outras mães que por ali já passaram;
7. Estabelecer um padrão teórico e prático de conduta quanto ao mecanismo de ordenha manual;
8. Incentivar o Projeto Mãe Canguru, pois permite contato pele com pele além de inserir nos cuidados a participação também da família;
9. Esclarecer dúvidas quanto ao período crítico inicial de internação de seu RN, explicando os motivos se presente nos casos em que a mãe não pode amamentar diretamente ao seio, mas pode ser ofertado LM por outras vias de alimentação;
10. Elogiar pelas conquistas quanto a ordenha, mas não criticar quando a mãe não conseguir extrair uma quantidade significativa;
11. Permitir entre a equipe um momento para discutir as experiências, contribuindo para a manutenção do aleitamento materno e conseqüentemente a diminuição do desmame precoce;
12. Continuar com apoio psicológico, uma vez que este foi bem representado nas falas das mães, sendo importante e decisivo nos momentos de angustias e medos reforçando o quanto isso significa para as mães;
13. Criação de um Banco de Leite Humano no Hospital.

Sendo assim, o educar em saúde pela equipe pode contribuir com o sucesso da produção láctea e assim minimizar o sofrimento, a dor, a ansiedade, a frustração e as dificuldades dessas mães durante e após a internação, entretanto, precisa-se compreender o significado do aleitamento materno exclusivo na visão de cada mãe e não deixar-se levar por regras e rotinas que não levam em consideração o ser individual invertendo o educar para um dos fatores predisponentes para o desmame precoce.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. M. S. M. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: ISSLER H. Coord. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008a.
- ALENCAR, S. M. S. M. Proteção legal ao aleitamento materno. In: REGO J. D. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares**. – 2. ed. São Paulo: ATHENEU, 2008b.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz. 2ª reimpressão, 2002.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 4ª ed. – São Paulo: Atlas, 1999.
- ARAÚJO, R. M. A., ALMEIDA, J. A. G. de. **Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência**. Rev. Nutr. V.20 n.4 Campinas jul/ag. 2007
- ARAÚJO, M. F. M.; MARANHÃO A. G. K. Iniciativas do Governo em prol do aleitamento. In: REGO J. D. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- ASSIS, A, M. O.; PRADO, M. do C. S. F.; SILVA, R. de C. R.; RAMOS, L. B.; MACHADO, A. D. **Prática do aleitamento materno em comunidades rurais do semi-árido baiano**. Rev. Saúde Pública V. 28 n.5 São Paulo/SP out. 1994.
- BARROS, F. C.; SEMER, T. C.; FILHO, S. T.; VICTORA, C. G. **Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte**. Rev. bras. epidemiol. São Paulo/SP, v. 5, n. 1, abr. 2002.
- BENIGUI, Y.; CUNHA, A. J. L. A. da; SILVA, M. A. S. F. e. Panorama Atual e perspectivas da AIDPI na Região das Américas. In: BENIGUI, Y.; CUNHA, A. J. L. A. da; SILVA, M. A. S. F. e. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006.
- BICUDO, M. A. V. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.
- BELLO, A. A. **Introdução à fenomenologia**. Bauru/SP: Edusc, 2006.
- BOEMER, M. R. **A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica**. Rev. Latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto – SP v. 2 – n. 1 – p 83-94 – janeiro 1994.

BOSSI, M. L. M.; MACHADO, M. **Amamentação: um resgate histórico**. Cadernos ESP- Escola de saúde Pública do Ceará, Ceará, v.1, n.1, 2005. Disponível em: http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivos_1688.pdf. Acesso em: 23 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. **Normas Básicas para Alojamento Conjunto**, Brasília, 1993. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bsv/publicacoes/cd08_20.pdf. Acesso em 12 jul. 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília/DF: Centro de documentação, informação e comunicação, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde [periódico online]. 2005 [Acesso em: 18 jun. 2012]. 153 p. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia alimentar crianças menores 2anos .pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf)

_____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil-BEMFAM, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil avança no cumprimento dos Objetivos do Milênio**. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-72-de-abril-de-2010/brasil-avanca-no-cumprimento-dos-objetivos-do-milênio. Acesso em 12 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a .82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.

_____. Portaria nº 569 de 01 de Junho de 2000. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - o Programa de Humanização no Pré-natal. Diário Oficial da União. Brasília, 2000.

_____. Portaria nº 1459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011b.

CALIL, V. M. L. T.; VAZ, F. A. C. Composição Bioquímica de Leite Humano. In: ISSLER H. Coord. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, À, I.; MORAES, A. B. A. de. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2005. P. 433-440, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000400011>. Acesso em 20 out. 2012.

CASTRO, M. J. de., Amamentação: Algumas considerações Psicanalíticas. In: CASTRO, L. M. C. P. de., ARAÚJO, L. D. S. de A. Org. **Aleitamento materno: manual prático**. – 2ª. ed. Londrina: AMS, 2006.

CASTRO, L. M. C. P de., ARAÚJO, L. D. S. de A. Aspectos sócio-culturais da amamentação. In: CASTRO, L. M. C. P. de., ARAÚJO, L. D. S. de A. Org. **Aleitamento materno: manual prático**. – 2ª. ed. Londrina: AMS, 2006.

CASTRO, L. M. C. P de., TACLA, M. T. G. M. Amamentação eficaz. In: CASTRO, L. M. C. P. de., ARAÚJO, L. D. S. de A. Org. **Aleitamento materno: manual prático**. – 2ª. ed. Londrina: AMS, 2006.

CHAVES, M. M. N., FARIAS, F. C. de S. A., APOSTÓLICO, M. R., CUBAS, M. R. C., EGRY, E.Y. **Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva**. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(1):199-205

CODO, C. R. B. **Amamentação do recém-nascido pré-termo: olhar materno**. 2002. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual Campinas, SP, 2002.

ESCUDE, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, R. P. **Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil**. Rev. Saúde Pública V. 37 n.3 São Paulo jun. 2003.

FELICIANO, D. de S., **Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê, a partir da escuta dos sentidos ocultos nas dificuldades de amamentação, como auxiliar no desenvolvimento**. 2009. Tese [Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração:

Psicologia do escolar e do desenvolvimento humano.) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. SP, 2009.

FIGUEIREDO, M. A. de. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul/SP: Difusão Enfermagem, 2003.

FUJIMORI, M. **Aleitamento materno: saberes e práticas na atenção básica à saúde em dois municípios do sudoeste matogrossense**. 2012. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Programa de Pós-Graduação de nutrição em saúde pública. São Paulo, SP, 2012.

GAÍVA, M. A. M., GOMES, M. M. F. **Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem**. Goiânia-GO, ABeditora, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed.; 7ª reimpressão – São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIUGLIANI, E. R. J. **O aleitamento materno na prática clínica**. *J. Pediatr.* (Rio Janeiro.); 76 (Supl. 3): s238-s52, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo**. *J. Pediatr.* (Rio J.); 80 (5 Supl): s147-54, 2004.

GOUVÊA, L. C. Aspectos clínicos. In ISSLER H. Coord. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008.

GRASSI, M. S.; COSTA, M. T Z. da; VAZ, F. A. C. **Fatores imunológicos do leite humano**. *Rev. de pediatria revisão e ensaio*, São Paulo/SP, 2001.

ISSLER, H. **Aleitamento materno: dificuldades e propostas**. *Rev. Brasileira de Medicina*, 44: 282-283,1987.

ISSLER, H. Causas do desmame precoce. In ISSLER H. Coord. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008.

JOSGRILBERG, R. de S., A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir In: POKLADEK, D. D. Org. **A Fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

KALLUF, L. de J. H. **O cuidado nutricional do lactente com alergia à proteína do leite de vaca**. *Nutrição, saúde e performance: anuário nutrição e pediatria*. ano 7, Ed. 30, 2006a.

KALLUF, L. de J. H. **O papel da Nutrição funcional na infância para prevenção de doenças crônicas no adulto.** *Nutrição, saúde e performance: anuário nutrição e pediatria.* ano 7, Ed. 30, 2006b.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. **Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna.** *J. Pediatr.* (Rio de J.) vol.80 n.5 Porto Alegre nov. 2004.

LOPES, P. R. A. As vantagens da amamentação: porque amamentar? In: REGO J. D. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares.** – 2ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MANSUR, S. S.; NETO, F. R. **Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes desnutridos.** *Rev. bras. fisioter.* v.10 n.2 São Carlos 2006.

MARIANO, G. J. dos S. **Relactação: Identificação de práticas bem sucedidas.** *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 3 - mar. 2011.* pp.163-170.

MARQUES, E. S., COTTA, R. M. M.; FRANSCSCHINI, S. do C. C., BOTELHO, M. I. V., ARAÚJO, R. M. A.; JUNQUEIRA, T. da S. **Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família.** *Rev. de Saúde Coletiva, Physis* v.19 n.2 Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS FILHO, J. Evolução do Aleitamento Materno no Brasil. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno.** São Paulo: Atheneu, 2000.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 5ª. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis/RJ: Vozes, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª edição, São Paulo/SP: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, R. **Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas.** *Rev. Panamericana de Saúde Pública, Vol. 19 (5) | june 20, 2006 | page(s) 354-362.*

MONTRONE, V. G.; ROSE, J. C. de. **Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar.** *Cad. Saúde Pública.* v.12 n.1 Rio de Janeiro/RJ jan./mar. 1996.

MORGANO, M. A.; SOUZA, L. A.; NETO, J. M.; RONDÓ, P. H. C. **Composição mineral do leite materno de bancos de leite.** *Ciênc. Tecnol. Aliment.* Vol.25, n. 4, Campinas/SP oct./dec. 2005.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A.; GOUVEIA, E. L. **Amamentação e desmame precoce.** *Rev. Pediatr. Moderna*, Ed. agost. 01 V 37, N 8. 2001.

NASCIMENTO, M. B. R. do; ISSLER, H. **Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar.** *J Pediatr* (Rio Janeiro).80(5 Supl):S163-72, 2004.

NAKANO, A.M.S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino.** 1996. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação, Linha de pesquisa: saúde da mulher da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade e São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 1996.

NAKANO, A.M.S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”.** *Cad. Saúde Pública* [periódico online]. 2003 [acesso em 10 nov. 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800017&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800017>

NEJAR, F. F.; CORREA, A. M. S.; REA, M. F.; VIANNA, R. P. de T.; PANIGASSI, G. **Padrões de aleitamento materno e adequação energética.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, V. 20, n. 1, jan./feb. 2004.

PESSOTO, M. A. **Aleitamento materno em recém-nascidos de muito baixo peso.** 1997. Dissertação [Mestrado em Pediatria] – Programa de Pós-Graduação em Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual Campinas, SP: [s.n.], 1997.

PRAÇA, N. de S.; SILVA, I. A.; **Rigor na Pesquisa Qualitativa em Enfermagem.** In: MERIGUI, M. A. B. (Org.); PRAÇA, N. de S. (Org.). *Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas.* Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2003. p. 5-13.

PRAÇA, N. de S.; MERIGUI, M. A. B.; **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem.** In: MERIGUI, M. A. B. (Org.); PRAÇA, N. de S. (Org.). *Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas.* Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3ª ed. Artmed, 2009.

QUEIROZ, P. H. B. **Enfermeiras na atenção básica de saúde e a amamentação.** 2008. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual Campinas, SP:[s.n.], 2008.

REA, M. F.; TOMA, T. S. **Proteção do leite materno e ética.** *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 4, São Paulo jun. 2000.

SANTIAGO, L. B.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; GUTTIERREZ, M. R. P.; CIAMPO, L. A. Del. **Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico.** *Rev. chil. pediatr.* v.76 n.4 Santiago ago. 2005.

SANTOS, E. K. A. **A expressividade corporal do ser mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty.** 2004. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2004.

SERRA, S. O. A. **Alimentação de bebês prematuros e dificuldades vivenciadas pelas mães no aleitamento materno: a prática em uma UTI Neonatal de Cuiabá-MT,** 2001, 147p. Dissertação [Mestrado], EERP-USP, Ribeirão Preto, 2001.

SERRA, S.O. A., SCOCHI, C. G. S. **Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal.** Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12(4):597-605.

SPYREDIS, M. H. C.; STRUCHINER, C. J.; BARBOSA, M. T. S.; KAC, G. **Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.** *Cad. Saúde Pública* v. 21 n. 3 Rio de Janeiro mai/jun 2005.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; PEREIRA, A. S. G. Aleitamento materno e a atenção integral à saúde da criança. In: ISSLER H. Coord. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas.** São Paulo: Sarvier, 2008.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J., KUMMER, S. C. **Influência das avós na prática do aleitamento materno.** Rev. Saúde Pública [periódico online]. 2005 [acesso em 10 nov. 2012]. 39(2)141-147. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-89102005000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100019>

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam.** Porto Alegre: Penso, 2011.

TAMEZ, R. N., SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TEIXEIRA, M. A. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno.** 2009. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação da Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - Salvador, BA, 2009.

TEIXEIRA, M. A., NITSCHKE, R. G. **Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação.** Texto contexto – enfrm. [disponível online]. 2008 [acesso em 06 nov. 2012]. 17(1) 183-191. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-07072008000100021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100020>

TOCANTINS, F. R., NOGUEIRA, M. L. Abordagem fenomenológica de Alfred Schutz na enfermagem In: POKLADEK, D. D. Org. **A Fenomenologia do cuidar: prática**

dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor, 2004.

TORSANNI, P. **Ômega 3 e desenvolvimento cerebral de crianças.** Nutrição, saúde e performance: anuário nutrição e pediatria, ano 7, Ed. 30, 2006.

VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; REA, M. F.; ANDRADE, S. M. de; MATSCO, T. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidades de neonatologia.** Rev. Saúde Pública, São Paulo/SP, v. 38, n. 3, ago. 2004.

VEZOZZO, K. M. K. Amamentação e trabalho da mulher. In: CASTRO, L. M. C. P. de., ARAÚJO, L. D. S. de A. Org. **Aleitamento materno: manual prático.** – 2ª. ed. Londrina: AMS, 2006.

VIEIRA, A. A.; MOREIRA, M. E. L.; ROCHA, A. D.; PIMENTA, H. P.; LUCENA, S. L. **Análise do conteúdo energético do leite humano administrado a recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento.** J. Pediatr. (Rio Janeiro/RJ) 80(6): 490-4, 2004.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. de A. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro.** São Paulo/SP: Atheneu, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Anuência



À Direção do Hospital Regional de Guanambi – Bahia

A pesquisa intitulada “**Aleitamento materno exclusivo na visão de nutrizes que tiveram seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva,**” é um trabalho de dissertação de Mestrado Acadêmico em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), que tem como pesquisador responsável a Professora Gabriela Cardoso Moreira Marques, e demais pesquisadores.

Essa pesquisa tem como objetivo compreender o significado do uso exclusivo do aleitamento materno na visão de mães que tiveram seus bebês internados em terapia intensiva, assim como descrever as orientações oferecidas às puérperas quanto às práticas de aleitamento materno para recém-nascidos após alta do período de internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; avaliar a prática do aleitamento materno exclusivo e a relação existente entre as orientações dadas pela enfermagem na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno no pós-alta da UTI Neonatal e descrever o cotidiano de mães, no que se refere ao aleitamento materno para seus bebês após alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A coleta dos dados irá acontecer entre os meses de abril e maio de 2012.

A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 196/96 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após aprovação do projeto por parte do Hospital Regional de Guanambi e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – (PUC-GO).

Portanto, solicito à Direção do Hospital Regional de Guanambi autorização para realização dessa pesquisa.

Guanambi (BA), 01 de fevereiro de 2012

Gabriela Cardoso Moreira Marques

APÊNDICE B – Folha de rosto CEP/PUC

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA VISÃO DE NUTRIZES QUE TIVERAM SEUS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA		2. CAAE:	
3. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
4. Nome: Gabriela Cardoso Moreira Marques			
5. CPF: 784.231.125-00		6. Endereço (Rua, n.º): Rua Visconde Ouro Preto, 319 Vomita Mel Apt- 10 GUANAMBI BAHIA 46430000	
7. Nacionalidade: BRASILEIRA		8. Telefone: 7799920313	9. Outro Telefone: 10. Email: gmarques@uneb.br
11. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>24 / 02 / 2012</u>		Assinatura: <u>Gabriela Cardoso Moreira Marques</u>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás		13. CNPJ: 01.587.609/0001-71	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: 62-39461070		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>MAIRA BARBERI</u>		CPF: <u>657812988-34</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADOR</u>			
Data: <u>24 / 02 / 2012</u>		Assinatura: <u>Maira Barberi</u>	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Assinatura
Profa. Dra. Maira Barberi
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde
PUC Goiás - Coordenadora - R.E. 2108

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa científica intitulada: **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: NO VIVIDO DAS NUTRIZES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, que tem como objetivo, compreender o significado do uso exclusivo do aleitamento materno na visão de mães que tiveram seus bebês internados em terapia intensiva.

A pesquisa é realizada por mim, Gabriela Cardoso Moreira Marques, enfermeira e professora da Universidade do Estado da Bahia, aluna do curso de mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Sua colaboração é voluntária, importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas sua participação é facultativa. Caso participe, em qualquer momento você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da mesma, e sendo da sua vontade retirar-se da pesquisa e não permitir a utilização de seus dados.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, a pesquisadora estará cumprindo com os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, de acordo com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Após três anos, os dados das entrevistas gravadas serão destruídos. O registro no computador não será identificado pelo nome da participante, sendo adotados nomes fictícios (flores) para cada informante da pesquisa.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da pesquisa: **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: NO VIVIDO DAS NUTRIZES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Pesquisadora Responsável: Gabriela Cardoso Moreira Marques

Contatos: pelos telefones: (77) 3451-1535 e (77) 9992-0313 ou por email: gmarques@uneb.br.

Procedimento do Estudo:

Se eu concordar em participar, as seguintes etapas irão acontecer:

- 1- Eu serei entrevistada pela pesquisadora, que utilizará um roteiro de questões norteadoras sobre aleitamento materno.
- 2- A entrevista será gravada e transcrita, posteriormente o conteúdo será analisado para ser utilizada conforme os fins proposto pelo estudo.
- 3- Em caso de dúvidas que venha a ter durante a pesquisa poderá a qualquer momento solicitar informações e/ou esclarecimentos da pesquisadora que estará à disposição para me esclarecer e informar.

BENEFÍCIOS E RISCOS:

A minha participação na pesquisa poderá contribuir um maior esclarecimento a respeito do aleitamento materno exclusivo. As atividades propostas pela pesquisa

não trarão risco algum para mim. Se houver algum problema de ordem emocional, serei encaminhada para atendimento psicológico da instituição participante. Caso ocorra algum desconforto em que o participante se considerar prejudicado fica instituído o Fórum de Goiânia para decisão judicial final.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Serão incluídas na pesquisa todas as mães que tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva, maiores de 18 anos, no período estudado, mesmo que o parto não tenha sido realizado no referido hospital e seus RN de até seis meses de idade no pós-alta e que tenham sobrevivido. Conseqüentemente será excluída da pesquisa mães que não tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva do hospital referência do município de Guanambi-Ba, menores de 18, que seus RN não tenham completado os seis meses de vida e aquelas que não aceitaram gravar as entrevistas e/ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Em princípio não haverá qualquer despesa para os participantes. Porém, se houver o pesquisador responsável se compromete pelo ressarcimento.

Pela caracterização desta pesquisa, não prevemos danos graves às pessoas que serão entrevistadas, mas caso ocorra algo que não previmos as mesmas serão indenizadas nas formas definidas pela legislação referente á questão.

CONFIDENCIALIDADE E DIREITO DE DESISTÊNCIA:

Será garantido o anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos. Minha participação é voluntária e eu tenho o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento,

bastando, para tanto, uma solicitação feita à pesquisadora, por escrito ou por telefone.

Guanambi - BA, ____/____/2012.

GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES

(Pesquisadora)



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
RG nº _____ CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito do estudo intitulado: **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: NO VIVIDO DAS NUTRIZES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, após ter sido previamente esclarecida pela pesquisadora: GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES, sobre as finalidades, objetivos, procedimentos da pesquisa e benefícios devidos à minha participação, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior. Sendo que meu nome será mantido em sigilo. Inclusive sobre a garantia que me foi dada de retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito: _____

Pesquisadora: Gabriela Cardoso Moreira Marques. Telefones: (77) 3451-1535 ou (77) 9992-0313.

Endereço: Rua Visconde de Ouro Preto 319, Apto 10, Vomitamel. Guanambi – Bahia

Assinatura: _____ **Data** ____ / ____ / ____

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelo telefone: (62) 3946-1512, Fax: (62) 3946-1070, e-mail cep@pucgoias.edu.br

Observações complementares

ANEXOS

ANEXO A - Tabela comparativa da composição dos diversos tipos de leite bem como a variação destes componentes.

	Leite Materno	Leite Animal	Leite Artificial
Proteínas	Quantidade adequada e fácil de digerir.	Excesso, difícil de digerir.	Parcialmente modificado.
Lipídeos	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão.	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase.	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase.
Vitaminas	Suficiente.	Deficiente de A e C.	Vitaminas adicionadas.
Minerais	Quantidade adequada.	Excesso.	Parcialmente correto.
Ferro	Pouca quantidade, boa absorção.	Pouca quantidade, má absorção.	Adicionado, má absorção.
Água	Suficiente.	Precisa de mais.	Pode precisar de mais.
Propriedades antiinfeciosas	Presente.	Ausente.	Ausente.
Fatores de Crescimento	Presente.	Ausente.	Ausente.

Fonte:OMS/CDR/93.6

ANEXO B - Autorização para realização de pesquisa.



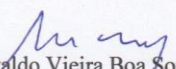
Guanambi/BA, 02 de fevereiro de 2012

Assunto: Permissão para realização da pesquisa

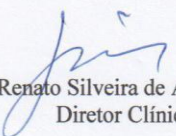
No intuito de fazer parte na construção do conhecimento, com vistas ao aprimoramento, através da pesquisa **Aleitamento materno exclusivo na visão de nutrizes que tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva**, uma vez aprovado pelo comitê de ética ao qual for submetido, tem a acadêmica *Gabriela Cardoso Moreira* autorização expressa para realizar a pesquisa sob orientação da Profª Drª Lícia Maria Oliveira Pinho.

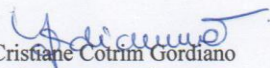
Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem estar. A entrada da pesquisadora para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do parecer de aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 196/96 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto por parte do Comitê de ética em Pesquisa – CEP/PUC (GO) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, se houver necessidade.


Drº Ariovaldo Vieira Boa Sorte
Diretor Geral

SESAB - Governo do Estado da Bahia
Dr. Ariovaldo Vieira Boa Sorte
Diretor Geral - HRG


Drº Renato Silveira de Assunção Júnior
Diretor Clínico


Cristiane Cotrim Gordiano
Diretora Administrativa

ANEXO C - Autorização para pesquisa científica em prontuário.

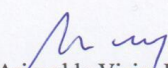


Hospital Regional de Guanambi

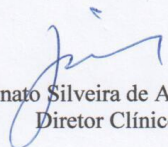
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO

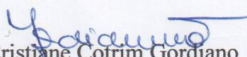
Autorizamos *Gabriela Cardoso Moreira Marques*, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde – PUC/GO, o acesso aos prontuários dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Guanambi no referido período de estudo, visando à realização do projeto de pesquisa **Aleitamento materno exclusivo na visão de nutrizes que tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva**, realizado sob orientação da Prof^ª Dr^ª Lícia Maria Oliveira Pinho, para fins acadêmicos. Informo que está autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade.

Guanambi/BA, 02 de fevereiro de 2012


Dr^º Ariovaldo Vieira Boa Sorte
Diretor Geral

SESAB - Governo do Estado da Bahia
Dr. Ariovaldo Vieira Boa Sorte
Diretor Geral - HRG


Dr^º Renato Silveira de Assunção Júnior
Diretor Clínico


Cristiane Cotrim Gordiano
Diretora Administrativa

ANEXO D – Declaração de garantia de atendimento psicológico.

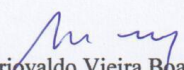


Hospital Regional de Guanambi

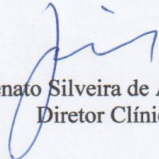
DECLARAÇÃO

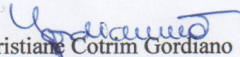
Declaro, para os devidos fins, que caso seja necessário e dentro das possibilidades de atendimento psicológico nas dependências do Hospital Regional de Guanambi, ofereceremos respectivos atendimentos sem ônus, após consentimento livre e esclarecido, as nutrizes participantes do projeto de pesquisa **Aleitamento materno exclusivo na visão de nutrizes que tiveram seus recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva**, realizado pela acadêmica Gabriela Cardoso Moreira Marques – mestranda em Ciências Ambientais e Saúde – PUC/GO, orientada pela Prof^a Dr^a Lícia Maria Oliveira Pinho.

Guanambi/BA, 02 de fevereiro de 2012


Dr^o Arjovaldo Vieira Boa Sorte
Diretor Geral

SESAB - Governo do Estado da Bahia
Dr. Arjovaldo Vieira Boa Sorte
Diretor Geral - HRG


Dr^o Renato Silveira de Assunção Júnior
Diretor Clínico


Cristiane Cotrim Gordiano
Diretora Administrativa

ANEXO E: Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC/Goias.



**PUC
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Rua Universitária, 1.000 - Setor Universitário
Cidade Postal 05 - CEP: 74000-010
Goiânia - Goiás - Brasil
Fone: (62) 3246.1070 - Fax: (62) 3246.1100
www.pucgoias.edu.br - prp@pucgoias.edu.br

Número do Parecer: 20388

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA VISÃO DE NUTRIZES QUE TIVERAM SEUS RECÊM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, coordenado pelo (a) pesquisador (a) **Gabriela Cardoso Moreira Marques**. Foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-SGC/PUC Goiás) sob o **CAAE 01079512.6.0000.0037**, em 17/04/2012 e **aprovado** em 02/05/2012.

- CEP-SGC/PUC Goiás pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – item 13).
- Informamos que é obrigatória a entrega do relatório de acompanhamento da pesquisa, conforme a categoria de pesquisa realizada, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Modelo do relatório de acompanhamento da pesquisa se encontra no site do Comitê de Ética <http://www.pucgoias.edu.br/cep> - modelos documentos.

Categorias de pesquisa

TCC: Final da pesquisa
Especialização: Final da pesquisa
Mestrado: Relatório anual e final
Doutorado: Relatório anual e final
Outros: Relatório anual e final


Prof. Duain Phillip Santee, Ph.D.
Coordenador do CEP-SGC/PUC Goiás

Goiânia, 06 de março de 2013.