

CYNTHIA MÁRCIA ROMANO FARIA

**O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2010**

CYNTHIA MÁRCIA ROMANO FARIA

**O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Professora Doutora Roseni Rosângela de Sena.

Co-orientadora:

Professora Doutora Elysangela Dittz Duarte

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2010**

Ficha Catalográfica:

F224a

Faria, Cynthia Márcia Romano

O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar / Cynthia Márcia Romano Faria. Belo Horizonte: - 2010.
138f., il. enc.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Elyszangela Dittz Duarte

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Aleitamento Materno. 2. Recém-Nascido. 3. Prematuro. 4. Relações Mãe-Filho. 5. Assistência Domiciliar. I. Sena, Roseni Rosângela, Orientador. II. Duarte, Elyszangela Dittz, Co-Orientador. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 157.3

CDU: 616.08 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada **“O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar”** de autoria da mestranda **Cynthia Márcia Romano Faria**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora)

Dr^a. Elysângela Dittz Duarte – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Co-orientadora)

Dra^a. Isília Aparecida Silva – Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo

Dra^a. Kleyde Ventura de Souza – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Dra^a. Kênia Lara Silva – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Dr^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzzada Viana – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2010.

Dedico este trabalho a meus pais, ao meu irmão,
pelo apoio e incentivo. Em especial ao Eric, meu
esposo, pelo carinho e paciência.

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Roseni Rosangela de Sena pelo compromisso e competência. Agradeço pela dedicação e pela contribuição em minha vida profissional.

À professora Doutora Elysangela Dittz Duarte, pelo exemplo profissional, incentivo e disponibilidade.

Aos meus pais, pelo exemplo e por terem me ensinado os verdadeiros valores da vida.

Ao Eric, por estar sempre ao meu lado, pelo carinho, incentivo, companheirismo, apoio e pela paciência durante essa caminhada.

Ao Thiago, meu irmão querido, por entender as minhas escolhas e pelos momentos em que estive ausente.

Às mães que participaram deste estudo pela generosidade e oportunidade de aprendizado.

À coordenadora de Enfermagem da Neonatologia do Hospital Sofia Feldman, Aguida Almeida, pelo apoio para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Dra. Lélia Maria Madeira, coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, pelas discussões iniciais e pelo incentivo.

Aos colegas do Hospital Sofia Feldman pela solidariedade.

Aos colegas do NUPEPE, espaço de aprendizagem, pela oportunidade em compartilhar e pelas sugestões que enriqueceram este trabalho.

A Deus, pelo dom da vida, por guiar minha caminhada e ser meu porto seguro.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar aspectos relacionados ao aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros, após a alta hospitalar, a partir da experiência das mães. Para alcançar os objetivos propostos, foi utilizada uma abordagem qualitativa, com a orientação teórico-metodológica da dialética. O cenário da pesquisa foram os quatorze domicílios de recém-nascidos prematuros que receberam alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. As mães desses recém-nascidos prematuros foram os sujeitos desta pesquisa. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão:

estarem no domicílio há pelo menos 30 dias, terem recebido alta em aleitamento materno exclusivo após internação na UTIN. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e da observação participante. O diário de campo foi utilizado como instrumento de registro da pesquisadora. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo e a Narrativa foi construída com o propósito de apresentar a análise de cada caso revelando a singularidade de cada mulher e de seu filho no processo do aleitamento materno. A partir das narrativas, foram revelados os seguintes analisadores: o ambiente hospitalar como um espaço de aprendizagem, o ambiente domiciliar como um espaço de conforto e liberdade, a rede social como mediadora do aleitamento materno no domicílio, a tecnologia necessária para o sucesso do aleitamento materno, a necessidade da continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro, as condições materiais e o aleitamento materno. A análise dos dados permitiu evidenciar que o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros é vivenciado de forma singular por cada mulher em seu cotidiano. Verificou-se que a rede social funcionou como mediadora da amamentação tanto incentivando quanto desencorajando sua continuidade. O estudo permitiu verificar que a experiência de amamentação vivenciada pelas mulheres, durante a internação de seus filhos, foi identificada como uma possibilidade de aprendizado com a equipe de saúde. Considera-se, portanto, a necessidade da continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro para apoiar a mulher no processo da amamentação. Como resultado deste estudo, podemos afirmar que o aleitamento materno se insere no contexto de vida da mulher, fazendo-se necessária uma abordagem, tanto pelas políticas públicas quanto pelos profissionais de saúde, que contemple não apenas os aspectos biológicos do aleitamento materno, mas também os aspectos emocionais, culturais, históricos e sociais que envolvem esse complexo processo.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Recém-Nascido; Prematuro; Relações Mãe-Filho; Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze aspects related to breast-feeding of premature newly born babies after they leave the hospital, from the experience of the mother. To reach the goals proposed, a qualitative approach was used, taking the theoretical-methodological orientation from dialectic. The research took place in fourteen houses of newly born babies who received treatment in the Neonatal Intensive Care Unit of Sofia Feldman Hospital, in Belo Horizonte, Brazil. The mothers of these newly born babies were subjects of this research. The following criteria were used: Being in their houses for at least 30 days; having been released from the exclusive breast-feeding after being in the NICU. Data collection was done via interview with semi-structured scrip and via participant observation. The field diary was used as an instrument of the researcher. Data was analyzed using the Content Analysis technique and the Narrative was build to present the analysis of each case, revealing the uniqueness of each woman and her baby in the process of breast feeding. From the narrative, the following categories were revealed: The hospital as a learning environment; the home as a comfort and freedom environment; the social network as mediator of breast feeding at home; the necessary technology for the success of breast feeding; the need of continued assistance to the newly born baby; the material conditions and breast- feeding. Data analysis allowed showing that breast-feeding of premature newly born babies is unique for each woman in their daily-lives. The social network worked as a mediator both encouraging and discouraging the continuity of the breast-feeding. The breast-feeding experience during the time at the hospital was identified as a possibility of learning with the health team. Therefore, it is considered the continuity of the assistance to the newly born baby in order to support the woman in the breast-feeding process. The results of this study allow the affirmation that breast-feeding is inserted in the context of the woman's life. Ergo, it is necessary to develop an approach, by both public policies and health professionals, that contemplate aspects not only emotional, but also cultural, historical, and social, that are involved in this complex process.

Key words: Breast Feeding; Infant, Newborn; Infant, Premature; Mother-Child Relations; Home Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPN – Baixo Peso de Nascimento

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAAM - Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

OMS – Organização Mundial de Saúde

NBCAL – Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância

PID-NEO – Programa de Internação Domiciliar Neonatal

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

RNPT – Recém-nascido Prematuro

SES-MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

TECLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	UMA APROXIMAÇÃO AO TEMA DE ESTUDO	14
2.1	O aleitamento materno: aspectos históricos, sócio-culturais e biológicos	14
2.2	O nascimento prematuro: repercussões e necessidade de cuidados	16
2.3	Benefícios do leite materno para recém-nascidos prematuros	21
2.4	As mães de recém-nascidos prematuros e a amamentação	22
3	OBJETIVOS	25
4	METODOLOGIA	26
4.1	Referencial teórico-metodológico	26
4.2	Cenário do estudo	27
4.3	Aspectos éticos	28
4.4	Os sujeitos da pesquisa	29
4.5	A vivência no campo	29
4.6	Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	31
4.7	Organização e tratamento dos dados	36
5	ANÁLISE DOS DADOS	39
5.1	A singularidade de cada história	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICES	144
	ANEXOS	150

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi estruturado a partir do entendimento de que o leite materno é o alimento mais apropriado para o crescimento e o desenvolvimento das crianças nascidas prematuramente.

No Brasil, várias estratégias foram implementadas e mantidas, nas últimas décadas, com a finalidade de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Entretanto, o aleitamento materno é uma prática socialmente construída e culturalmente influenciada e o desmame precoce acompanha a história do Brasil desde o período colonial (SOUZA; ALMEIDA, 2005). Nesse sentido, torna-se importante que as nutrizes sejam apoiadas pelas políticas públicas de aleitamento, pelos profissionais de saúde, pela família e pela sociedade para vivenciarem a amamentação como uma experiência positiva, prazerosa e não obrigatória.

Há políticas de incentivo ao aleitamento materno e hospitais que apoiam a amamentação. Mas essas estratégias nem sempre garantem o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. É portanto importante compreender como se configura a manutenção do aleitamento materno, para as mães de recém-nascidos prematuros, após a ida para o domicílio.

Como enfermeira, venho desenvolvendo minhas atividades na neonatologia do Hospital Sofia Feldman, desde 2002. O Hospital Sofia Feldman é um hospital filantrópico, especializado na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido e possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 1995.

Em 2005, fui convidada para atuar como enfermeira de referência para as ações de promoção e apoio ao aleitamento materno no Hospital Sofia Feldman. Desde então,

minha motivação e interesse pela prática do aleitamento materno aumentam e nortearam a escolha do tema a ser trabalhado neste estudo.

Além de atuar como enfermeira nas Unidades Neonatais de Terapia Intensiva, na Unidade de Cuidados Intermediários e no Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID-Neo), acompanho os recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar no ambulatório de seguimento. Observo que, apesar de se tratar de um Hospital Amigo da Criança, de haver um grande investimento na promoção do aleitamento materno, das palestras e orientações individuais sobre amamentação para as mães, da presença de profissionais capacitados e de uma taxa de aleitamento materno exclusivo de 70% em recém-nascidos prematuros à alta hospitalar, quando essas mães retornam ao Hospital com seus filhos para acompanhamento, muitas delas não estão amamentando exclusivamente (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009). Isso me leva a pensar que essas mulheres vivenciam dificuldades em manter o aleitamento materno após a alta hospitalar, resultando na introdução de outros tipos de leite na alimentação de seus filhos e no desmame precoce.

Diante desse problema, elaborei os seguintes questionamentos sobre a manutenção do aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros no domicílio que orientassem a compreensão dos motivos das mães para a continuidade da amamentação dos prematuros após a alta hospitalar:

- Como é o cotidiano da amamentação para as mães de recém-nascidos prematuros no domicílio?
- Quais são os aspectos apontados pelas mães sobre a continuidade ou interrupção da amamentação no domicílio?
- Como as mães de prematuros vivenciam o aleitamento materno após a alta hospitalar?

Acredito que a compreensão dessas questões se faz importante na atualidade, pois se observa um aumento na sobrevivência de recém-nascidos prematuros resultado dos avanços tecnológicos das últimas décadas, porém com morbidade maior quando comparada aos recém-nascidos de termo. Nesse sentido, a continuidade da amamentação pode contribuir para a saúde dessas crianças.

Inicialmente, neste estudo, faço uma contextualização do aleitamento materno como política pública, das repercussões do nascimento prematuro e da vivência de mães de recém-nascidos prematuros com o aleitamento materno e cuidados do filho, buscando evidenciar os benefícios do leite materno para os recém-nascidos prematuros e sobre o cuidado domiciliar de recém-nascidos prematuros pela família.

A seguir, são apresentados os objetivos, o percurso metodológico explicitando suas características, o cenário, os sujeitos, os instrumentos de coleta de dados e a análise dos dados.

Na análise dos dados, busquei articular os dados empíricos com o referencial teórico para responder aos objetivos e às questões norteadoras.

Ao final, foram elaboradas algumas considerações sobre os dados encontrados e analisados, com o propósito de sintetizar o que foi encontrado e levantar novas questões a serem estudadas.

Espero, com este estudo, provocar uma reflexão acerca do apoio oferecido às mães e famílias de recém-nascidos prematuros, com vistas a fortalecer o aleitamento materno exclusivo e contribuir para a qualidade do cuidado ao recém-nascido prematuro e do vínculo mãe-filho.

2 UMA APROXIMAÇÃO AO TEMA DE ESTUDO

2.1 O aleitamento materno: aspectos históricos, sócio-culturais e biológicos

A amamentação tem, em sua história, implicações sociais, econômicas e culturais. No início do século XIX, as práticas higienistas foram marcantes e as crianças e mulheres se tornaram alvos das políticas de saúde no país. Os higienistas buscaram resgatar a maternidade e a amamentação, na ordem natural do instinto, reconstruindo socialmente a biologia do ciclo gravídico-puerperal para atender à reciprocidade de interesses da medicina e do Estado (ALMEIDA, 1999).

Nas décadas de 1940 a 1970, o discurso da ciência é influenciado pelo *marketing* da indústria que supervaloriza o uso do leite artificial e estimula seu consumo. Nesse momento, observam-se também a institucionalização e a medicalização do parto e do nascimento, a adoção de práticas que desfavorecem a formação do vínculo entre mãe e filho resultando no declínio da prevalência do aleitamento materno (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

O desmame precoce, resultante da influência de empresas multinacionais, aumentou a morbi-mortalidade em países subdesenvolvidos. Diante do fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mobilizaram vários países do mundo e a década de 1980 tornou-se um momento de mobilização política e social de incentivo ao aleitamento materno. As vantagens e benefícios do leite materno foram amplamente divulgados pela mídia ancorada no conhecimento científico (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2005).

Em 1981, foi criado, no Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) com o objetivo de promover o aleitamento materno por meio da legislação trabalhista, do controle de *marketing* de substitutos do leite materno, da capacitação profissional, da mídia, de grupos de mães e de informativos de aconselhamento (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

A reestruturação dos Bancos de Leite Humano ocorre, no Brasil, em meados da década de 1980, com a finalidade de promover a amamentação e atender às necessidades de recém-nascidos prematuros e de baixo peso que não podem amamentar diretamente em seio materno (ALMEIDA 1999).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) surge, no início da década de 1990, incorporando ações de proteção e apoio ao aleitamento materno enquanto as estratégias anteriores contemplavam apenas sua promoção. Isso revela outra forma de abordar a amamentação, podendo ser considerada mais abrangente por tratar dos aspectos socioculturais envolvidos e não responsabilizar apenas a mulher pelo desmame precoce (ALMEIDA; NOVAK, 2005).

No ano de 1999, surge outra estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno conhecida como Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), no Rio de Janeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Essa iniciativa é de grande relevância, pois o acompanhamento das crianças pela puericultura nas Unidades Básicas de Saúde é uma forma de se manter o contato com a família apoiando a continuidade do aleitamento materno.

Em relação à proteção da amamentação, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) surge em 1988 e, em 2006, a Norma se transforma em Lei federal (lei 11.265). A NBCAL tem como objetivo contribuir para uma alimentação adequada de lactentes e crianças de primeira infância por meio da regulamentação da promoção comercial e orientação do uso apropriado dos alimentos, bem como bicos, chupetas e mamadeiras (BRASIL, 2006).

Na atualidade, sabemos que o leite materno deve ser a única fonte de alimento para todos os lactentes até seis meses de idade e complementado por dois anos ou mais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, sabe-se que o aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de

promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (BRASIL, 2009).

Apesar de todas as evidências científicas sobre as vantagens do aleitamento materno e das políticas públicas de incentivo à amamentação, apenas 35% dos lactentes com menos de um ano de idade receberam exclusivamente leite materno até os quatro meses em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2003). No Brasil, a última Pesquisa Nacional sobre a Prevalência do Aleitamento Materno, consolidada em 2008, pelo Ministério da Saúde, apontava que apenas 51,2% das crianças nessa faixa etária recebiam leite materno resultado ainda aquém do esperado pela OMS (BRASIL, 2009).

Almeida (1999), ao estudar o aleitamento materno, afirma que este é um processo socialmente construído, embora, tratado, muitas vezes como um ato natural. O autor acrescenta que a prática da amamentação é baseada no aprendizado e na experiência desenvolvendo-se por meio da observação e do exemplo. Para Gomes (1999, p.7), “ao se desconstruírem as representações da amamentação, pode-se perceber que os sentidos socialmente construídos se erguem da fusão do biológico e da cultura”.

Desse modo, o desafio da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno consiste em relacionar os fatores socioculturais e os aspectos biológicos envolvidos no processo da amamentação para assistirmos integralmente os recém-nascidos, mães e família.

2.2 O nascimento prematuro: repercussões e necessidade de cuidados

O nascimento prematuro é aquele que acontece antes de 37 semanas de idade gestacional (FLETCHER,1999). Nascer prematuramente apresenta várias implicações como: a formação do vínculo mãe e filho, os cuidados prestados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, o estabelecimento do aleitamento

materno e a qualidade de vida futura do recém-nascido, de sua própria mãe e de sua família.

Dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) mostram que 7,2% dos nascidos vivos foram prematuros, com menos de 36 semanas (MINAS GERAIS, 2010) e a incidência do Baixo Peso de Nascimento (BPN) foi de 9,5% em 2006 (SES-MG, 2010). A Organização Mundial de Saúde estabelece que essa proporção não deve ultrapassar 10% (RAUSCH, *et al.*, 2004).

As condições perinatais, dentre elas a prematuridade, são as principais causas de mortalidade infantil (SILVEIRA *et al.*, 2008). Sabe-se que existe uma relação evidente entre o baixo peso ao nascer e o risco aumentado, em até 58 vezes ou mais, de mortalidade se comparadas com crianças nascidas com peso adequado (BRASIL, 2006).

Em 2008, Prigenzi *et al.*, mostraram taxas de sobrevivência acima de 70% em recém-nascidos com idade gestacional maior que 31 semanas ao nascer, acima de 50% entre 28 e 30 semanas e aproximadamente 30% naqueles nascidos entre 25 e 27 semanas.

A prematuridade é também importante entre os determinantes da morbidade infantil. Prematuros de extremo baixo peso apresentam alta vulnerabilidade para comprometimento cognitivo, motor e neurológico nos primeiros anos de vida e, na fase escolar, apresentam problemas comportamentais, psicológicos e educacionais (MEIO *et al.*, 2003; RUGOLO, 2005). Estudo realizado por Castro *et al.* (2007) evidenciou que os recém-nascidos, entre 29 e 34 semanas de idade gestacional ao nascer, apresentaram um comprometimento maior do que os nascidos com 35-36 semanas em relação ao desenvolvimento sensório motor oral e motor global. Ainda na perspectiva da morbidade, o crescimento de recém-nascidos de extremo baixo peso com displasia broncopulmonar é menor quando comparado aos recém-nascidos sem o diagnóstico de displasia. Isso evidencia que os prematuros extremos

são mais vulneráveis e necessitam de uma assistência de qualidade e de mais estudos. (RUGOLO *et al.*, 2007).

O nascimento prematuro é um momento de fragilidade não somente para a criança, mas também para a família e requer, dos profissionais de saúde, cuidados específicos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN). A tecnologia necessária para o cuidado do recém-nascido prematuro é de alta complexidade e requer uma equipe multiprofissional especializada, capaz de lidar com as necessidades fisiológicas, psicoafetivas e sociais do processo de trabalho que garanta a integralidade do cuidado.

É importante ressaltar que a assistência ao recém-nascido não se limita à recuperação do corpo biológico, mas se estende à atenção de suas necessidades psico-biológicas e sociais, que serão atendidas por sua família. Dessa forma, pensar a integralidade da atenção do recém-nascido implica também na atenção prestada à família, como unidade de cuidado (DUARTE, 2007).

O processo terapêutico nas UTIN's requer a utilização de procedimentos invasivos e longo período de internação, tornando os recém-nascidos ainda mais susceptíveis a infecções e aumentando o custo da assistência. Avery (1999) adverte que o custo do cuidado intensivo neonatal não pode ser calculado apenas pelo valor monetário; envolve também muito sofrimento humano. Acrescenta-se, ainda, o custo social e financeiro para a família.

Portanto, a organização da prática assistencial deve ocorrer com ênfase nas intervenções de apoio ao aleitamento materno, ao crescimento e ao desenvolvimento do recém-nascido prematuro e àquelas intervenções dirigidas a sua família, na perspectiva da humanização e da integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de baixo peso - método canguru - foi aprovada em 08 de julho de 2000, como uma estratégia de

assistência pautada na humanização, promovendo a participação familiar e o exercício da cidadania (BRASIL, 2000).

De acordo com Aucott *et al.* (2002), a assistência deve ser planejada e realizada com o objetivo de promover o desenvolvimento neurológico sendo necessário incluir, no plano assistencial, cuidados como toque terapêutico, música suave, manuseio e posicionamento adequados, ciclos circadianos e participação dos pais nos cuidados pois eles podem diminuir o tempo de necessidade de suporte ventilatório e de internação contribuindo com o aleitamento materno.

Guimarães e Monticelli (2007) verificaram a necessidade de os profissionais de saúde promover a integração entre pais e recém-nascidos prematuros, na sala de parto, com a finalidade de reconhecerem o filho como o bebê real e desconstruem a imagem do bebê ideal.

Ao contrário, a separação precoce de seu bebê, após o parto, pode aumentar o sentimento de insegurança, reforçando a fantasia de sua inadequação ao papel de mãe. Em alguns casos, o recém-nascido prematuro é percebido pela mãe como incompleto ou inferior, pelo baixo peso e a aparência física frágil (KLAUSS; KENNEL, 1998). A presença dos pais no cuidado dos filhos na UTIN pode favorecer a integração da família, a criação de laços afetivos e a superação do luto vivenciado nesse momento (GUIMARÃES; MONTICELLI; 2007).

Em estudo realizado por Dittz *et al.* (2008), com mulheres que permaneceram em tempo integral no hospital, acompanhando a internação de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), concluiu-se que a permanência das mães gerou angústia e sofrimento e a decisão de ficar estava ligada aos atributos de sacrifício e doação, culturalmente atribuídos à maternidade. Entretanto, as mães consideraram a permanência no hospital como uma possibilidade de construção de laços afetivos e solidários, proporcionando-lhes tranquilidade em poder atender às necessidades afetivas do filho, além de participar em seu cuidado.

A relação de confiança das mães dos prematuros pode ser considerada primordial para essas mulheres vivenciarem a experiência de ser mãe prematuramente e estabelecerem a amamentação nessa situação superando os sentimentos de perda e insegurança. O pai da criança, as outras mães e os profissionais de saúde podem influenciar nesse processo (FLACKING, 2006).

A falta de apoio da família e da equipe e o vínculo enfraquecido podem aumentar o risco de maus tratos e abandono dessas crianças (LARGUIA, 1998).

Duarte e Sena (2001), em estudo realizado com mães de prematuros em Unidade Canguru, analisam que uma mãe, ao se propor permanecer acompanhando a internação hospitalar de seu filho, abre mão de sua privacidade e de sua cotidianidade em casa, ainda se preocupando em ser mãe de outros filhos, mulher, esposa, tendo que dividir emoções, tempo e seu próprio corpo. Apesar disso, a permanência das mães na unidade canguru pode ser considerada como uma forma de possibilitar o estreitamento dos laços afetivos, o envolvimento e a responsabilização em sua relação com o bebê.

O nascimento prematuro traz implicações não somente durante o período de internação hospitalar. É importante ressaltar que a continuidade do cuidado desses recém-nascidos no domicílio pela família requer atenção. Conforme apontado por Simioni e Geib (2008), as mães de recém-nascidos prematuros necessitam de apoio social para superarem os desafios de cuidar de seus filhos no domicílio. Para as autoras, quando as mulheres se sentem seguras, podem agir com maior autonomia o que se reflete na promoção da saúde dessas crianças.

Um estudo realizado por Tronco *et al.* (2010) sobre o cuidado de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar reforça a importância do apoio às mães, pelos serviços de saúde e pela família, para que se sintam mais seguras ao cuidarem de seus filhos no domicílio. O estudo evidencia que a participação das mães no cuidado de seus filhos, durante a internação, é um dos fatores favorecedores da autonomia

dessas mulheres e que a enfermagem pode ser considerada como mediadora na construção do conhecimento das mães para o cuidado dos filhos após a alta hospitalar.

A rede social também aparece como facilitadora para o cuidado do recém-nascido prematuro, após a ida para o domicílio, conforme evidenciado no estudo realizado por Simoni e Geib (2008) onde as mães que receberam apoio de suas famílias se mostraram mais seguras e confiantes para cuidarem se seus filhos prematuros no domicílio.

Pensando a amamentação como um dos cuidados necessários ao recém-nascido, torna-se importante ressaltar que as mães de prematuros podem necessitar de apoio familiar e profissional para a manutenção do aleitamento materno no domicílio.

2.3 Benefícios do leite materno para recém-nascidos prematuros

O aleitamento materno é um modo natural e seguro de alimentação para o recém-nascido, pois proporciona uma combinação única de proteínas, lipídeos, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos, reconhecidos e inquestionáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2006). As propriedades e benefícios do leite materno adquirem uma importância ainda maior na prematuridade, devido à maior vulnerabilidade apresentada por esses recém-nascidos (NASCIMENTO, 2004).

Meier e Brown (1996), Méier *et al.* (2007) reforçam a importância do leite materno para a maturação do trato gastrointestinal dessa população, além do melhor desenvolvimento neurocomportamental, apresentado pelos bebês amamentados e da importância da equipe de saúde na promoção do aleitamento materno.

Javorski (2004), Margotto (2004), Nascimento (2004), Serra *et al.* (2004) e Braga *et al.* (2008), têm mostrado a importância do leite materno, o aleitamento materno dos prematuros durante a internação na UTIN e até mesmo os significados da amamentação para as mulheres. Entretanto, quando se trata desses bebês e suas mães, no contexto particular e inicial da vida, pouco se sabe como essa prática é vivenciada e mantida por ambos, após a ida para o domicílio.

2.4 As mães de recém-nascidos prematuros e a amamentação

A relação do uso de tecnologias de alta complexidade e a separação mãe e filho prejudicam o relacionamento entre eles, criam dificuldades para estabelecer o aleitamento materno, dificultam o vínculo, podendo levar ao desmame precoce (SCOCHI, 2000). Em estudo sobre as dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTIN, vários autores acrescentam que, para se alcançar o sucesso na amamentação desses recém-nascidos, é necessária a criação de condições de apoio às mães, como orientação e local para ordenha, facilidade de acesso às unidades neonatais, criação de normas e rotinas hospitalares para a promoção do aleitamento materno (SERRA *et al.*, 2004; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

Lee *et al.* (2009) estudaram as experiências de amamentação de mães de recém-nascidos de muito baixo peso e evidenciaram que as mulheres podem se sentir culpadas pelo nascimento prematuro de seus filhos, que a ordenha do leite materno é uma maneira de estarem próximas a eles. Os autores concluíram que a experiência das mães de recém-nascidos prematuros com o aleitamento materno é desafiadora e exaustiva. Portanto tornam-se necessários a implementação de protocolos educativos nas UTIN's e o apoio às famílias pela equipe de enfermagem.

Silva e Silva (2009) realizaram um estudo sobre a vivência das mães de prematuros com o aleitamento materno durante a internação de seus filhos e concluíram que a

amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros à alta hospitalar, pode estar relacionada ao apoio oferecido pela equipe de saúde às mulheres nutrizes.

As mães de recém-nascidos prematuros necessitam se sentir seguras para prover o alimento para seus filhos. Caso contrário, podem decidir não amamentar. Para tanto, é importante encorajar as mães a permanecerem com seus filhos durante a internação, incentivar a ordenha e o armazenamento do leite materno, oferecer apoio individual e realizar visitas domiciliares após a alta hospitalar (SILVA *et al.*, 2000).

O estudo de caso de uma mãe que tinha a intenção em amamentar seu filho prematuro e demandou internação prolongada mostrou que o sucesso do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros pode estar relacionado a um suporte mais efetivo à mãe, em um plano de ação de cuidados pela equipe de saúde, ao acompanhamento após a alta hospitalar e ao apoio de mulheres da comunidade com história positiva de amamentação (CAMPELL; GUTMAN, 2007).

Charpak (2005) relata que o método canguru está diretamente relacionado a melhores índices de aleitamento materno em recém-nascidos prematuros mas, para isso, é importante que a equipe de saúde realize ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno como: orientação quanto à ordenha, oportunidade de sucção não-nutritiva, monitoramento e aconselhamento das mães durante o estabelecimento da amamentação direta ao seio e o acompanhamento após a alta hospitalar.

De acordo com Groleau (2009), mesmo as mães que participaram do método canguru e que receberam alta da maternidade amamentando seus filhos exclusivamente, ao chegar ao ambiente domiciliar, podem ser influenciadas por outras fontes de estresse tais como: a ausência de uma equipe de saúde para apoiar a manutenção da amamentação, a existência de conflitos com amigos e familiares sobre como cuidar e alimentar uma criança, além da descontinuidade nos

modelos de atenção à saúde podendo levar as mães a diminuírem sua confiança em sua capacidade de amamentar. Um estudo realizado no sul do Brasil, por Guigliani *et al.* (1996), com 477 recém-nascidos, mostrou que o baixo peso é um dos principais fatores de desmame nos primeiros 30 dias de vida.

Estudos sobre mães de prematuros amamentados no domicílio ressaltam a importância de fatores biológicos, de ganho de peso e a participação no método canguru na manutenção do aleitamento materno, conforme evidenciado pela literatura (BURKHAMME, 2004; GROLEAU, 2009; HAKE-BROOK, 2008).

Nesse sentido, estudar a continuidade do aleitamento materno pelas mães de recém-nascidos prematuros, após a alta hospitalar, permite conhecer como se configura essa realidade e proporcionar uma assistência integral, visando atender às necessidades desses recém-nascidos, de suas mães e famílias.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Analisar aspectos relacionados ao aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros no domicílio a partir da experiência das mães.

3.2 Objetivos específicos:

- Conhecer a experiência das mães de recém-nascidos prematuros com o aleitamento materno após a alta hospitalar.
- Identificar as estratégias utilizadas pelas mães para a continuidade do aleitamento materno no domicílio.

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial teórico-metodológico

Conhecer um fenômeno utilizando a pesquisa científica implicou escolhas de um referencial teórico e metodológico que permitiu uma aproximação ao objeto de estudo. Nesta pesquisa, optamos por uma abordagem qualitativa, por ter permitido melhor captação e compreensão da realidade subjetiva, possibilitando a análise das opiniões, das crenças, das percepções e das experiências das mães com o aleitamento materno de seus filhos prematuros e resultando em interpretações desses sujeitos em relação a si próprios e a suas vidas (BAUER; GASSEL, 2007; MINAYO, 2007).

Quando formulamos um conhecimento acerca das propriedades inerentes aos sujeitos pesquisados, pretendemos apresentá-los em sua essência. Assim, podemos conhecer como as coisas “são” e somos capazes de diferenciá-las das outras (TURATO, 2003).

A trajetória metodológica foi orientada pela dialética que, segundo Gadotti (1997), contempla os fenômenos em sua totalidade, em constante movimento e relacionando-se uns com os outros. Nesse sentido, a dialética foi utilizada para analisarmos aspectos relacionados à amamentação de prematuros no domicílio e as contradições que se expressam nessa realidade para as mulheres ao optarem por essa forma de alimentar seus filhos durante a internação hospitalar em unidade neonatal e de continuá-la no domicílio quando não contam mais com o aparato institucional.

4.2 Cenário do estudo

O cenário deste estudo foi composto pelos domicílios de 14 recém-nascidos prematuros e suas famílias que receberam alta da UTIN do Hospital Sofia Feldman¹. Três desses domicílios localizam-se em Belo Horizonte (dois na região norte e um na região nordeste, distritos de referência para o Hospital Sofia Feldman). E onze domicílios localizam-se em outras cidades da Região Metropolitana de Belo Horizonte .



Fonte: Mapa da RMBH.

¹ A Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF) é uma instituição filantrópica, localizada no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte e serve a uma população de aproximadamente 600 mil habitantes. É especializada na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, atendendo exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente possui 143 leitos, 64 obstétricos, oito de hospital dia e 71 de neonatologia, divididos em terapia intensiva (41 leitos), cuidados intermediários (30 leitos).

A escolha do Hospital Sofia Feldman como ponto de partida, deveu-se ao fato da pesquisadora atuar como enfermeira na instituição, por atender recém-nascidos de alto risco e foi também definida pelo histórico da instituição com a promoção do aleitamento materno desde sua inauguração, em 1982. Práticas como o uso de chupetas e mamadeiras não eram permitidas e o aleitamento materno exclusivo já era preconizado mesmo antes da implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em 1993, pela UNICEF e OMS (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Em 2009, no Hospital Sofia Feldman, a média mensal de internação na Unidade Neonatal foi de 79 recém-nascidos, sendo 65,1% prematuros com média de internação de 16 dias na UTIN e 9 dias na UCI. No mesmo período, o número de partos foi 10483, sendo 1187 prematuros e 1057 baixo peso (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

4.3 Aspectos éticos

Para a realização da pesquisa, foi observada a Resolução 196 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Os dados foram coletados após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pela Câmara do Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO A), pelo Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman (ANEXO B) e Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, Parecer ETIC 556/09 (ANEXO C).

O respeito à autonomia dos sujeitos, neste estudo, prerrogativa fundamental da pesquisa envolvendo seres humanos, fez-se presente na forma do Consentimento Informado. A abordagem aos sujeitos obedeceu aos preceitos éticos, com entrega da carta de apresentação do projeto de pesquisa às mães e à instituição, contendo: título do projeto, objetivo, metodologia, garantia de anonimato e caráter voluntário da

participação (Apêndices B e C) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O retorno social da pesquisa ocorrerá sob forma de divulgação de resultados, pela publicação em periódicos, eventos e outros meios julgados pertinentes.

As mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização para gravar a entrevista; no caso das adolescentes, seus responsáveis legais também assinaram o TCLE.

4.4 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram 14 mães de recém-nascidos prematuros que receberam alta da UTIN do Hospital Sofia Feldman. Os seguintes critérios de inclusão das mães foram atendidos:

- Mães de recém-nascidos prematuros com menos de 34 semanas e menores de 1500g ao nascer que receberam alta em aleitamento materno exclusivo há pelo menos 30 dias que residissem na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

4.5 A vivência no campo

A inserção em campo teve início com a identificação dos recém-nascidos prematuros que atendiam os critérios de inclusão no estudo. Esses recém-nascidos foram identificados por meio do livro de registro da neonatologia do Hospital Sofia Feldman.

Após a identificação, foi feito contato telefônico com cada mãe desses recém-nascidos, para convidá-las a participar do estudo e agendar a visita da pesquisadora a seu domicílio para a coleta de dados. Não foi definido, *a priori*, o número de mães

participantes, sendo que foram entrevistadas até que se obteve a saturação dos dados.

Para atender ao critério de inclusão de estar no domicílio há pelo menos 30 dias, a primeira convidada a participar do estudo e a receber a visita para coleta de foi aquela cujo filho havia recebido alta hospitalar há 32 dias do dia em que comecei a identificar os sujeitos da pesquisa. Após essa visita, a segunda participante do estudo, foi a mãe do recém-nascido que, dentro dos critérios de inclusão, havia recebido alta imediatamente antes do primeiro a ser visitado e assim por diante, retrospectivamente.

As mães foram contatadas uma de cada vez; sendo assim, não foi criada uma lista nem o número inicial de participantes. A cada ligação, era agendada a visita para observação e entrevista. Normalmente, entre o dia do telefonema e o dia da visita, as mães pediam de três dias a uma semana de prazo.

Após realizar dez observações e nove entrevistas, a criança que foi identificada no caderno de registro da neonatologia já estava no domicílio por mais de seis meses e ainda havia necessidade de coletar outras informações. Para continuar a coleta dos dados, ao invés de continuar fazendo contato retrospectivamente, foi feito contato prospectivo. No mesmo caderno de identificação, identifiquei a primeira mãe que havia sido entrevistada por mim e fiz contato com a mãe que havia recebido alta logo após aquela data. Foi necessário incluir mais quatro mães no estudo.

A coleta de dados foi um período de muita satisfação devido à experiência das visitas nos domicílios, por causa da riqueza das observações e conversas com as famílias. Mas, ao mesmo tempo, de muita apreensão, pois, chegar aos endereços não foi simples e demandou rearranjos da pesquisadora. As ruas mudavam de nome, os números cresciam e decresciam, não era possível localizar alguns endereços no *Google maps* por se tratar, muitas vezes, de áreas sem calçamento. Ao solicitar pontos de referência para as mães durante o contato telefônico, nem

sempre era fácil identificá-los. Em alguns casos, contei com motorista para chegar em domicílios de cidades vizinhas. Não consegui encontrar um domicílio. Então, fui até a Unidade Básica de Saúde para saber se a equipe conhecia a família e o endereço. Nesse caso, foi necessária a presença do ACS, pois a casa localizava-se dentro de uma vila e a equipe do PSF orientou que eu não fosse sozinha ao local.

Os domicílios foram visitados em dias e horários diversos com o objetivo de acompanhar as diferenças na dinâmica das famílias. Essa experiência foi, no mínimo, desafiadora para mim, pois chegar em um domicílio desconhecido no domingo às 9 horas da manhã. Acredito que o tenha sido para os participantes também. Antes de iniciar as visitas, me perguntei como seria estar em um espaço privado. Como enfermeira, tinha experiência com internação domiciliar, mas como pesquisadora, seria a primeira vez. Considero que as relações construídas durante a coleta de dados foram boas, a interação foi positiva, foi possível estabelecer diálogo proveitoso para todos. Durante a coleta dos dados foi inevitável ver os álbuns de casamento e do bebê além de tomar um cafezinho.

4.6 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Neste estudo utilizamos como técnica para a captação da realidade empírica, a observação participante orientada e a entrevista com roteiro semiestruturado. Como instrumento de registro da pesquisadora, foi utilizado o diário de campo.

A observação participante foi o instrumento inicial na coleta de dados e o direcionador do momento de realização da entrevista. A observação, conforme mencionado anteriormente, foi realizada após contato prévio da pesquisadora com as mães.

4.6.1 Entrevista com roteiro semiestruturado

A entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice D) foi utilizada como instrumento para coleta de dados por entendermos que seria uma técnica apropriada para estabelecer ou descobrir que existem pontos de vista sobre fatos além daqueles do entrevistador conforme propõem Bauer e Gaskell (2007). Possibilitou conhecer as crenças, os valores, as atitudes e motivações, em relação aos comportamentos das mulheres e familiares em seus contextos sociais. A entrevista forneceu dados para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre as mães e a situação do aleitamento materno após a alta hospitalar.

Ao optarmos pela entrevista como instrumento de coleta de dados, dois aspectos foram considerados: a especificação do tópico- guia (o que perguntar) e a seleção dos entrevistados (a quem perguntar) conforme orientado por Bauer e Gaskell (2007).

O tópico-guia foi planejado para dar conta dos fins e objetivos da pesquisa e resultou de leitura crítica e aprofundada da literatura, do reconhecimento do campo, de discussões com pesquisadores mais experientes e de algum pensamento criativo.

Na entrevista individual, conseguimos mais detalhes sobre a experiência pessoal, decisões e sequência das ações com perguntas dirigidas à motivação (BAUER; GASKELL, 2007). As perguntas procuraram ser um convite à entrevistada a falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir.

A fim de encorajar as entrevistadas a falar longamente, a se expandir e a ser sinceras, optamos por realizar as entrevistas em seus domicílios. Assim, ficaram à vontade e pudemos estabelecer uma relação de confiança e segurança conforme propõe Bauer e Gaskell (2007).

A entrevista com roteiro semiestruturado foi utilizada para valorizar a presença do investigador e oferecer todas as perspectivas possíveis para que as informantes alcançassem a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVINOS, 2007).

O roteiro foi construído de forma a permitir a flexibilidade nas conversas e a apreensão de outras questões trazidas pelas entrevistadas como sendo sua estrutura de relevância (MINAYO, 2007).

Em relação ao número de entrevistas realizadas, Bauer e Gaskell (2007) advertem que não há um número pré-definido de entrevistas mas há um número limitado de versões ou interpretações da realidade pois as representações não surgem das mentes individuais, mas como um processo social. Além disso, há a questão do tamanho do *corpus* a ser analisado.

Neste trabalho, as entrevistas seguiram o critério de saturação. Por critério de saturação entende-se o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que se conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo (MINAYO, 2007).

As seguintes questões foram norteadoras da entrevista:

- Como foi sua experiência de amamentar seu filho no hospital?
- Como está sendo sua experiência de amamentar seu filho em casa?
- Quais foram as facilidades que você encontrou para amamentar seu filho após a alta hospitalar?
- Quais foram as dificuldades que você encontrou para amamentar seu filho no domicílio?

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. O tempo de duração das entrevistas variou entre sete minutos e doze segundos e trinta e seis minutos e

dez segundos. A pesquisadora considerou que a variação de tempo não prejudicou o conteúdo das entrevistas e deveu-se ao modo de ser de cada entrevistada.

4.6.2 Observação participante

A observação participante, segundo Minayo (2007), é um instrumento essencial para coleta de dados na pesquisa qualitativa.

A utilização dessa técnica permitiu a aproximação com o fenômeno pesquisado, pois participando da vida diária dos sujeitos pesquisados, foi possível tentar apreender a visão de mundo e os significados que os sujeitos atribuem à realidade que os cerca e a suas próprias ações (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Podemos afirmar que um dos principais objetivos dessa técnica foi conhecer a vida humana a partir do cotidiano. Nesse sentido, *“a observação tem sido utilizada para descrever uma cultura, um ambiente, uma instituição, a partir de dentro”* (NOGUEIRA- MARTINS; BÓGUS, 2004, p.53).

Durante a observação, não nos limitamos ao papel de espectador do fenômeno, pois os fatos observados e suas representações, as contradições existentes entre as normas e as práticas vividas no dia a dia de um grupo podem ser reveladas a partir da observação participante e, dessa maneira, foi possível compreender os aspectos que foram aflorando durante as situações (MINAYO, 2007).

Segundo a orientação de Ludke e André (1986), as observações foram planejadas, tiveram um roteiro definindo o quê e como observar. Pelo exposto, a observação participante foi norteadas por um roteiro contendo alguns aspectos a serem observados.

A observação participante foi norteada pelas seguintes questões:

- Sobre a família
 1. Como se dá a interação entre mãe e filho?
 2. Como é a dinâmica da família?
 3. Como é a atuação da mulher na família?
 4. Como é a rotina de cuidado do bebê?

As observações ocorreram no período de 06 de janeiro a 05 de maio de 2010 e foram realizadas em diferentes horários e dias da semana, incluindo finais de semana.

O tempo de duração de cada observação variou de uma hora e quinze minutos a três horas e dez minutos, de acordo com a necessidade de a pesquisadora observar a dinâmica do domicílio e a percepção da mesma em relação à disponibilidade da participante em receber a pesquisadora.

Foi necessário retornar a um dos domicílios para observação, devido às condições físicas da mãe no dia da coleta. Ela havia passado a noite com a filha no pronto atendimento e percebi, por sua expressão facial, suas olheiras e constantes bocejos, que estava exausta e com dificuldade para se manter acordada.

Para o registro das informações da observação participante foi utilizado o diário de campo. As observações foram escritas imediatamente após a saída da casa da entrevistada, no domicílio da pesquisadora.

4.6.3 Diário de Campo

O diário de campo foi um instrumento utilizado como forma de organizar e manter um arquivo da experiência vivenciada durante o trabalho de campo para registro de

idéias, percepções e sentimentos da pesquisadora no período de coleta de dados e constou de um caderno pautado e paginado de 01 a 31. Os registros feitos nesse diário tiveram início com a inserção da pesquisadora no campo e terminaram após a conclusão do relatório final.

Para a construção do diário de campo, utilizamos as orientações de Minayo (2007) que considera que esses registros compõem o quadro das representações sociais, ou seja, as categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a e justificando-a.

4.7 Organização e tratamento dos dados

Pesquisas qualitativas geram uma variedade de dados que precisam ser organizados e compreendidos. Para desvendar o significado dos dados coletados, faz-se necessária a identificação de dimensões, categorias, tendências e relações (MAZZOTTI, 2002).

Neste trabalho, a análise dos dados foi realizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008), buscando analisar o conteúdo manifesto nos discursos e foram construídas narrativas correlacionando os dados empíricos com o referencial teórico.

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2008, p. 44).

Para analisar os dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo que deve seguir três fases distintas: a *pré-análise*, a *descrição analítica* e a *interpretação referencial*.

A *pré-análise* foi realizada simultaneamente à coleta dos dados e consistiu na organização dos mesmos. A transcrição das entrevistas foi realizada de forma integral, onde os discursos dos sujeitos foram preservados na íntegra. As entrevistas foram codificadas e armazenadas em um arquivo. As anotações referentes às observações foram registradas no diário de campo e posteriormente foram digitadas e armazenadas.

Na segunda fase, chamada de *descrição analítica*, foram realizadas leituras exaustivas do material empírico tendo o cuidado de retomar os objetivos do estudo e as questões norteadoras. Nesse momento, foram identificados os temas e, posteriormente, foram feitos recortes dos enunciados e das observações em consonância com os objetivos do estudo. A partir dos dados encontrados, foram elaboradas narrativas de cada mãe participante do estudo.

A narrativa é uma estrutura textual que apresenta como características fundamentais o enredo, o narrador e a técnica narrativa (CULLER, 1999). Sobre esses três elementos devemos considerar que o enredo constitui a base da narrativa, pois a história não deve ser constituída apenas por uma sequência de fatos, mas precisa haver uma relação entre eles. Quanto ao narrador, pode ocupar o lugar de personagem na história, chamado de narrador em primeira pessoa ou aparecer como um observador, contando os fatos, conhecido como narrador em terceira pessoa. No que se refere à técnica narrativa, os aspectos considerados são o enfoque, a apresentação dos acontecimentos e a maneira como esses elementos são trabalhados pelo narrador (CULLER, 1999).

A narrativa foi construída com o propósito de apresentar, no primeiro capítulo, uma análise de cada caso revelando a singularidade de cada mulher e seu filho no processo do aleitamento materno. Primeiramente, foi realizada a descrição do cenário, a apresentação da mulher, do recém-nascido e do contexto familiar. Posteriormente, foi apresentada a história da amamentação da criança desde a internação até o dia da coleta de dados, respeitando a cronologia dos fatos. Por último, foi realizada a análise dos dados articulando-a ao referencial teórico.

A partir da análise de cada um dos casos, os analisadores foram revelados e, posteriormente, apresentados e discutidos no segundo capítulo da análise dos dados. Os analisadores significaram aquilo que foi marcante no processo do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no domicílio e serviram para orientar a leitura e a análise dos dados empíricos. Os seguintes analisadores foram identificados: o ambiente hospitalar como um espaço de aprendizagem, o ambiente domiciliar favorecendo a liberdade e conforto, a rede social e as mediações produzidas para o aleitamento materno no domicílio, a tecnologia necessária para o sucesso do aleitamento materno, a necessidade da continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro e as condições materiais e o aleitamento materno.

Na última fase da análise, foi realizada a *interpretação referencial*. Essa etapa permitiu o aprofundamento das ideias e o estabelecimento de relações a partir de uma reflexão acerca dos dados empíricos e da articulação com o referencial teórico. Torna-se importante ressaltar que essa etapa foi realizada após a construção da narrativa e da identificação dos analisadores.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados pessoais das quatorze mães participantes da pesquisa informam que elas têm idade entre 15 e 36 anos e a média é de 25 anos. Oito são casadas, três são solteiras e três tem união estável com seus companheiros. Duas têm dois filhos, uma tem três e as outras onze são mães do primeiro filho. Quatro não concluíram o ensino fundamental, duas relatam terem concluído o ensino fundamental, sete concluíram o ensino médio e apenas uma possui terceiro grau completo; o nível escolar mais baixo é a quinta série do ensino fundamental. Oito mulheres são “do lar” e seis exercem atividade remunerada fora de casa. Das seis mulheres que exercem atividade remunerada, uma delas tinha dúvida se retornaria ao trabalho devido à maternidade, três haviam decidido não retornar até o filho completar um ano de idade e as outras duas estavam certas do retorno ao trabalho. Todas as mulheres são de família de baixo poder aquisitivo, sendo a renda média por família de R\$ 1.217,00 (mil duzentos e dezessete reais), variando entre R\$ 451,00 (quatrocentos e cinquenta e um reais) e R\$ 2.706,00 (dois mil setecentos e seis reais). Os domicílios dessas famílias são simples, de alvenaria, sendo que quatro residem nas casas de outros membros da família, uma mora no mesmo lote com parentes, três moram de aluguel, uma mora na residência dos patrões do marido e cinco possuem casa própria.

5.1 A singularidade de cada história

“Bem mais prazeroso estar com ela em casa do que estar no hospital”

Ao chegar à casa de Dione, avisto um bar. Um senhor de aproximadamente 60 anos, que estava sentado nesse bar levantou-se e perguntou se eu tinha vindo visitar Dione. Era o pai dela. Ele me recebeu e descemos uma rampa larga para chegamos ao quintal. Do lado esquerdo do quintal, há um pé de manga e uma pequena horta. Do lado direito, abaixo do bar fica a casa onde mora a família. O senhor entra na minha frente e chama por Dione, ele diz para eu esperar que irá

abrir a porta da sala. Estou parada em frente à porta da sala, ele entra pela lateral. Avisto um papagaio em uma gaiola no quintal. O senhor abre a porta e Dione vem me receber. Nesse momento, o bebê está no colo do pai, dentro do quarto, que pode ser visto da sala onde estou. Dione reside na casa dos pais dela, com o companheiro e a filha do casal.

Dione tem 29 anos, possui o ensino médio completo, não trabalha fora do lar e é a principal responsável pelo cuidado da filha e da casa. Na casa de Dione, os principais provedores são seus pais, mas tanto o companheiro quanto o irmão dela trabalham. Ela está vivendo sua primeira experiência como mãe.

A filha de Dione nasceu com 1170g e 31 semanas de idade gestacional. Ficou internada por 27 dias e recebeu alta hospitalar há um mês. Tem dois meses e 17 dias de idade. Dione permaneceu acompanhando a internação de sua filha em tempo integral, começou a amamentá-la ao seio ainda na UTIN e mantém o aleitamento exclusivo no domicílio.

Quando entrei na sala da casa de Dione, o companheiro dela estava com a filha no colo e, em seguida, colocou-a no berço e veio até a sala. Expliquei-lhes o motivo de minha presença, mas a participação do companheiro de Dione foi interrompida devido à necessidade de se ausentar do domicílio naquela tarde. Durante o tempo em que ele permaneceu em casa, pude perceber que, quando solicitado por Dione, atendia prontamente a seus pedidos como desligar o forno e atender ao telefone. Quando a filha chorou, ele a buscou e a colocou no colo da mãe, se despediu e saiu.

Após a saída do genro, o pai de Dione entrou na sala onde estávamos conversando, participou da observação, fazendo perguntas e comentários sobre a amamentação e sobre os cuidados necessários com a neta. Ele conta que é filho de uma família de oito irmãos que não foram amamentados e que nenhum deles morreu ainda. Disse que iria voltar para o bar e saiu da sala.

Durante a conversa com Dione, ela diz que se sente insegura em alguns momentos e chegou a oferecer leite artificial durante uma noite em que a filha chorou muito. Ela conta que achou que seu leite estava sendo insuficiente e ofereceu a fórmula, porém como a filha não parou de chorar, concluiu que a causa do choro não era fome.

Eu até fiz um pouquinho de NAN para ela e dei, mas não adiantou. Era colocar ela no berço e ela chorava, colocava no peito e ela calava, mamou a noite inteira.

(Diário de campo, pag. 2, 06/01/10)

Enquanto conversávamos, a mãe de Dione chegou em casa, eram duas e meia da tarde e sentou-se conosco na sala. Ela relatou que permanece o dia todo fora de casa, sai antes das sete da manhã e costuma chegar por volta das cinco horas e que havia chegado mais cedo por causa de minha presença. Durante minha permanência, ela não fez comentários sobre a amamentação da neta e se mostrou carinhosa com a menina. Desde que chegou em casa, ficou com a menina no colo até o momento em que encerrei a observação. A avó conta que nos finais de semana é ela quem dá o banho na neta.

Após a chegada da mãe de Dione, iniciamos a entrevista.

Dione conta que, desde que chegou ao domicílio, mantém a amamentação exclusiva. Segundo ela, a primeira vez que a filha amamentou foi uma oportunidade de contato e troca de afeto como expresso na citação a seguir:

*Foi o melhor momento que eu tive de contato com ela depois que ela nasceu. Foi incrível, foi muito bom mesmo, foi uma sensação de alívio por ter o leite pra ela tá mamando ali naquele momento que ela precisou. **Dione***

Ao falar sobre o período de internação, Dione considera que sua permanência no hospital foi um momento de aprendizado para a amamentação. Em seu enunciado,

relata que a rotina hospitalar foi incorporada por ela como a maneira adequada para amamentar a filha durante o período de internação.

Foi uma experiência muito boa, aprendi muito. Porque lá, as meninas ensinavam à gente alguns truquezinhos, ensinavam à gente como colocar. Ela ensinou barriguinha na barriguinha da mãe, não pegar só o biquinho... Pegar mais a parte da aréola quase toda. Foi um aprendizado muito grande.
Dione

No ritmo lá, das enfermeiras lá... As meninas explicaram pra gente: “você tem que dar de três em três horas”. Aí, era automático, de três em três horas, eu tava lá, mexendo com ela pra ela mamar. **Dione**

Para Dione, as mamadas noturnas eram cansativas e angustiantes, porém significaram, para ela, uma oportunidade de maior proximidade com a filha. Reconhece que essa necessidade da filha exigia dela muita dedicação e que era uma maneira de vivenciar a maternidade.

Acordar de madrugada de três em três horas é muito cansativo, é muito angustiante você ficar lá de madrugada, sozinha, naquele frio e ela mamando, mas foi muito bom. Ela procurando o peito de madrugada lá no hospital, foi quando eu percebi que tinha aquele momento assim, pra ser mãe, sabe? Porque eu tinha que estar ali de três em três horas. Às vezes, eu ia tomar banho, eu só molhava e subia correndo pra dar o peito pra ela, pra não deixar ela chorar porque eu acho que o peito acalma bastante ela. Foi muito gratificante porque eu aprendi a estar mais em contato com ela e mais envolvida com ela naquele período de três em três horas. **Dione**

Ainda discorrendo sobre a internação, Dione relata que a possibilidade de convivência e integração com outras mulheres, em situação semelhante, foi uma maneira encontrada por ela para superar a dificuldade em amamentar no período noturno.

Ver as outras mães também, a gente ficava, eu e a minha colega. A gente revezava, fazia a maior zorra de madrugada. A gente sacudindo o menino, ela: “vão andar no corredor dando peito?” **Dione**

Dione atribuiu a exposição de seu corpo como um fator dificultador da amamentação durante a internação da filha. O ambiente domiciliar, por ser um ambiente privado, oferece maior liberdade para Dione amamentar.

*... lá na Casa do PID, às vezes, uma fica prestando atenção no peito da outra, em casa não. Em casa, ninguém vai olhar se seu peito é feio, se seu peito é bonito, se tá durinho, se não tá, então, mais tranquilo. Mais, liberdade, liberdade. Bem mais prazeroso estar com ela assim em casa do que estar no hospital. **Dione***

Dione relata que, ao chegar em casa, ela se sentiu mais tranquila para amamentar por não seguir horários determinados e algumas orientações como acontecia no hospital. A liberdade oferecida pelo ambiente domiciliar favoreceu a amamentação de acordo com a demanda da criança, percebida e atendida pela mãe.

*... o fato de eu não ter aquele horário certo de ter que acordar, igual na Casa do PID, as meninas chamavam a gente, de três em três horas certinho elas chamavam a gente e aqui em casa não, eu espero ela acordar. Então, eu acho que essa facilidade de acordar por conta própria pra poder mamar, fica mais tranquilo pra mim porque ai eu posso, eu sei que eu tenho três horas e meia, quatro horas pra dormir, pra descansar, ou pra fazer alguma coisa que eu precise fazer. **Dione***

*É muito bom, mais tranquilo, menos corrido que no hospital que não tem aqueles horários certos, troca de fralda, peito, troca de fralda, peito. Em casa, não. Espero ela acordar mesmo, sozinha, por si própria, pra sentir a fome que ela quer, porque às vezes lá nem dava tempo dela sentir a fome dela. Então, em casa, eu acho que dá pra ela sentir fome e gritar. Dá um grito só, aí eu já sei. Tá na hora dela mamar. Aí, largo tudo, é uma hora sentada, uma hora e meia. **Dione***

Para Dione, a amamentação representa uma experiência que possibilita maior proximidade com a filha. Durante a observação, ela amamentou por cerca de cinquenta minutos e, enquanto amamentava, olhava para a menina e conversava com ela.

*É muito bom dar peito pra essa criaturinha aqui, de Deus. Principalmente quando ela dorme no peito [...] acho que ela se sente mais perto de mim, acho que ela se sente mais aconchegada. **Dione***

Dione considera a amamentação como uma prática que exige disponibilidade física e emocional.

*Só à noite mesmo, que ela tá sugando até minha alma à noite... Ela tá sugando minhas energias todas... Dá câimbra no braço de ficar nessa posição aqui, a mão fica formigando... **Dione***

Ao optar pela continuidade da amamentação no domicílio, Dione aponta que tem sido necessário se organizar para conciliar os horários de mamada com as atividades do lar e suas próprias necessidades. *Relata* que deixa de fazer as unhas, de escovar os cabelos para não deixar a filha sem o leite materno. Como Dione é quem cuida da casa, ela diz que realiza as atividades do lar enquanto a filha dorme, ao longo do dia.

A retomada da vida de Dione fora do lar também foi apontada por ela como uma dificuldade para continuar amamentando. Ao falar sobre a necessidade de se ausentar do domicílio para ir ao centro da cidade, Dione conta que não conseguiu retirar a quantidade suficiente de leite para a filha e sua mãe lhe telefonou pedindo que retornasse, pois a menina estava chorando. Dione relata que voltou para casa sem conseguir resolver o seu propósito.

Ao encerrar a entrevista, continuo conversando com Dione. Ela expressa preocupação com o crescimento de sua filha e conta que leva a menina para ser pesada na balança do bar do avô a cada três dias.

No decorrer da observação, o avô entra novamente na sala onde estamos sentadas e relata que Dione terá que esperar a mãe se aposentar para sair para trabalhar, pois não deseja que a neta seja criada em uma creche.

Dione revela que sua mãe não é favorável ao aleitamento exclusivo, pois acha que a neta chora com frequência e mama muito.

A conversa fluiu com tranquilidade. Dione é bastante comunicativa e compartilhou sua experiência. Ela me convida para lancharmos, sentamos na copa e

conversamos mais um pouco. A tarde estava chegando ao fim, parecia que ia chover. Decido encerrar a observação. Dione pega a filha do colo de sua mãe e me acompanha até o portão. Agradeço e me despeço.

De acordo com o exposto por Dione, foi possível apreender que o ambiente domiciliar foi favorecedor da amamentação pela liberdade que esse espaço lhe oferece. Segundo Bourdier (2004), o *habitus* se constitui por uma forma representativa de pensamentos, percepções e ações. Desse modo, Dione, ao perceber maior liberdade no domicílio, sente maior autonomia para conduzir o processo de aleitamento materno da filha e, conseqüentemente, a maneira que irá manter a amamentação o que poderá favorecer sua continuidade.

O enunciado de Dione permite inferir que a mãe dela tem uma opinião desfavorável ao uso exclusivo de leite materno pela neta. Isso pode representar uma influência negativa para a continuidade do aleitamento exclusivo. O fato de não ter amamentado seus filhos pode reforçar a necessidade do uso da mamadeira pela menina achando que ela mama exageradamente. Podem ser argumentos para tentar convencer Dione a introduzir outros líquidos à alimentação da neta. Para Teixeira e Nitschke (2008), as avós são mulheres experientes que costumam incentivar o uso de líquidos e outros alimentos pelos netos em aleitamento materno e, por sua vivência, influenciam na conduta das filhas e noras em processo de amamentação.

Apesar de receber influências contrárias à continuidade do aleitamento materno exclusivo por sua rede social, Dione optou por mantê-lo. A continuidade da amamentação exclusiva por Dione pode ter sido influenciada por ela sentir que a filha se sente confortável durante a amamentação e que o peito acalma, por ela sentir-se bem amamentando em casa e por ela estar satisfeita com o crescimento da filha.

“A vontade da gente é essa, é pegar e sair”

São duas horas e cinquenta e três minutos, estou procurando a casa de Pítia há mais de uma hora e vinte minutos e não consigo contato telefônico com ela. No bairro, ninguém sabe informar onde fica o endereço. Pítia havia me dito que a rua em que mora não é asfaltada. Um menino, de aproximadamente dez anos, me diz como fazer para chegar ao local.

Após subir a ladeira, viro à esquerda e entro com o carro em uma rua estreita, envolta por um mato alto onde resta apenas uma trilha para o carro passar. Sigo uns trinta metros com o carro e, ao olhar para meu lado esquerdo, avisto um barranco. Do lado direito, vejo duas casas. Em frente a uma delas, algumas pessoas conversam e eu aproveito para perguntar se conhecem Pítia. Uma senhora diz que mora na casa ao lado.

A casa de Pítia é de tijolo, não está rebocada e não possui muro. Há uma varanda na frente onde vejo uma cadela deitada com três filhotes. Chamo por Pítia e uma menina de aproximadamente seis anos aparece na janela. Ela diz que sua mãe já irá me atender. A menina que me atendeu é a filha mais velha de Pítia e aparenta uns seis anos de idade. Pítia aparece na mesma janela e diz para eu entrar. Ao passar pela varanda, vejo um tanque e uma máquina de lavar e Pítia aparece na porta da cozinha. Entro na casa, acompanhando-a. Ela diz que estava amamentando quando cheguei.

Passamos pela cozinha e chegamos à sala da casa. Ao lado da sala, fica um quarto. Pítia me leva até esse quarto para me mostrar a filha dormindo na cama de casal. Ela pega a menina no colo e nos sentamos na sala. A garota que me atendeu estava deitada no tapete da sala vendo TV e permanece ali durante todo o tempo da observação. Sento no sofá ao lado de Pítia. Posso ver a rua pela janela da sala. O dia está muito quente e a casa é coberta por telhas de amianto, o que aumenta a sensação térmica. Na casa, residem Pítia, o esposo e as duas filhas do casal.

Pítia tem 33 anos, possui o ensino médio completo, é cabelereira, não possui vínculo trabalhista e atende nos domicílios das clientes. Conta que atualmente tem feito atendimentos pontuais e que leva as duas crianças com ela. Segundo Pítia, o marido é o principal provedor da família; tem uma renda de quatro salários mínimos. Conta que ele trabalha como garçom nos finais de semana e durante a semana está trabalhando, temporariamente, nas obras da Cidade Administrativa do Governo de Minas Gerais. Ela diz que o marido está trabalhado muito nos últimos tempos e quase não tem ficado em casa.

Pítia relata que cuida das duas filhas sozinha. Diz que tem ajuda do companheiro nos finais de semana, quando ele sai para fazer as compras de supermercado para a família. A menina mais nova de Pítia nasceu com 1010g e 27 semanas e seis dias de idade gestacional e permaneceu um mês e vinte seis dias no hospital. Recebeu alta hospitalar há um mês e meio. Está com três meses e doze dias de idade. Pítia acompanhou a filha em tempo integral durante a internação e começou a amamentar na UCI.

Enquanto conversamos, a menina choraminga e Pítia lhe oferece o peito. Ela, ao tentar abocanhar o peito, tem dificuldade para acertar o mamilo e chora. Pítia auxilia a filha na pega e diz que a menina é tranqüila e que só acorda quando está com fome. Enquanto amamenta, Pítia não faz contato visual nem toca na filha. A menina mama por cerca de trinta minutos. Durante a mamada, ela se irrita, chora, solta o peito e volta a mamar.

Pergunto a Pítia se ela tem alguém que a ajuda nas tarefas de casa e ela diz que tem uma irmã que mora próximo de sua casa. Quando precisa, conta também com o apoio de algumas amigas. Informa que, normalmente, é ela mesma quem cuida das duas meninas e da casa.

Inicio a entrevista enquanto Pítia amamenta. Ela não faz objeção em responder às perguntas enquanto a filha mama. Ao responder à entrevista, não olha diretamente

para mim. Pítia fala sobre a época de internação da filha como um período muito difícil para ela, pois não conseguia se alimentar no hospital e considerava-se prisioneira lá dentro.

*Pra mim comer no hospital é horrível, porque eu tenho distúrbio de pânico, então eu não me alimentava no hospital, eu nunca consegui, dei crise dentro do refeitório...Pra mim foi difícil nessa parte, nesse aspecto de ter que almoçar no refeitório e jantar lá, pra mim foi muito sacrificante. **Pítia***

*A não ser o fato que lá você é prisioneiro. Aqui, você está livre, lá não. Eu pego ela e saio, lá eu não posso. Não podia pegar ela e sair... Você tá com seu próprio filho e não pode. É difícil. Está com seu filho e não pode ir no portão... Sendo que a vontade da gente é essa, é pegar e sair. Tem essa diferença, se eu quiser pegar ela aqui um pouquinho e sair, eu dou uma voltinha com ela... É outra coisa. A única diferença é isso, você se sente prisioneiro. Apesar de que não é você que tá internada... É o seu bebê. Tem essa diferença... Isso mexe muito com a gente também. **Pítia***

Pítia relata que, às vezes, tinha vontade de ir embora, mas não tinha coragem de deixar a filha sozinha no hospital.

*Passei o que passei... Acho que, se não fosse por ela, eu tinha largado tudo. Dá vontade de voltar pra casa [...] Eu fiquei quase três meses lá. Apesar de morar perto, eu não vinha embora, nunca deixei ela no Canguru sozinha, nunca deixei na UCI sozinha, na UTI foi poucas vezes que eu deixei, não tinha coragem, eu ficava só lá. Tanto que a outra sentiu... **Pítia***

Segundo Pítia, ela não encontrou dificuldade para se adaptar ao ambiente da Casa do PID mas disse que estar em casa é melhor e mais tranquilo.

*Ah, bem melhor, mais tranquilo. No PID também era tranquilo, porque se assemelha a sua casa... Você faz a hora que você quer, o bebê chora, você amamenta e lá na UCI, eu achava mais difícil pra poder amamentar. No PID e aqui em casa, pra mim, a hora que ela quer é isso mesmo, estou aqui à disposição dela. Dá vontade de mamar, pode mamar à vontade, se for de madrugada, posso tá com o sono que for, eu vou lá no banheiro, lavo o rosto ponho ela no colo e deixo ela mamar, tranquilo, isso é tranquilo também. **Pítia***

Ao falar sobre suas dificuldades na amamentação, Pítia expressa que, durante a internação, a presença de outros pais na enfermaria era um fator que a inibia.

*Pra mim amamentar, como se diz, nunca tive problema com amamentação não. Pra amamentar não. Fico meio receosa porque, na UCI, às vezes tinha um pai, né... Aí você tira o peito, mas... A facilidade é que, na minha casa, às vezes eu fico sem blusa, só. Porque, tirando disso, o peito não machucou, não feriu, nada. **Pítia***

Após terminarmos a entrevista, continuo a observação. Pítia e eu ainda estamos sentadas no sofá. Ela está com a filha mais nova no colo e a outra está dormindo no tapete da sala. A TV continua ligada, porém com o volume mais baixo e Pítia conta que perdeu um sobrinho de 18 anos logo após a filha ter recebido alta do hospital. Para ela, esse é o motivo de não estar conseguindo produzir leite na quantidade suficiente para sua filha.

Desde então, meu leite diminuiu e não está sendo suficiente para ela; estou dando 60 a 70 ml na mamadeira.

(Diário de campo, pag. 7, 18/01/2010)

Ao falar sobre a amamentação no domicílio, Pítia descreve sua rotina diária dizendo que a filha acorda às seis e meia da manhã e mama no peito. Dorme novamente até as nove horas e ela aproveita esse intervalo para arrumar a casa. Oferece a mamadeira às nove e meia e dá o banho às dez e meia. Reforça que não está tendo dificuldades para amamentar em casa.

*Eu tô à disposição dela, tô aqui pra ela [...] eu não encontrei dificuldade nenhuma. Ela quer mamar? Se estou lavando vasilha, deixo pra lá, venho sentar aqui com ela. Se ela quer ficar uma hora aqui no peito, ela fica uma hora aqui no peito. Se eu sentir dor nas costas de ficar sentada aqui, eu levanto, dou um jeitinho. **Pítia***

*O quanto ela quer, às vezes ela acaba de mamar e quer de novo, aí eu tiro e dou de novo, tranquilo. Qualquer hora que ela quiser, ela vai mamar... Ela não fica sem o peito... **Pítia***

Pítia considera que a maternidade mudou sua maneira de se comportar, como expresso na citação a seguir:

Ela diz que depois que se é mãe, se esquece de tudo e só se pensa nos filhos. Diz que esqueceu até de seu casamento e a sogra dela chamou-a para dizer que o filho estava reclamando e que ela estava fazendo as coisas erradas. Aí, ela resolveu pintar os cabelos, disse que deixa as duas meninas dormindo na cama do casal e vai deitar “pertinho do marido” no quarto da filha.

(Diário de campo, pag. 8, 18/01/2010)

Durante a entrevista e a observação, Pítia compartilhou sua experiência comigo, com a filha no colo durante todo o tempo. Ao conversar, ela mantém o olhar para baixo ou para frente, poucas vezes dirigiu o olhar para mim ou para a filha. Encerro a observação e me despeço.

Do enunciado de Pítia, é possível apreender que o período de permanência no hospital acompanhando a filha foi um momento conturbado em sua vida. Ela se refere ao hospital como a uma prisão. Isso pode estar relacionado à forma de organização da instituição hospitalar na atualidade. Segundo Foucault (1989), a disciplina hospitalar tem como funções a vigilância e disciplinarização do doente e do espaço onde estão essas pessoas e a experiência de Pítia aponta para uma situação de vigilância pela equipe e ausência de liberdade para transitar com seu filho no ambiente hospitalar.

É necessário considerar que, apesar do sentimento de aprisionamento vivido por Pítia, ela acompanhou a filha durante todo o tempo da internação e ainda revela que deixar a outra filha em casa também a incomodou.

Após a ida para o domicílio, Pítia aponta a perda do sobrinho como o fator que causou a diminuição de sua produção de leite. De acordo com Walker (2007), a liberação de leite é determinada pela ocitocina, um hormônio que pode ser influenciado por situações de dor e estresse.

Ainda sobre Pítia, gostaria de ressaltar que seu enunciado evidenciou que a maternidade havia tomado uma proporção maior em sua vida quando comparada a

sua vida de mulher e esposa. Citou inclusive a intervenção da sogra como mediadora da comunicação entre o casal.

A contradição aparece no discurso de Pítia. Diz que está disponível para o cuidado da filha e oferece o peito sempre que é solicitada. Porém, ao falar sobre sua rotina diária, ainda no período da manhã, Pítia oferece uma mamadeira.

Nesse sentido, torna-se importante relatar que Pítia cuida da casa e das filhas em tempo integral e relatou estar tratando de Síndrome do Pânico. Pelo relato feito por Pítia, sua rede social de apoio são algumas amigas às quais recorre quando necessita.

Foi possível apreender, pelo enunciado, que Pítia e o marido estavam passando por uma fase de desentendimento na relação, o que pode ter influenciado em sua forma de alimentar a filha.

Quanto à continuidade do cuidado da filha no domicílio pela equipe de saúde, Pítia relata manter o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no Centro de Saúde. Mas a equipe de saúde não é apontada como referência em suas decisões sobre a amamentação.

“Eu tava limpando ali e ela tava caçando peito...”

É quinta-feira, o dia está ensolarado. Euríbia reside em uma avenida movimentada. Chego a sua casa e ela está no portão com a filha no colo e uma menina, de aproximadamente dois anos, ao lado dela. Em minha frente, há uma longa escada que subi logo atrás de Euríbia e das meninas. Ao chegarmos ao topo da escada, avisto, em minha frente, um quintal pequeno e duas casas separadas por um muro de meia altura. Seguimos em frente e entramos na casa de Euríbia. Na outra casa, à direita da de Euríbia, moram seus sogros, ela me informa mais tarde.

A casa de Euríbia é pequena, com apenas uma porta de entrada que dá acesso direto à sala e à copa conjugadas. O único quarto da casa localiza-se do lado esquerdo da porta de entrada. A cozinha pode ser vista ao lado direito da sala assim como o banheiro cuja porta se abre direto na cozinha. A cozinha é escura e sem ventilação. Ficamos na sala. Euríbia senta numa cadeira de vime com a filha no colo. Eu sento em uma das quatro cadeiras da mesa de jantar, em frente a ela.

Ela tem 20 anos, não trabalha fora e reside com o companheiro e a filha no lote da sogra. Euríbia informa que seu companheiro trabalha de 14 às 22 horas. Durante a observação, não tive contato com o companheiro de Euríbia. Ela conta que tem um filho de três anos que mora com a mãe dela. Diz que o menino é tranquilo e mamou até um ano. Euríbia informa que o marido é o provedor principal da família e recebe um salário mínimo e meio.

A filha de Euríbia nasceu com 1310g e 29 semanas de idade gestacional. Permaneceu internada por um mês e quatro dias e está no domicílio há dois meses e dez dias. Está com três meses e meio de idade. Euríbia relata ter acompanhado integralmente a internação da filha e manter o aleitamento exclusivo no domicílio.

Relata que costuma ficar sozinha com a filha durante a tarde, pois os sogros tem uma casa no interior e ficam boa parte do tempo lá. Conta que a menina que está com ela hoje é sobrinha do companheiro e não foi para a escolinha porque estava com febre. Nesse momento, a sobrinha está dormindo no quarto de Euríbia.

Estamos sentadas na sala. Euríbia diz que, pela primeira vez após a alta hospitalar, ela precisou levar a filha no pronto atendimento. Ela disse que a filha apresentou uma crise de bronquite. Fala que está satisfeita com o crescimento da menina, acha que engordou rápido e que a amamentação é importante.

Amamentação é uma coisa que ajuda a criança. Lá no hospital, eu amamentei e ela amamenta até hoje, amamento ela e agora que ela adoeceu.

Mesmo sem as vacinas, ela não tinha dado nada [...] e agora que ela deu isso.

(Diário de campo, p. 10, 28/01/10)

Euríbia está com a filha dormindo em seu colo desde que sentamos na sala. Ela acorda e chora. Euríbia oferece o peito. Ao amamentar, Euríbia mantém contato físico e visual com a filha. A menina olha atentamente para a mãe e mama com vigor.

Início a entrevista enquanto Euríbia amamenta. Ela não se opõe a continuar respondendo às perguntas enquanto amamenta. Ao relatar sobre o período de internação da filha, Euríbia acredita que a amamentação ajudou a menina a receber alta hospitalar mais rapidamente e possibilitou o desenvolvimento da filha.

*Foi depois que eu comecei a amamentar ela que ela saiu mais rápido do hospital. **Euríbia***

*A experiência é boa porque a gente vê o desenvolvimento da criança. **Euríbia***

Euríbia relaciona o crescimento da filha com a amamentação no domicílio e expressa que se sente feliz por amamentar.

*Pra mim, é uma alegria. Porque quando ela nasceu, pequenininha, eu achei que ela ia não ia salvar e hoje em dia os outros ficam mandando eu dar chazinho, dar isso, dar aquilo e eu não tenho coragem. Eu fico com medo dela largar o peito e ficar querendo só mamadeira. Aí eu não tenho coragem. Para mim, é a maior felicidade do mundo dar a ela peito. É uma coisa que ajuda demais, ajuda mesmo. **Euríbia***

Embora ela expresse sentimento de alegria em amamentar a filha no domicílio, a contradição é evidenciada quando deixa transparecer um valor depreciativo da amamentação no relato a seguir:

Eu dou de duas horas em duas horas, mas tem dia, igual hoje por exemplo, que ela mama, mama, mama e parece que nada está sustentando ela. Aí, ela

*quer toda hora; aí, ela dorme; aí, daqui a pouco ela acorda e quer de novo. Se deixar, ela mama de minuto em minuto, de cinco em cinco minutos, aí eu tenho que ficar controlando, senão... fica difícil demais. E ela não deixa a gente fazer nada, com esse trem de peito, tem que parar toda hora, agora mesmo, antes de você chegar, eu tava limpando ali e ela tava caçando peito... Mama bastante, graças a Deus. **Euríbia***

*Ela amamenta, aí ela dorme, então facilita porque a mamadeira relaxa o estômago da criança e o peito não, ela sabe o tanto certo que ela vai mamar. Ela mama, ela dorme e dá pra fazer minhas coisas sossegada, não fica aquele choreiro, ela é calma. **Euríbia***

*A minha casa, limpo normalmente, não fico naquela ah menino não me deixa fazer isso, menino não me deixa fazer aquilo. Facilitou tudo pra mim, isso é um presente de Deus pra mim. **Euríbia***

Para Euríbia, a amamentação diminui a necessidade de o companheiro dispender tempo com a alimentação da filha.

*Facilitou também ajudar o pai dela que não tem que ficar parando pra dar mamadeira. Eu sento, dou o peito, ela mama dou o tanto que ela tem que mamar, eu ajudo o pai dela a fazer as coisas dele. **Euríbia***

Ao terminar a entrevista, Euríbia está com a filha dormindo no colo. Ela levanta e leva a menina para o quarto. Ao retornar, percebo que Euríbia está com uma expressão de cansaço na face, pois seus olhos estão fundos. Pergunto a ela se poderia retornar outro dia para continuar a observação e ela responde de forma afirmativa.

Ao retornar à casa de Euríbia, dois meses depois, ela me recebeu no portão e entramos. Primeiramente, Euríbia me levou para ver a filha que estava dormindo na cama do casal. Agora, a menina tem cinco meses e dez dias. Em seguida, sentamos na mesma sala, o sofá de vime fora substituído por um carrinho de bebê. Euríbia senta em um banquinho de madeira e eu sento numa das cadeiras da mesa de jantar. Euríbia disse que a filha tem chorado muito e que está se sentindo muito cansada. A casa de Euríbia estava desorganizada, havia sapatos espalhados pela casa, a vassoura estava encostada na parede do canto da sala, pedaços de papel no chão do quarto.

Euríbia disse que está muito cansada, que a filha tem chorado muito e ela resolveu dar mamadeira. Ela conclui que a mamadeira não diminuiu o choro da filha. Euríbia relata que associou o choro da menina ao leite insuficiente, mas como a introdução da mamadeira não resolveu o problema, ela diz que suspeita que a filha esteja sentindo dor.

(Diário de campo, p. 24, 05/04/2010)

Euríbia diz que está preocupada com a filha, pois seu menino de três anos que mora com a mãe dela, sempre foi tranquilo e nunca deu trabalho. Para Euríbia, a menina é muito chorona.

Ao falar sobre a participação do companheiro nos cuidados da filha, Euríbia relata que ele trabalha muito e, por isso, ela tenta cuidar da menina sozinha para ele não ter mais esse trabalho.

Euríbia expressa o desejo de trabalhar fora de casa e diz que está pensando em colocar a filha numa creche em breve para procurar um emprego.

Durante essa observação, que durou aproximadamente duas horas e meia, a menina permaneceu dormindo na cama do casal. A televisão do quarto esteve ligada durante todo o tempo e o único contato feito pela mãe com a filha foi no momento em que cheguei e ela me levou para vê-la. Encerro a observação.

A partir da observação e da análise dos enunciados de Euríbia, foi possível identificar contradições e apreender que a prática da amamentação estava sendo vivenciada por ela de forma conflituosa.

O leite materno é considerado por ela como um alimento que foi importante, pois contribuiu para a alta hospitalar da filha, para seu crescimento e desenvolvimento. O valor atribuído ao leite materno pode ter sido um fator da continuidade da amamentação, mas não foi suficiente para superar a crença no leite fraco.

Ela não confirmou estar confiante nas propriedades do leite materno e em sua capacidade de amamentar, ao afirmar que a filha mama com frequência e parece não ficar satisfeita após a mamada. O comportamento da filha, principalmente o choro, foi apontado como fator disparador para o oferecimento de fórmula. Almeida e Novak (2005) apontam que os aspectos culturais influenciam a prática do aleitamento materno, especificamente no que se refere às crenças como o leite fraco.

Uma facilidade da amamentação apontada pelo enunciado de Euríbia é que, ao amamentar, ela poupa o marido de dispender seu tempo alimentando a filha. Além dos cuidados com a filha, as atividades de cuidado da casa também são realizadas por Euríbia que ainda diz ajudar o marido nos trabalhos que ele leva para casa. Assumir todas essas atividades pode ter contribuído para o cansaço apontado por Euríbia e para a introdução da fórmula. Embora, nos últimos anos, a mulher tenha conquistado mais espaço na sociedade, ainda podem ser encontrados resquícios da cultura patriarcal onde ela assume o papel de cuidadora do lar e dos filhos e sendo submissa ao marido (BORIS; CESÍDIO, 2007). Não foi possível identificar situações durante as observações e no discurso de Euríbia que apontassem o marido como rede de apoio favorável ao aleitamento da filha.

A equipe de saúde foi mencionada por Euríbia apenas quando relatou a crise de bronquite sofrida pela filha. O acompanhamento da menina pelos profissionais de saúde não aparece como referência quanto aos cuidados no domicílio e para a continuidade da amamentação.

“A gente se sente mãe com a amamentação”

Para chegar à casa de Afrodite foi necessário descer uma ladeira sem pavimentação. Descendo a ladeira, do lado direito, avisto uma casa sem muro, de tijolo e sem reboco. Sigo em direção à casa, a única porta está enferrujada e entreaberta. Afrodite aparece com a filha no colo e a mãe dela com uma criança nos

braços. A criança era a irmã caçula de Afrodite, de dois anos de idade. Entro na casa com elas. Passamos por um cômodo que contem apenas uma geladeira e entramos na sala. Na sala, há dois sofás de dois lugares e uma estante com uma TV que está ligada. Sento em um dos sofás e, no outro, sentam Afrodite com a filha no colo, sua mãe e a menininha. Nesse momento, o calor é grande, o dia está muito quente, a casa de Afrodite não possui laje e é coberta por telha de amianto. Não há acabamento no chão nem nas paredes internas. A casa está limpa e organizada.

A menininha levanta a blusa da mãe de Afrodite e começa a mamar. A mãe de Afrodite diz que ela é sua caçula e que amamentou todos os seis filhos pelo tempo que eles quiseram. Ela diz que o leite materno é muito importante para a criança e que está satisfeita com o crescimento da neta; acredita que o fato de Afrodite estar oferecendo apenas o leite materno está contribuindo para isso.

Afrodite tem 15 anos, é solteira e cursava o ensino fundamental, mas optou por parar os estudos por um ano para cuidar da filha. Reside com a mãe e os irmãos. A principal provedora da família é a mãe dela, que trabalha como diarista e tem uma renda média de um salário mínimo e meio. Afrodite ajuda a mãe nas tarefas do lar enquanto os irmãos ficam em tempo integral na escola. No dia da observação, a mãe de Afrodite estava de folga. Afrodite está sendo mãe pela primeira vez. Conta que estava ficando na casa da mãe do namorado depois que a filha saiu do hospital, mas optou por voltar para casa. Diz que o namorado vem visitar a filha quase todos os dias.

A menina nasceu com 1160g e 30 semanas de idade gestacional. Permaneceu internada por um mês e vinte dias e recebeu alta há um mês e sete dias. Atualmente, tem dois meses e vinte sete dias de vida. Afrodite começou a amamentar a filha na UCI e mantém o aleitamento exclusivo no domicílio. Relata ter acompanhado a filha integralmente durante a internação.

Afrodite está com a filha dormindo em seu colo e estamos conversando há vinte minutos. Ela fala sobre a saúde da menina, diz que já levou para tomar as vacinas e consultar no Centro de Saúde. Nesse momento, a menina resmunga e a mãe oferece o peito. Enquanto amamenta, Afrodite diz que as pessoas acham estranho ela estar oferecendo somente o peito para uma criança tão pequena.

A mãe de Afrodite oferece água. Enquanto bebo a água em um caneco de alumínio, leio com elas o termo de consentimento e inicio a entrevista com Afrodite. Logo em seguida, a mãe de Afrodite sai da sala. Durante a entrevista, Afrodite está amamentando e responde às perguntas dividindo o olhar entre a filha e eu. Acaricia a mão da filha enquanto amamenta.

Quando fala da internação da filha, Afrodite expressa ter sido um período importante para aproximação entre elas. Reconhece que sua permanência favoreceu o desenvolvimento da filha e sua saída mais rápida do hospital.

*... acompanhar mais de perto, vendo o desenvolvimento deles, acho que isso foi melhor tanto pra gente quanto pros nenéns, porque é bom pro neném ficar perto da mãe. Eu acho que isso também ajudou no desenvolvimento dela pra saída dela mais rápida do hospital. **Afrodite***

Esse enunciado de Afrodite, permite considerar que sua permanência no hospital possibilitou tranquilidade ao se ver como responsável pelo cuidado da filha prematura no domicílio.

*Por ser um bebê prematuro, é melhor, porque eu ficava assustada, gente, como é que eu vou cuidar de uma criança dessas quando eu estiver em casa. Pra mim isso parecia um bicho de sete cabeças. Mas a verdade até que não é. As pessoas tranquilizam um pouco, muitas vezes a gente tinha reunião lá e falava que isso não é doença, é só um cuidado especial a mais que a gente tem que ter. Porque uma criança prematura não é uma criança doente [...] Está reagindo bem demais. Às vezes, a gente até esquece que nasceu prematura, me surpreendo às vezes com ela. **Afrodite***

Ao relatar sobre a amamentação no domicílio, Afrodite diz a que as orientações recebidas no hospital favoreceram a continuidade da amamentação e que se sentiu

apoiada pela equipe. Ela ressalta que, apesar de ter ajudado a cuidar dos irmãos, percebe a prática da amamentação de forma diferente e sente que favorece a relação entre mãe e filha.

*É pela orientação lá do hospital [...] muitas coisas eu aprendi lá no hospital, que as pessoas lá me ajudaram, me orientaram no jeito de tomar banho, o jeito de pegar nela, o jeito de dar mamar direitinho, porque, por mais que cuidava de irmãos não era o meu filho, eu não tinha que amamentar, muitas coisas eu não fazia, agora como é minha filha tem coisas que só mãe pode fazer. Aí foi mais fácil, porque eu tive orientação de muitas pessoas pra me ajudar. **Afrodite***

Ela aponta o ambiente domiciliar como favorecedor da amamentação por se sentir mais tranquila do que no hospital. Ela relaciona o cuidado materno com a amamentação. Afrodite diz que está se sentindo bem por poder oferecer cuidados à filha.

*Bem melhor porque eu já não fico tão tensa assim com aquele ambiente de hospital. Fico mais, mais tranquila, como bastante comida forte para dar bastante leite pra ela, e tá ótimo. Tá muito bom. Experiência de dar mamá pro neném pra toda mãe é bom. Pra toda mãe que quer cuidar, é importante. **Afrodite***

Afrodite diz que as orientações recebidas de sua mãe e da mãe de seu namorado são facilitadoras para o cuidado da filha no domicílio. Além disso, a mãe de Afrodite ainda amamenta a filha caçula de dois anos e Afrodite convive com essa realidade.

*Está sendo bom aqui demais porque eu tenho orientação da minha mãe, às vezes tem orientação da sogra... **Afrodite***

Afrodite expressa vivenciar a amamentação com prazer e tranquilidade. Fala sobre seu desejo de amamentar a filha. Considera o ato amamentação uma expressão de afeto.

*Tem a tranquilidade e eu gosto, é prazeroso poder dar, estar amamentando ela, eu sempre quis experimentar. Lá eu já ficava assim: nossa, que dia que eu vou dar mama a ela? Que dia que eu vou poder dar mama pra minha filha? E aqui é bom demais poder ter esta experiência. **Afrodite***

*Eu acho isso muito bonito, uma relação de afeto, de mãe para filha. Ela tá mamando bem. **Afrodite***

Afrodite expressa que a amamentação é uma possibilidade de vivenciar a maternidade. A ideia de amor e amamentação é compartilhada pela rede social de Afrodite e ela relaciona a nutrição como uma forma de estar comprometida com o cuidado da filha.

*A gente se sente mãe com a amamentação, porque tudo faz parte. É dar banho, é trocar fralda, é levar no hospital, é uma dorzinha de barriga aqui, uma febrezinha ali, tudo isso faz parte. Porque eu acho que, se não tivesse a amamentação, se não tivesse, uma coisinha que faltasse, já não ia ser a mesma coisa. **Afrodite***

*Meu sogro sempre falou que a mãe que ama um filho amamenta. Ele fala que a mãe que amamenta o filho é a mãe que ama de verdade. Mas isso realmente é verdade, porque em momento nenhum eu vou deixar de dar uma alimentação pra minha filha, que é o leite. Em momento nenhum eu vou deixar de dar pra ela, então quer dizer que eu me importo, eu preocupo com ela. **Afrodite***

Para Afrodite, conciliar as atividades do lar e a amamentação é um desafio enfrentado por todas as mães. Ela relata que dedica seu tempo para cuidar da filha.

*Eu não encontrei dificuldade nenhuma, porque ela já saiu de lá amamentando, já amamentava bem, o tanto que devia mamar pra desenvolver. Até que pela correria, tempo de fazer as coisas, mas isso é uma coisa normal, que toda mãe passa por isso. Ficar sem dormir, ter que estar fazendo alguma coisa, ter que parar para amamentar, isso pra mim é uma coisa normal, que toda mãe passa, isso pra mim não é dificuldade. Não se torna uma dificuldade. **Afrodite***

*Não tem nada que me ocupe. Realmente que me impeça de estar ali, cuidando dela, meu tempo é realmente só pra ela. **Afrodite***

Após a entrevista, a mãe de Afrodite entra na sala e continuamos ali, conversando. Afrodite ainda permanece com a filha em seu colo. Ela põe a menina em pé, para arrotar. A menina está sonolenta. Nesse momento, encerro a observação. São quase cinco horas da tarde, subo a ladeira, o sol ainda está quente.

Durante toda a observação, Afrodite ficou com a filha no colo e ofereceu o peito por várias vezes, em intervalos curtos de tempo.

(Diário de campo, p. 13, 05/02/2010)

Durante a observação, Afrodite expressou o desejo em ser mãe e poder cuidar da filha. A partir de seu enunciado, foi possível verificar que a amamentação para ela, além de ser parte integrante dos cuidados necessários à criança, é também uma forma de vivenciar a maternidade.

Afrodite relata receber apoio de sua mãe e dos pais do namorado para amamentar e reconhece que esse apoio e o aprendizado possibilitado pela permanência no hospital acompanhando a internação da filha são importantes para sua experiência como mãe. Segundo Tronco *et al.* (2010), o cuidado domiciliar de recém-nascidos prematuros acontece com mais intensidade no interior das relações familiares do que nas relações entre profissionais e mães. Nesse sentido, as autoras discutem a necessidade de reconhecimento, pela equipe, da singularidade de cada família no processo de cuidar e conseqüentemente da importância da inclusão das mães e familiares no cuidado ao recém-nascido prematuro durante a internação.

Ferecini *et al.* (2009) reconhecem a necessidade de orientação, pela equipe de saúde, a mães e familiares de recém-nascidos prematuros internados a fim de se promover a participação da família nos cuidados antes e após a alta para o domicílio, atendendo as especificidades do prematuro.

Os enunciados permitem reconhecer que Afrodite vivencia o cuidado da filha e a amamentação como uma experiência prazerosa e permeada por afeto.

O desejo de amamentar, o apoio recebido da equipe durante a internação, o apoio da família e a convivência com a mãe que amamentou os filhos e ainda amamenta a filha caçula, podem ter contribuído para a decisão de Afrodite manter o aleitamento exclusivo no domicílio.

“Essa situação é muito difícil por causa dos meninos”

Estou procurando a casa de Tália, porém o endereço que ela forneceu não corresponde aos dados. Procuo o Centro de Saúde do bairro e a enfermeira disponibiliza um ACS para me acompanhar. Tália reside dentro de uma vila. Enquanto caminhamos para chegar à casa dela, conversamos, eu e o ACS, sobre o PSF e a comunidade local. Durante o percurso, o ACS foi abordado algumas vezes por moradores em busca de informações.

Ao chegarmos à porta da casa de Tália, havia dois garotos brincando na rua e um deles disse que era filho dela. Entrou por um portão vermelho e voltou acompanhado pela mãe. Entrei com ela e o ACS. Ele disse que iria fazer algumas visitas e que nos encontraríamos ali mesmo para irmos embora juntos.

A casa de Tália tem três andares. O primeiro andar é composto por três cômodos com pouca iluminação e ventilação, com piso sem acabamento e paredes rebocadas sem pintura. O cômodo de entrada possui um tanque de alvenaria que estava cheio de vasilhas, pratos e copos para serem lavados e um tanquinho de lavar roupas. Ao passar por esse cômodo, dividido por meia parede, entramos na cozinha que tem um fogão com panelas destampadas com restos de comida. Ao lado do fogão, há uma mesa de madeira que está com uma garrafa térmica e copos com restos de café. Ao lado da mesa, encostada na parede, há uma estreita escada de alvenaria que nos leva ao segundo andar da casa. Ao chegar ao segundo andar, avisto outra escada logo a minha frente e, de meu lado direito vejo dois cômodos que parecem ser os quartos da casa. Entramos em um dos quartos, o quarto de Tália, onde o bebê estava deitado com a cabeceira reta, na cama de casal. Havia no quarto um guarda-roupa e uma mesa com uma TV que estava ligada. Sentamos na cama de Tália. Os outros dois filhos de Tália sobem as escadas correndo e um deles está tomando refrigerante no bico de uma garrafa de dois litros. O outro menino está com um skate na mão. Tália diz que a vila está sem água desde cedo e que essa situação é muito difícil por causa dos meninos.

Tália tem 21 anos, possui o ensino fundamental incompleto e não trabalha fora do lar. Mora com o companheiro e os três filhos do casal, relata que o companheiro é o provedor principal e tem renda de um salário mínimo.

Os filhos de Tália têm sete e quatro anos. O mais novo nasceu com 1050g e 33 semanas de idade gestacional, permaneceu vinte e sete dias internado e está em casa há dois meses. Está com dois meses e vinte e sete dias de vida. Ela conta que permaneceu em tempo parcial no hospital com ele, pois precisava cuidar dos outros dois que estavam em casa. Durante a observação, Tália relatou que amamentou os outros dois filhos por mais de dois anos. Na situação atual, ainda amamenta o caçula, porém de forma mista. Relata que introduziu a fórmula duas semanas após a saída do hospital.

Sobre a saúde do menino, Tália relata que, após a ida para o domicílio, precisou levar o filho à UPA devido a uma crise de bronquite. Ela não menciona o acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família; apenas conta que as vacinas estão em dia.

Tália diz que sua mãe mora lá perto e que, às vezes, ela manda os filhos maiores para a casa dela para ter mais tempo livre para cuidar do filho menor.

Durante o tempo que permaneci fazendo a observação na casa de Tália, percebi que os meninos transitavam livremente entre a casa e a rua.

Leio com Tália o termo de consentimento livre e esclarecido e iniciamos a entrevista. Durante a entrevista, o menino choraminga e ela oferece o peito. Ela aceita continuar a entrevista amamentando.

Ao pegar o peito, o menino tem dificuldade para abocanhar o mamilo e, após algumas tentativas, consegue sugar. Ele mama aproximadamente quinze minutos e

dorme. Enquanto mama, o menino mantém os olhos fechados e a mãe não toca nem olha para ele. Quando para de mamar, Tália tira um travesseiro do guarda-roupa e coloca o menino na cama apoiado lateralmente nesse travesseiro.

Ao responder à entrevista, Tália mantém contato visual comigo. Durante a entrevista, um dos filhos entra no quarto e ela diz para o menino ir para a casa da avó e deixar o irmão dormir.

Enquanto fala da internação do filho, Tália diz que a experiência de amamentá-lo foi diferente por causa da prematuridade e que inicialmente houve dificuldade na pega ao seio.

*Foi uma experiência nova porque ele foi muito pequeno pra poder acertar o peito, pra pegar era difícil por causa do tamanho, porque a boca era muito pequenininha e o peito inchado, grande, mas foi muito bom. Eu achava que eu nunca ia poder amamentar ele, achava que ia ficar naquela de sonda, copinho, mas, graças a Deus, ele foi mais forte, aí rapidinho ele pegou o peito, aí foi rápido. **Tália***

Ela expressa que o ambiente domiciliar é mais confortável para amamentar, pois não há interferência de outras pessoas e sentiu maior liberdade.

*Na casa da gente tudo é diferente, conforto é mais, pode ser uma casa não com muito conforto, mas a gente fica mais confortável. É mais fácil, vai na cama, pega, quando quer mamar mama, não tem muita gente falando na cabeça, é bem diferente. Tem os irmãos que pertuba, que beija ele toda hora. Agora, fora isso, em casa pra mim foi muito melhor. A gente tem mais liberdade. **Tália***

Tália considera que o fato de já ter amamentado os outros dois filhos e filhos de vizinhos foi um fator facilitador da amamentação. Relata que as dificuldades com o aleitamento aconteceram na fase inicial da amamentação no hospital, porém recebeu orientações da equipe.

*Porque, quando ele ganhou alta, ele já tava mais grandinho pra mim foi mais fácil porque experiência eu já tinha. Agora, fora isso, dificuldade mesmo foi no hospital, mas depois as amigas da família lá ajudou, explicou também, tinha as reunião também, que explicava. **Tália***

*Foi uma experiência boa por ser prematuro e por eu gostar de amamentar. Agora, fora isso, pra mim não foi muito diferente porque o meu mais velho já vai fazer sete anos e ele mamou até três anos de idade. Eu com um barrigão do meu do meio e ele no peito. Pra mim, amamentar, já amamentei não só meu como dos outros também. Tinha um da vizinha que só mamava em mim, nela não aí pra mim não foi muito diferente. **Tália***

Apesar de relatar que a amamentação é uma experiência boa e que gosta de amamentar, Tália não manteve o aleitamento exclusivo e aponta ter adotado a mamadeira como uma forma de oferecer a alimentação, além de ter oferecido chupeta após a ida para o domicílio. Relata que o comportamento do filho é um fator que determina a forma como irá alimentá-lo, se por peito ou mamadeira.

*Em casa eu tô seguindo o mesmo ritmo que era no hospital, a dieta de três em três horas. Só que, agora, é na mamadeira e uma quantidade a mais. E o peito, toda hora que ele quer. Ele acaba de tomar a dieta, mas assim que eu tiro a mamadeira da boca dele, ele quer o peito. Aí toma um tiquinho de peito e dorme. Mas fora isso, eu continuo seguindo o ritmo. **Tália***

*Eu comprei um bico; só que, depois que ele cresceu mais, ele não quis bico de jeito nenhum; faz até ânsia de vômito aí eu fui e tirei. Não quis de jeito nenhum [...] Tem hora que ele tem dificuldade pra mamar, parece que o bico do peito some. E tem também quando ele quer peito, ele quer peito, quando ele quer mamadeira ele não pega peito. Posso fazer de tudo que ele não pega peito, ele quer mamadeira. Mas quando ele não quer mamadeira também, pode fazer de tudo que ele não pega. **Tália***

Sentadas conversando, Tália me diz que não está tendo dificuldades para cuidar do filho porque já é seu terceiro filho e, apesar de ser o primeiro prematuro, ela o trata da mesma forma como tratava os outros.

*Já tenho o costume com menino, eu tento não diferenciar ele dos outros, diferença tem, mas eu tento não diferenciar, eu tento manter igualdade como se ele não fosse prematuro. Aí, convivendo assim, pra mim, eu acho mais fácil. Deixo chorar na cama, tem hora que eu fico com dó, aí pego. Fora isso, pra mim é uma maravilha, só não quero mais. **Tália***

Os enunciados permitem reconhecer que Tália enfatiza não estar cuidando do filho de forma diferente dos outros dois pelo fato dele ser prematuro. Entretanto, ao falar sobre a amamentação, ela aponta diferenças em sua experiência para amamentar o

terceiro filho por ter nascido prematuro e considerar que era pequeno para abocanhar o peito.

Essa dificuldade inicial da amamentação apresentada por Tália quanto à dificuldade de abocanhar e manter a pega é comum entre os recém-nascidos prematuros. Existem protocolos estruturados, conforme o estudo de Fujinaga *et al.* (2007), que avaliam a prontidão dos prematuros para a amamentação e as reações esperadas de acordo com a idade gestacional. É necessário que as mães sejam orientadas quanto ao comportamento da criança que é esperado pela equipe para que possam participar e contribuir de forma positiva no processo de amamentação de seus filhos.

Outra dificuldade apresentada por Tália foi acompanhar o filho internado em tempo integral por se sentir dividida e ter que deixar os outros dois filhos no domicílio. Essa situação evidencia a mudança no cotidiano dessa mulher e de sua família. Nesse sentido, Moraes e Costa (2009) referem que o processo de internação de uma criança gera perdas, não apenas para a criança internada. Provoca mudanças na rotina da família e principalmente da mãe. As autoras acrescentam a necessidade de a equipe de saúde oferecer uma assistência mais ampla, buscando atender às necessidades da criança e de sua família.

Apesar de relatar gostar de amamentar, ter uma história positiva de amamentação dos outros filhos, Tália não o faz de forma exclusiva; introduziu o leite de vaca e a chupeta. Em seu enunciado, não utiliza argumentos comuns de dificuldades na amamentação como o pouco leite ou leite fraco, mas aponta uma dificuldade com seu peito ao dizer que “o bico some”. O comportamento do filho em relação à amamentação identificado por Tália foi outro argumento utilizado por ela para apontar as dificuldades com o aleitamento materno. Segundo Silva (1997), as mulheres podem justificar o desmame a partir de suas próprias interpretações quanto ao comportamento dos filhos ao se alimentarem.

Durante a observação, foi possível verificar que existia uma desordem na casa de Tália e que o cuidado da casa e das crianças, naquele dia, poderia estar comprometido devido às condições sanitárias. Observei, ao sair, um penico com fezes de criança na cozinha da casa. As condições materiais de Tália e sua família podem estar relacionadas a sua decisão pelo aleitamento misto. Ao tratar da saúde como um direito, Nogueira e Pires (2004) revelam que os direitos sociais devem acontecer na vida concreta, cotidiana e não apenas no campo teórico. Os autores advogam que essa condição não pode ser alcançada se não forem considerados os modos de produção e reprodução social, para que seja garantida a autonomia social nas relações.

“Eu prefiro ter essa dedicação, porque é um direito dela e a gente sabe que é o melhor pra ela”

A estrada que nos leva à casa de Astrea é montanhosa. O sábado está ensolarado e muito agradável. Chego à casa dela às 14 horas, em cima do horário combinado. Ela estava fechando o portão de grades da casa quando me viu. Entramos juntas. A casa de Astrea é construída no fundo do lote, abaixo do nível da rua. O quintal, em declive, é gramado e bem cuidado. Em frente à porta de entrada, há um varal cheio de roupas. Entramos pela porta da sala. Ali, há dois sofás, uma mesa de centro com enfeites, uma estante onde fica a TV e um aparelho de som. O piso é de cerâmica branca, coberto por um tapete de crochê. As paredes também são claras. O marido de Astrea entra na sala com a filha no colo e diz que irá à casa da mãe dele para buscá-la para almoçar.

Astrea pega a filha no colo e senta no sofá. O marido pede licença e sai. Em seguida, vamos para a cozinha para Astrea terminar o almoço. Estou com a menina no colo.

Astrea tem 36 anos, reside com o marido e um irmão mais novo dela, tem ensino médio completo e está de licença maternidade. Conta que o irmão é noivo e em

breve irá se casar e morar na casa que está construindo. Relata que o marido trabalha em outra cidade e só vem para casa nos finais de semana e que, quando está em casa, ajuda nas tarefas domésticas.

A menina nasceu com 1410g e 33 semanas de idade gestacional e ficou internada por vinte e dois dias. Astrea está no domicílio há dois meses e nove dias. Sua filha está com três meses de vida. Astrea relata ter acompanhado integralmente a internação da menina e que, nos finais de semana, o marido também ia ao hospital para visitá-las.

Enquanto prepara panquecas, Astrea fala sobre sua percepção de uma boa alimentação para a produção de leite. Diz que, desde que começou a tomar a farinha enriquecida da Pastoral da Criança, seu leite aumentou muito.

Astrea termina de preparar o almoço e voltamos para a sala. Ela entra no quarto e pega o álbum de fotos que está fazendo para a filha, desde que ela nasceu. A menina chora e Astrea oferece o peito.

Ao amamentar, Astrea acaricia e faz contato visual com a filha. A menina suga com uma pega correta e parece estar confortável, aconchegada no colo da mãe. Ela mama por dez minutos e dorme. Astrea tira a menina do peito e coloca-a para arrotar. Diz que espera quarenta minutos para por a menina no berço, pois tem medo que ela aspire. Conta que, quando o marido está em casa, essa tarefa é dele.

Leio o termo de consentimento com Astrea e iniciamos a entrevista. Enquanto responde às perguntas, Astrea olha para mim e gesticula ao falar. Durante a entrevista, a sogra de Astrea chega e pega a neta do colo da mãe. Continuamos a entrevista e a sogra participa da conversa.

Astrea fala sobre a amamentação durante a internação como uma experiência boa, que recebeu as orientações necessárias para amamentar mas que, no início, se sentiu preocupada com o comportamento da filha.

*A primeira vez que eu amamentei, ela tava na UTI. Nossa, foi muito bom. Achei que ela não ia sugar de imediato, sugou de imediato e já foi programando pra eu ir nas horas, eu tinha maior entusiasmo, acordava cedo pra ir. **Astrea***

*Foi tranquilo e me orientaram a posição de segurar, essas coisas. Eu não lembro o nome, mas teve uma moça que foi lá, conversou comigo, olhou se eu tava amamentando direitinho, aí, amamentei. **Astrea***

*Lá na casa do PID também foi tranquilo, tinha horário, me acordava no horário e eu estava acordando ela, porque ela não estava acordando ainda, então tinha que estar estimulando pra poder amamentar. **Astrea***

*Começou pouquinho e ela mamava cinco minutos, fiquei até preocupada. Dormia, dormia, aí falei pra enfermeira e ela falou que enquanto ela estivesse dormindo e não estivesse chorando é porque ela não estava com fome e meu leite estava sendo suficiente pra ela. Eu achei interessante assim porque eu esperei o tempo dela. Aí, eu não preocupei de complemento nenhum, fui dando o tempo dela e ela foi só evoluindo. Aí, daí a pouco já acordava sozinha pra mamar nos horários e foi assim que foi a evolução da amamentação. Ah, não que dar só o peito por questão de ser saudável, fiquei com medo de dar o complemento e ela abandonar o peito, aí foi só no peito. **Astrea***

Astrea reconhece que o leite materno é um alimento saudável para a criança e a amamentação é uma forma de aproximação entre mãe e filho.

*Eu acho que a amamentação, além de ser importante, é um carinho infinito, que é o contato da mãe com a criança. É muito bom você estar amamentando. Eu acho que é bom pra gente e pra ela porque a primeira pessoa que ela reconhece é a gente, eu acho que a criança vai reconhecer primeiro a mãe, é a gente mesmo e o contato é muito bom e o fato de você ver que é bom pra ela, por ser saudável, então... **Astrea***

Ao relatar sobre a amamentação no domicílio, Astrea aponta ser importante a dedicação da mãe ao filho ainda que sinta que está restringindo sua liberdade.

Mas eu prefiro ter essa dedicação, porque é um direito dela e a gente sabe que é o melhor pra ela então, quem é isso, a mãe pra tirar, a gente quer sempre o

*melhor... E até hoje, nenhum resfriado, nada. Porque eu acho que o leite materno, nó! Não sofreu nada ainda, não teve nada, a não ser umas dorzinhas de barriga, só. E tá engordando de acordo, a médica falou que ela está bem, o peso está bom, então é só o leite mesmo. **Astrea***

*Em casa é, assim, por conta, enquanto a gente puder assim, não trabalha... A gente fica muito restrito, porque fica vivendo pro filho. E eu vou acompanhando o horário dela porque esse negócio de dar mama de três em três horas não combina porque tem horas que ela mama vinte minutos, tem hora que ela mama só dez! Aí eu espero a hora que ela quer. Então tem dia que ela mama mais, horários mais, em intervalos menores. Vou esperando, assim, no tempo dela. **Astrea***

Astrea enfatiza a dificuldade encontrada por ela pela necessidade de priorizar o filho em detrimento de seus interesses para a continuidade do aleitamento no domicílio.

*É cansativo por fato de você ter que abandonar um pouco você porque você fica... Você combina uma coisa num horário e você... Não dá porque menino tá querendo mamar; aí, você vai amamentar, tem esse intervalo, não é só dar o peito, você tem que ficar com ela um tempo em pé, espero arrotar, aí fico esperando... **Astrea***

*[...] em questão de prejudicar a gente, eu acho que não prejudica, apesar de que a gente deixa de comer muitas coisas, produto químico não pode usar, mas isso aí a gente abre mão porque, lógico, amamentar que é o primeiro plano, se você decidiu ter o filho, tem que ter a dedicação pra ele. **Astrea***

*Acho que é fundamental e a minha mãe fica falando que tem que dar peito, porque às vezes, a gente fica impaciente, tem que ter perseverança [...] porque às vezes você está fazendo uma coisa, menino chora, você fala: “não pode esperar? **Astrea***

Para Astrea, a quantidade de leite produzida por ela é um fator que a deixa insegura. Isso pode influenciar negativamente na amamentação.

*Eu tenho medo do leite acabar. Porque eu não tenho aquele leite... Que tem gente que vaza... **Astrea***

O retorno ao trabalho também foi apontado por Astrea como um fator dificultador da continuidade da amamentação exclusiva, porém ela tem uma história familiar

positiva de amamentação e relata que pretende continuar amamentando mesmo após o retorno ao trabalho.

*E ela (a médica) falou que assim que eu começar a trabalhar vai alternar com NAN ou mucilon. Já fico preocupada porque o intestino desregulariza totalmente quando começa a usar esses, mas vai ter que usar, em maio já vai começar, aí vai ficar só o peito mesmo quatro meses [...] vou começar a trabalhar, não tem jeito, mesmo que lá seja flexível que eu possa vir em casa amamentar, mas não é a mesma coisa de você estar disponível igual a gente fica em casa. A noite, a gente pode amamentar normal, mas durante o dia já tem esse empecilho. **Astrea***

*À noite, eu pretendo continuar porque somos cinco irmãos na minha casa, nós todos amamentamos, minha mãe amamentou a gente até quando quis, um ano, um ano e pouquinho e a gente vê mesmo que a saúde é ótima. **Astrea***

Para Astrea, a mulher precisa ter o desejo de amamentar e ser orientada sobre a importância do leite para a criança. Além disso, ela precisa estar disponível para a criança.

*Primeiro, a disponibilidade que a gente tem, a disponibilidade mesmo, e a mãe tem que ser orientada pra isso se é o melhor para o filho. A gente tem que ter essa vontade que a gente tem de amamentar. Que a gente sabendo que está fazendo o melhor, a gente chega em casa, tem um tempo pra ela. **Astrea***

Após, aproximadamente, quinze minutos do término da entrevista, o marido de Astrea retorna à casa acompanhado por uma moça que ele apresenta como sua irmã. O irmão de Astrea também chega e vamos para a cozinha. Enquanto lanchamos, Astrea fala sobre a assistência que recebeu no pré-natal, sobre a dificuldade em encontrar médicos em quem a família confiasse. Conta que se sentiram muito inseguros durante a gestação quanto à assistência recebida dos serviços de saúde do município. Termina a observação.

A amamentação foi apontada, no discurso de Astrea, como uma prática que favorece o contato entre mãe e filha sendo importante para ambas. Quando a relação de afeto, proporcionada pela amamentação, é reconhecida pela mulher como algo satisfatório, ela pode ser um fator que contribui para a continuidade da amamentação.

O enunciado permite inferir que, durante a internação, Astrea encontrou-se motivada para amamentar a filha e recebeu orientações dos profissionais de saúde.

A partir do discurso de Astrea, foi possível apreender que seus entendimentos sobre a dedicação necessária aos cuidados e à amamentação da filha vêm ao encontro do entendimento de suas atribuições como mãe. Ao falar sobre o aleitamento como um direito da criança, Astrea está apontando que sua opção por amamentar a filha se deu a partir dessa perspectiva atribuindo valor ao leite materno e à saúde da filha.

A dedicação expressa por Astrea representa a restrição vivida por ela quanto a suas necessidades como ter que mudar sua alimentação, ter que evitar o uso de produtos químicos no cabelo e da falta de liberdade para programar suas atividades. Nesse sentido, podemos inferir que Astrea, apesar de estar se sentindo prejudicada pelo tempo de dedicação à amamentação da filha, optou por continuar amamentando exclusivamente, por avaliar que o aleitamento materno é mais importante no momento.

Silva (1997), ao discutir a amamentação como um processo no qual a mulher, ao decidir amamentar ou desmamar, o faz mediante sua representação simbólica em assumir riscos ou garantir benefícios para a criança e para si própria.

Na história de Astrea, a necessidade de retorno ao trabalho fora do lar também é apontada como uma dificuldade para a manutenção do aleitamento exclusivo. No entanto, ela está esperando encontrar, nas mamadas noturnas e na flexibilidade de horário no trabalho, a possibilidade de continuar amamentando mesmo que não seja de forma exclusiva. Ao considerar o trabalho feminino fora do lar como um fator dificultador da manutenção do aleitamento materno exclusivo, Osis *et al.* (2004) enfatizam a importância de creches nos locais de trabalho para que as mães tenham mais condições de manter a amamentação exclusiva.

Os enunciados permitem verificar que Astrea conta com uma rede social favorável à prática do aleitamento materno. Ela e os irmãos foram amamentados pela mãe e a sogra lhe trouxe alimentos e bebidas que, culturalmente, auxiliam na produção de leite. O marido dela, apesar de trabalhar em outro município, está presente nos finais de semana e contribui nas atividades domésticas e no cuidado da filha. Essa relação de apoio do companheiro também pode ser apontada como um fator favorecedor da amamentação.

“O início foi a fase mais difícil e dolorosa e a mais necessária pra ele”

O trânsito está tumultuado, muito barulho nessa tarde de segunda-feira. Chego à casa de Íris e encontro três adolescentes conversando na calçada. Pergunto se elas conhecem Íris e uma delas diz que ela mora no fundo do lote. Ela me leva até a porta da casa de Íris. Na entrada, há uma varanda com um sofá, onde Íris aparece para me receber. Entro pela sala da casa, onde estão conversando duas senhoras que Íris me apresenta como sua mãe e sua avó. Íris me convida para ver o filho dormindo no berço, ao lado da cama do casal.

Íris conta que está morando com o marido na casa dos pais dela enquanto terminam a reforma de sua casa. Nessa casa, além dos três, moram os pais de Íris e sua avó materna. Íris não trabalha fora, apenas o marido e seu pai. Íris tem 21 anos, terminou o ensino fundamental e é mãe pela primeira vez. Está na casa da família há quase três meses, desde que seu filho recebeu alta hospitalar.

O menino nasceu com 1240g e 32 semanas de idade gestacional. Permaneceu internado por um mês e oito dias no hospital. Está no domicílio há três meses e dezoito dias e terá cinco meses de idade dentro de dois dias. Íris conta que acompanhou o filho em tempo integral durante a internação e que ele começou a ser amamentado na UCI. Atualmente, o menino não amamenta mais; é alimentado com leite de vaca e papinha.

Enquanto conversamos no quarto de Íris, o menino dorme no berço. Ela diz que seu leite secou, mas que amamentou de forma exclusiva por três meses. Conta que o filho mudou o comportamento e estava chorando muito. Então ela decidiu levá-lo ao pediatra no Centro de Saúde. A médica orientou-a quanto ao uso de fórmula, pois o ganho de peso do menino estava abaixo do esperado. Íris diz que, na mesma época, ela recebeu o diagnóstico de depressão. Está fazendo tratamento com medicamento antidepressivo (fluoxetina) e, desde então, seu leite diminuiu.

Leio o termo de consentimento com Íris e ela levanta para fechar a porta do quarto para responder às perguntas da entrevista. Durante a entrevista, o ambiente está tranquilo e silencioso. Íris conversa olhando para mim, enquanto o filho continua dormindo.

Ao falar sobre o tempo que permaneceu acompanhando a internação do filho, Íris expressa sentimento de ansiedade e medo como pode ser verificado no relato a seguir.

*A gente, quando vai ser mãe, a vontade a hora que o neném nasce é de amamentar já direto e ele não pode sugar, aí eu tive que tirar, apertando. É muito constrangedor, a gente chora porque o leite não desce, tem dia que você tá nervosa, te machuca toda. Aí, assim que ele começou a sugar foi a melhor coisa que aconteceu, aí você sente mãe mesmo. É uma sensação diferente de qualquer coisa que eu já senti na minha vida. **Íris***

*Lá, você fica tensa, fica com medo que você está dentro do hospital, chega em casa você fica calma, você pode prestar atenção na sua criança, é diferente. **Íris***

Ao terminar de falar sobre a internação do filho, Íris se emociona.

Para Íris, há diferença entre amamentar no domicílio e no hospital. Ela diz que se sentia constrangida no ambiente hospitalar enquanto a liberdade do domicílio favoreceu o vínculo.

*Em casa, a gente fica mais à vontade porque, no hospital, é médico, é enfermeira, aí você fica sem graça, acha estranho todo mundo ali em volta de você, olhando, não é uma coisa você e seu filho, tem mais pessoas e em casa não, em casa é você e seu filho. É aonde que o vínculo aumenta mais ainda. **Íris***

Como dificuldades na amamentação, Íris aponta o esforço para pegar o peito, a rotina de ordenha no hospital, a dor e a baixa produção de leite.

*O início foi a fase mais difícil e dolorosa e a mais necessária pra ele, porque eu acho que, se eu não conseguisse tirar, ele não estaria como ele está hoje, desenvolvido como ele está hoje, se ele tivesse mamado o NAN de cara. Eu tentava tirar para o dia e noite para ele não ficar sem. **Íris***

*O peito inflama, até a aréola ficar mais firme. Aí foi isso a dificuldade, por causa da dor. **Íris***

*Porque, no hospital, você tinha uma pessoa que ficava olha você tem que colocar o neném e pegar a aréola toda e em casa não, você não fica muito preocupada e acaba deixando pegar só o bico. **Íris***

*Eu não continuei amamentando por devido ter secado o leite porque enquanto ele tava mamando, não deu infecção de urina aí o leite secou, parou de mamar e veio a infecção de urina, foi aonde que eu gostaria de continuar amamentando. **Íris***

Quando Íris relata sobre a amamentação no domicílio, aponta que sua rede social de apoio, logo após a alta hospitalar, foi sua avó.

*Minha avó me ajudou, né, porque eu ainda não tava sabendo colocar ele direito. **Íris***

Durante a entrevista, o menino ficou dormindo e, assim que desliguei o gravador, ele acordou e a mãe pegou-o no colo.

Ao terminar a entrevista, o sogro de Íris chega à casa dizendo que comprou leite de cabra para o neto pois ouviu dizer que é um leite forte. Ele perguntou a Íris se poderia trazer o leite para o menino e ela disse que era melhor esperar até o dia seguinte, pois levaria o filho à pediatra para controle e iria procurar saber com a médica se poderia oferecer esse leite para o menino. O sogro não insistiu e se despediu.

Fomos nos assentar na sala, com a mãe e a avó de Íris. Nesse momento, a avó de Íris está preparando uma mamadeira de leite para o bisneto. A avó de Íris comenta que o bisneto só ficou sossegado quando começaram a dar leite de vaca para ele porque, antes disso, ele não estava desenvolvendo e chorava muito. Ela traz o leite e Íris oferece a mamadeira ao filho; porém o menino não aceita o leite. Ao oferecer o leite, Íris não faz contato visual com o filho, ela não conversou com a criança nem fez contato físico durante a observação.

A mãe de Íris diz que Íris e sua irmã tiveram filhos na mesma época e que a outra filha só amamentou uma semana. Ela diz que, na família, ninguém “dá” muito leite e ela amamentou os filhos por cerca de um mês. Relata que Íris estava amamentando sem dificuldades, mas que ela começou a ficar sem paciência com o menino, não queria cuidar dele e então foi diagnosticada a depressão, três meses após o nascimento do filho.

Encerro a observação após permanecer hora e meia na casa de Íris.

Íris, em seu discurso, aponta para uma experiência de amamentação permeada por sentimentos ambíguos durante a internação. Foram relatadas situações de dor e desconforto ao realizar a ordenha mamária. Porém, ao amamentar o filho diretamente em seio materno, ela relata ter se sentido bem.

No enunciado de Íris, foi possível verificar que o leite materno foi identificado por ela como um alimento importante na recuperação do filho durante a internação na UTIN e como protetor contra doenças. Apesar dos benefícios do leite materno terem sido identificados por ela, não foram suficientes para a manutenção do aleitamento exclusivo e, por vários fatores, ocorreu o desmame precoce.

A amamentação no domicílio foi apontada como uma experiência que favoreceu o vínculo com o filho por possibilitar maior privacidade entre ambos.

Embora o ambiente domiciliar tenha sido apontado por Íris como favorecedor da amamentação, outros fatores ali presentes podem ter contribuído para a interrupção do aleitamento materno.

Após a observação e a análise dos enunciados de Íris, foi possível apreender que a amamentação não é uma prática comum na família dela. O discurso familiar aparece carregado de mitos e crenças sobre pouco leite e sobre leite fraco. Segundo Teixeira e Nitschke (2008), as avós são respeitadas pelos conhecimentos e experiências adquiridos ao longo de suas vidas. As autoras relatam que as opiniões das avós podem contribuir para o desmame precoce por incentivarem o uso de chás e outros líquidos na alimentação dos netos. Nesse sentido, é proposto que as avós recebam apoio das enfermeiras, se sintam acolhidas e cuidadas para que possam incentivar o aleitamento materno exclusivo de suas filhas e noras.

A partir do enunciado de Íris, foi possível verificar que a pediatra que acompanhava o crescimento e o desenvolvimento de seu filho desencorajou a amamentação exclusiva e introduziu a fórmula láctea contribuindo para o desmame precoce do menino. Santiago *et al.* (2005) advertem sobre a necessidade de capacitação profissional, em especial do pediatra, para o manejo clínico do aleitamento materno. Os autores consideram que os pediatras motivados ao incentivo do aleitamento materno são capazes de influenciar na decisão materna em manter a amamentação exclusiva por mais tempo.

A partir dos enunciados e da observação realizada em seu domicílio, foi possível verificar que houve uma fragilidade de Íris frente ao discurso da família e do profissional de saúde dificultando a continuidade da amamentação. A atuação do companheiro de Íris nos cuidados do filho e na amamentação não foi mencionada em nenhum momento durante a entrevista e observação.

É necessário acrescentar que houve o diagnóstico de depressão e prescrição de fluoxetina que, de acordo com o Ministério da Saúde, é um fármaco compatível com

a amamentação (BRASIL, 2010). Segundo Vitolo *et al.* (2007) o estado depressivo materno pode estar relacionado à interrupção precoce do aleitamento materno implicando em maiores riscos à saúde de seus filhos.

“Lá que eu aprendi”

É sábado, o dia está ensolarado e estou com dificuldade em localizar a casa de Deméter. O bairro não tem calçamento, as ruas não possuem identificação e a maioria das casas fica em sítios. O celular está sem sinal. Após aproximadamente uma hora, consigo fazer contato telefônico com Deméter e chego ao sítio onde reside com o marido.

Deméter tem 18 anos, estudou até a quarta série do ensino fundamental e o companheiro trabalha como caseiro do sítio onde moram. Ela trabalha como doméstica, mas está de licença maternidade. A renda mensal da família é correspondente a um salário mínimo e meio. Deméter e o marido estão sendo pais pela primeira vez.

A filha do casal nasceu com 950g e 32 semanas e dois dias de idade gestacional. Ficou internada por um mês e vinte e seis dias e está no domicílio há um mês e cinco dias. Está com três meses e cinco dias de vida. Deméter acompanhou integralmente a internação da filha e mantém o aleitamento exclusivo no domicílio.

Ao chegar, o marido de Deméter me recebe no portão. Entramos e encontro Deméter amamentando, sentada em um banco de madeira na varanda de sua casa que se localiza ao lado da casa principal. A varanda é coberta e o piso não tem acabamento. Do lado esquerdo da varanda, há uma pia com dois bojos e, do lado direito, um fogão à lenha e um galinheiro.

Deméter tira a menina do peito e a filha não reclama. Pergunta se quero carregar a menina. Lavo minhas mãos e seguro a menina no colo.

Deméter fala sobre a dificuldade em conseguir assistência médica para a filha. Relata que os profissionais de saúde da Policlínica de referência dizem que a menina, por ser prematura, deve fazer acompanhamento no hospital onde nasceu. O marido de Deméter pede licença e se retira para o quintal. Ela me convida para conversarmos no quarto.

Entramos pela copa que está com as paredes sem pintar e o piso sem acabamento. Nessa copa, há uma geladeira branca, um armário em MDF e uma mesa de madeira com uma toalha de chita. A casa de Deméter está limpa e organizada. Do lado esquerdo da copa, está o quarto do casal.

O quarto, em formato retangular, é pequeno e quente. Sentamos na cama, que fica encostada na parede oposta à porta, embaixo da janela. O berço da filha foi colocado encostado na parede, entre a porta e a cama dos pais. Na parede oposta à cama, há uma cômoda com a TV, materiais para o cuidado da menina como algodão e cotonetes e alguns vasinhos de plantas de plástico de enfeite.

Sentamos na cama do casal. Deméter está com a filha no colo e ela está inquieta, choramingando. Deméter tira a calça da menina e deixa apenas de blusa e fralda. Deita a filha de bruços no seu colo e ela se acalma.

Início a entrevista, após ter feito a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido com Deméter. Durante a entrevista, a menina chorou e a mãe ofereceu o peito. Deméter permitiu a continuidade da entrevista, apesar de estar amamentando.

Durante a mamada, observo que a menina mama corretamente, sente-se aconchegada e adormece após alguns minutos. Após soltar o peito, chora. Deméter oferece a chupeta e põe a filha deitada na cama. Continuamos a entrevista.

Deméter relata que, durante a internação, a filha começou a sugar na UCI e que fazia ordenha para alimentar a menina enquanto permaneceu na UTIN.

Ao relatar sobre sua experiência em amamentar a filha no hospital, Deméter expressa sua preocupação com a quantidade de leite produzida.

*Ficava preocupada, depois eu fui acostumando, ficando tranquila, cada dia tinha mais, aí eu conseguia tirar pra doar e tirava pra ela ainda, tirava um litro por dia lá na Casa... As meninas da UTI até me elogiavam que eu não deixava e todos os horários eu estava lá, com o leite na seringinha pra dar ela, eu não sabia que existia esse negócio de tirar leite na seringa. Lá que eu aprendi. **Deméter***

Deméter atribui valor ao leite materno e relaciona a saída da filha da UTIN com o uso do seu leite, fala sobre seu comportamento para atender a demanda da filha.

*Eu só falo que ela nasceu com 950 gramas e desde que ela entrou na UTI, ela só bebia meu leite e isso eu acho que ajudou, ela saiu rapidinho da UTI. **Deméter***

*Eu tive força de vontade, eu não fiquei com preguiça não, pegava a seringinha, levava, secava minha perna de ir lá, mas eu levava, eu acho que amamentar é muito importante. **Deméter***

Deméter relata que, apesar do ambiente domiciliar favorecer a amamentação por se sentir menos preocupada, encontrou dificuldades por não contar mais com a equipe de saúde.

*Depois que eu vim pra cá eu fiquei muito menos preocupada, amamentei ela direitinho, não ficava nervosa, assim, que lá a gente fica nervoso, dá aquela vontade de vir embora. **Deméter***

*Não foi fácil no começo porque aqui não tinha enfermeira, não tinha ninguém, mas agora tá fácil, já acostumei. Quando a gente chega, a gente fica preocupada e não tem ninguém aqui pra chamar. Aí, agora tá fácil pra mim. **Deméter***

Ela considera o leite materno importante para o crescimento de uma criança prematura e aponta como favorecedor o fato de não ter gastos para comprar fórmula nem trabalho para ferver mamadeira.

Mas, em casa, é uma experiência muito boa, só de não ter preocupação de ferver mamadeira e ela também, ela acostumou, ela não pega outra coisa não, ela não vai pegar não. Deméter

Ah, é muito bom saber que muitos saem pra comprar o NAN pra dar na chuquinha e eu já saí dando o peito. Eu já falei mesmo que eu vou dar o peito até um ano e pouco, o leitinho dela, porque ela é prematura, precisa [...] com o leite ela ganhou peso rapidinho. Só com meu leite na UTI, ganhou peso rapidinho. E, em casa, é muito bom também dar o leite pra ela, dar o peito em casa. Saber que não tem preocupação de NAN, saber que o leite da gente tem muitas coisas, muito bom. Deméter

Para Deméter, o cotidiano da amamentação e o cuidado da casa como atribuições da mulher podem ser conciliados. No entanto, ela utiliza a chupeta como recurso para acalmar a filha enquanto realiza suas atividades do lar.

À noite, toda vez que ela acorda tem que dar peito pra ela, dou peito pra ela. De dia, posso estar fazendo as coisas que eu paro e dou ela o peito, eu não deixo. Sabe por que eu tenho um bico aqui? Porque se deixar, só quer ficar no peito. Aí o bico é um tempinho pra eu fazer minhas coisas, mas eu não deixo ela só no bico não porque tem gente que esquece, porque menino no bico não chora, mas eu não deixo não. Deméter

Assim, atrapalhar a gente fazer alguma coisa? Parar os horários da gente? Nada, isso é importante na vida da gente. Isso não atrapalha em nada. Tem dia que ele chega aqui, a comida está atrasada, alguma coisa está atrasada porque eu nunca deixo a minha filha com fome pra atender ele, pra fazer as coisas dentro de casa não. Eu faço na hora que ela tiver de barriga cheia, que eu tiver despreocupada se eu tiver fazendo alguma coisa ali eu fico preocupada se tá na hora dela mamar, eu paro, eu nunca deixo ela com fome e eu acho que não dificulta nada. Deméter

Deméter relata ter apresentado dificuldade no início da amamentação por causa do excesso de leite produzido.

Foi difícil, porque tinha dia que meu peito enchia muito, toda vez que eu ia dar mama pra ela, ela engasgava e isso me dava preocupação porque eu tinha medo dela sufocar. Eu tinha que esvaziar meu peito pra depois amamentar. Aí

toda vez, de madrugada eu tinha que ficar levantando, esvaziar pra depois dar ela. Deméter

Deméter aponta o trabalho fora do lar como um fator dificultador para a continuidade da amamentação e relata a opção por deixar o trabalho remunerado por poder contar com o companheiro para assumir as despesas da casa.

Eu acho que eu vou sair do meu serviço por causa disso, porque eu não vou levar ela. Eu ganhei meus seis meses justo pra ficar com ela só, não trabalhar, não fazer nada. Aí, eu vou amamentar até um ano de idade. Porque ele trabalha e eu acho que eu vou sair do meu serviço pra olhar ela, não vou colocar em creche, não vou colocar em nada vou ficar por conta dela, vou cuidar dela direitinho. Deméter

Para Deméter, a preocupação com a estética do seio feminino não pode ser considerada mais importante pela mulher que os benefícios do leite materno para as crianças.

Não tem que ficar preocupada que o peito vai cair, né, tem que amamentar as criancinhas. É muito importante. Deméter

Durante a observação, pergunto ao marido de Deméter se ele já aprendeu a dar banho ou trocar a fralda da filha e ele diz que ainda não. Relata ter perdido o medo de carregar a filha há alguns dias e disse que quem cuida da menina é a mãe. A partir dessa observação e do discurso de Deméter, foi possível verificar que os cuidados da casa e da filha são atribuições dela.

Os enunciados de Deméter permitem reconhecer que sua permanência acompanhando a internação da filha pode ter possibilitado maior interação e comunicação com a equipe recebendo orientação e apoio para amamentar. Segundo Filho *et al.* (2008), os índices de aleitamento materno exclusivo à alta de recém-nascidos prematuros é maior quando participaram do método canguru. As orientações dadas a Deméter podem ter contribuído para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no domicílio.

A partir dos enunciados de Deméter, podemos inferir que o aleitamento materno é entendido por ela como algo importante para a criança, que contribuiu para a alta precoce da filha da UTIN e que está favorecendo o crescimento da menina. Isso pode ser considerado um fator favorecedor da continuidade do aleitamento exclusivo no domicílio.

Apesar de manter a amamentação exclusiva, Deméter relata ter introduzido a chupeta para a filha como uma maneira de conciliar os cuidados com a menina e as atividades domésticas. Sertório e Silva (2005) afirmam que as mulheres acreditam que a chupeta é um artefato que acalma a criança e que pode ser utilizada para ajudá-las a conciliar o trabalho doméstico e os cuidados aos filhos pequenos. As autoras acrescentam que, na visão das mães, a chupeta pode substituir o seio materno e a mulher pode dispor de maior tempo livre para realização de outras atividades.

Durante a observação, verificou-se que a assistência à saúde da filha de Deméter está comprometida, pois a família ainda não havia conseguido acesso ao serviço de saúde para a continuidade da assistência da menina. Essa situação evidencia um distanciamento entre as políticas públicas de assistência à saúde da criança e a realidade vivida por uma família.

“Era isso que dava à gente força para essa vida de parasita”

Chego à casa de Ártemis, aperto a campainha e, a meu lado, um rapaz também espera. Ártemis vem nos atender com uma mamadeira de água na mão. Apresenta o rapaz como um amigo, ex-namorado. Entro pela garagem e uma senhora, que imagino ser a avó de Ártemis, aparece com a menina no colo.

Entramos e converso com a avó de Ártemis na sala. Ela fala sobre a bisneta, conta que está muito feliz com a saúde da menina. Explica que criou Ártemis, que foi abandonada pela mãe. Agora, vai ajudar a criar a bisneta.

Ártemis é solteira, tem 24 anos, mora com a avó e um tio estilista. Terminou o ensino médio, trabalha como recepcionista, mas está de licença maternidade. Ártemis não se relaciona mais com o pai de sua filha. Relata que, quando ele soube da gravidez, não a procurou mais.

A menina nasceu com 1060g e 32 semanas de idade gestacional. Permaneceu dois meses no hospital após o nascimento. Recebeu alta há um mês e oito dias e está com três meses e oito dias de vida. Ártemis relata que acompanhou a internação da filha parcialmente, pois precisava cuidar da avó. Ártemis informa ter iniciado a fórmula láctea uma semana após a alta do hospital e a chupeta foi introduzida nos primeiros dias no domicílio.

Durante a observação, a casa esteve muito movimentada. Enquanto estive lá, quatro pessoas passaram: dois tios e dois amigos de Ártemis.

Sentamos no quarto de Ártemis onde fica sua cama e o berço da filha. O quarto é decorado com uma faixa de ursinho na parede lilás. Os móveis são brancos e o piso de cerâmica clara. A avó de Ártemis não fica conosco no quarto. Estamos eu, ela e o amigo. E a menina dormindo no berço, com uma chupeta na boca.

Uma tia de Ártemis chega à casa e entra no quarto onde estamos. Ela e Ártemis combinam de sair para a “gandaia”. O amigo pergunta se ela está saindo muito e ela diz que tem saído às vezes. Ela conta que tem uma amiga que vem para dormir com a filha enquanto ela vai passear com a tia à noite. Após combinarem a saída, a tia de Ártemis vai embora.

Ártemis oferece refrigerante e biscoitinhos amanteigados para nós. Comemos no quarto. Ela conta que está tendo dificuldade para comprar o leite artificial para a filha pois não tem ajuda financeira do pai da criança.

Uma amiga de Ártemis chega à casa, porém não permanece conosco no quarto e vai conversar com a avó, no outro quarto. Ártemis pergunta se quero começar a entrevista. Leio o termo de consentimento livre e esclarecido. O amigo de Ártemis sai do quarto. A menina chora e Ártemis oferece o peito. Ela permite continuarmos a entrevista enquanto amamenta. Ártemis acaricia a cabeça da filha durante a mamada.

Ao relatar sobre a amamentação da filha durante a internação, Ártemis revela ter sido uma fase ruim, cansativa. Ela se sentia pressionada para oferecer o leite materno. Acreditava que, se agisse de acordo com as orientações da equipe, a filha receberia alta para o domicílio mais rápido.

*Assim, foi uma fase, o negócio do leite foi horrível. Tinha vez que tinha, tinha vez que não tinha, aí ficava dando NAN e eu nem dormia de preocupação porque ela teve um negócio na barriga. E eu ficava achando que era o leite, se desse ela o NAN eu achava que ela ia morrer, que o NAN ia prejudicar ela, mas fora isso foi tranquilo. **Ártemis***

*No hospital, às vezes, não dava tempo nem de alimentar porque ficava muito naquele negócio obcecado, a gente ficava uma pessoa obcecada. Se a gente não conseguisse amamentar, a gente tinha peso de consciência, achando que a gente tava prejudicando nosso filho. Em casa, já não é assim, fica uma coisa mais confortável. **Ártemis***

*Era super cansativo, porque o seu tempo, parecia que era assim uma parasita, só naquilo. Você não fazia mais nada, então, nó... Não era muito bom não, mas aí a gente pensava, se a gente seguir as regras, o andamento for conforme os médicos querem, você vai embora mais rápido. Então, era isso que dava à gente força para essa vida de parasita não ser tão ruim, tão sufocante pra gente. **Ártemis***

No entanto, ao falar sobre a amamentação após a alta hospitalar, Ártemis aponta o conforto e a liberdade oferecida pelo ambiente do domicílio como fatores que favorecem o aleitamento materno. Ela acrescenta que, no domicílio, se sente menos cansada e que o estado emocional também é diferente.

*Em casa é mais tranquilo, é tipo assim, eu falo que é até mais confortável. Porque você tá na sua cama, na sua casa, tem mais liberdade de tirar o peito, não tem pessoas que não te conhecem, eu tinha vergonha. **Ártemis***

*E parece que em casa ela dorme mais, então, essas coisas já..., não deixa a gente tão cansada, a gente já fica..., não fica com aquele psicológico tem que dar mama agora, tem que dar mama agora, não, eu espero o tempo dela e, no hospital, não era no tempo dela, era conforme a regra de duas em duas horas. Em casa, esperar o tempo dela é mais confortável até pra gente fazer outras coisas, descansar, alimentar. **Ártemis***

*Mas é assim, em casa, é outra coisa; no hospital, eu achava que tava prejudicando, em casa não tenho esse negócio, essa neura [...] não sai mas daqui a pouquinho vai sair e lá não, tinha que sair forçadamente querendo ou não. Chegava até estourar o bico do peito, de tanto que ficava apertando. **Ártemis***

Ao relatar sobre as dificuldades encontradas para amamentar, Ártemis acredita que os aspectos emocionais influenciam no processo da amamentação. Para ela, a paciência é uma característica necessária à mulher que deseja amamentar.

*Acho que a amamentação tem muito desse negócio psicológico mesmo, você tem que ser uma pessoa mais tranquila, sem muita neura nesse negócio, e faz melhor pro neném porque eu acho que, se eu fico nervosa, ela fica junto. **Ártemis***

*Eu não tenho muita paciência, de amamentar, eu não tenho paciência de ficar parada esperando porque ela faz muita hora, vai e volta, ai dorme, ai passa um pouquinho quer mamar de novo e eu não tenho muita paciência, mas assim, eu queria muito amamentar ela e eu gostei. **Ártemis***

Além dos aspectos emocionais, Ártemis expressa insatisfação com a quantidade de leite produzida por ela. É possível verificar uma contradição no enunciado abaixo, pois ela relata oferecer complemento apenas no horário da noite e, em seguida, ela diz complementar as mamadas logo após a menina soltar o peito. Esse enunciado reforça os aspectos culturais relacionados ao pouco leite.

Eu quero dar a ela muito leite, mas o leite não vem conforme o que eu esperava. Os médicos falam que eu tenho só que eu acho que eu não tenho. Porque ela mama, aí passa uns quinze minutos, ela mexe a cabeça, fica

*nervosa começa a resmungar, aí eu acho que não é aquilo que ela queria, aí eu dou a ela suplemento. **Ártemis***

*Eu tento dar a ela de dia o leite, o meu peito porque de dia eu posso sentar mais, tô mais acordada, mais alerta aí eu deixo ela toda hora, o tempo que der, no peito e à noite só que eu dou a ela o suplemento porque pro meu peito descansar e ver se enche também. **Ártemis***

Ártemis aponta que o comportamento da filha varia conforme a forma de alimentação e relata que, quando oferece o peito, a menina se sente mais tranquila, porém acrescenta a preferência da filha pela sucção na mamadeira.

*Ela já ficou uma pessoa preguiçosa porque pegou a chuquinha, aí eu acho que é muito mais fácil, o buraquinho já vaza e ela não precisa fazer força, ela já acostumou com isso também. Agora, quando ela mama no peito parece que ela dorme, na mamadeira não, parece que o leite do peito acalma ela mais, eu já reparei essa diferença. É legal amamentar, é gostoso, experiência boa. **Ártemis***

Após terminar a entrevista, permaneço fazendo a observação na casa de Ártemis. Os dois amigos dela se despedem e eu continuo no quarto com Ártemis e a filha que está dormindo no colo da mãe. Encerro a observação com duas horas e meia de permanência no domicílio.

Durante a observação e entrevista realizada com Ártemis, foi possível apreender o valor que ela atribui às condições emocionais da mulher para obter sucesso na amamentação e as contradições referentes a seus sentimentos em relação a esse processo.

A amamentação é apontada como uma experiência prazerosa quando está relacionada ao benefício de transmitir a tranquilidade para a filha e torna-se difícil quando Ártemis se sente prejudicada por não ter liberdade pois precisa estar disponível à demanda da filha. Essa dedicação de tempo necessária à mãe para amamentar exclusivamente pode estar sendo vista, por Ártemis, como um aspecto negativo da amamentação, desconsiderando ser uma fase transitória e os benefícios que poderiam resultar dela.

Em relação à internação, foram apontados aspectos favorecedores do aleitamento como as orientações recebidas da equipe e aspectos que podem ter contribuído para uma experiência pouco prazerosa quando Ártemis se compara a um parasita, a uma pessoa obcecada e que deveria seguir as regras para receber alta mais rapidamente. Isso nos faz refletir sobre o cuidado que a equipe de saúde está oferecendo às mães que estão acompanhando seus filhos internados.

Será que elas estão se sentindo acolhidas pelos profissionais de saúde para cuidarem de seus filhos? Há compreensão, por parte das mães, sobre a dedicação de seu tempo para cuidar do filho como algo necessário ao crescimento e desenvolvimento dele durante a internação e após a alta hospitalar? Moraes e Costa (2009) apontam que o ambiente hospitalar gera ansiedade e estresse nas mães de crianças internadas em UTIP e os profissionais de saúde necessitam compreender cada mãe em seu processo singular e o momento vivido, com risco de perda do filho, mudança na rotina familiar devido à ausência da mulher e da permanência em um local desconhecido.

Ainda sobre a experiência de Ártemis durante a internação de sua filha, podemos apontar o hospital como uma instituição normativa, onde ela se sentiu obrigada a cumprir as regras para ter o benefício, em seu entendimento, de receber alta mais rápido. Nesse sentido, Foucault (1989) aponta o hospital como um espaço regido pela disciplina. A disciplina “*é a individualização do espaço*” (FOUCAULT, 1989, p.106) e, para cumprir seus princípios, ela deve exercer o controle sobre o desenvolvimento de ações, vigiar os indivíduos constantemente e exigir o registro contínuo para se ter o controle dos acontecimentos (FOUCAULT, 1989).

Em relação à continuidade da amamentação de Ártemis no domicílio, foi possível apreender que, apesar do ambiente domiciliar ter sido apontado como um espaço mais confortável e tranquilo para amamentar, não foi favorecedor da manutenção do aleitamento exclusivo. Outros aspectos presentes no domicílio e em sua vida podem ter influenciado na decisão de Ártemis por introduzir fórmula nas primeiras duas semanas após a alta hospitalar, como o fato de não apontar uma rede social de

apoio favorável à manutenção da amamentação. Ela está cuidando da filha sem a companhia do pai da criança que sequer a conhece.

Foi possível verificar, a partir da observação, que Ártemis já havia retomado seus hábitos de passeios noturnos e delegava os cuidados de sua filha a uma amiga. A manutenção do aleitamento materno exclusivo poderia significar para Ártemis uma dificuldade para retomar a liberdade de seus lazeres habituais.

Durante a observação, Ártemis não relatou sobre a assistência à saúde de sua filha após a alta hospitalar e a participação da equipe de saúde da família não foi apontada nos aspectos relativos ao cuidado e ao aleitamento materno de sua filha.

A percepção da quantidade de leite produzida e o comportamento da filha na amamentação foram os fatores citados por Ártemis que dificultaram o aleitamento materno no domicílio; porém é possível inferir que os aspectos relativos à vida afetiva de Ártemis possam ter contribuído para o desmame precoce.

“Amamentar é bom pra ela”

Ao chegar à casa de Hera, ela estava sentada com a filha no colo, em frente à porta de entrada. O muro da casa é chapiscado.

Ao entrar na casa, de meu lado esquerdo, há uma pequena área com entulho e, a minha frente, um degrau que a separa da cozinha. Na cozinha, há um fogão encostado na parede, embaixo da janela. O fogão está tampado e, em cima dele, vejo uma mamadeira de água. A porta interna da cozinha dá acesso direto ao quarto de Hera.

O quarto de Hera é pintado de rosa, tem vários pontos de infiltração, não tem janela, apenas um vão de circulação para um pequeno corredor lateral onde ela guarda o

carrinho da filha. Além da falta de ventilação adequada, a iluminação natural do ambiente fica prejudicada pela falta de janela no quarto. No quarto, há uma cama de casal e um armário em MDF, de cor branca. Na parede oposta à cama, há uma estante com uma TV, um DVD e um aparelho de som que estava ligado quando cheguei.

Hera coloca a filha deitada na cama e a menina permanece ativa, porém não está chorosa.

Hera tem 17 anos, possui o ensino fundamental completo e não trabalha fora do lar. Reside com o companheiro e a filha numa casa de aluguel. É a principal responsável pelos cuidados da filha e do lar. A renda familiar é de um salário mínimo e meio. Hera conta que veio do interior com o marido há dois anos e sua família permanece em sua cidade natal. Atualmente, ela conta com o apoio da madrinha do marido, quando precisa de ajuda.

Enquanto conversamos, sentadas na cama do casal, Hera relata que, antes de ter a filha, ficava o dia todo sozinha, pois o marido sai cedo para o trabalho e chega somente à noite. Diz que está feliz com o nascimento da menina, pois tem seu dia ocupado cuidando da filha, além de lhe fazer companhia.

A madrinha do marido chega à casa de Hera e lemos o termo de consentimento juntas. Ela diz que não pode permanecer para participar da entrevista, se despede e vai embora.

A menina nasceu com 1295g e 28 semanas e seis dias e permaneceu um mês e dezesseis dias internada. Está no domicílio há quatro meses e tem cinco meses e meio de idade. Hera relata ter permanecido com a filha por todo o tempo de internação hospitalar. Mantem o aleitamento materno e relata que começou a oferecer água para a filha a partir dos quatro meses por causa do calor, mas que não oferece outros líquidos ou alimentos.

Hera diz que a amamentação durante a internação foi uma experiência que despertou sentimentos de satisfação e momentos não tão agradáveis como apontado no enunciado a seguir.

*Foi uma experiência boa, que eu nunca tinha tido, foi a primeira, foi prematura, nasceu e já tive que tirar leite pra ela, que eu nunca tinha visto antes. Ah, mas foi bom. **Hera***

*Eu tinha que tirar o leite, colocar na seringa e levar pra ela tomar. Era meio chato, mas tava bom. Quando ela começou a mamar, era melhor porque não precisava ficar tirando o leite toda hora. **Hera***

*Lá, de duas em duas horas, tinha que amamentar ela, tinha que dar mama pra ela. Aí, tinha hora que ela tava dormindo, ela não queria acordar e outras ela já acordava. **Hera***

Hera relata manter o aleitamento materno no domicílio e amamentar em livre demanda. Durante a observação, Hera ofereceu o peito por três vezes. A menina mamou em intervalos curtos de tempo e em mamadas curtas.

*Aqui em casa, ela mama a hora que ela quer. **Hera***

Ao falar sobre a amamentação, Hera revela que acredita que o leite materno é importante para a filha.

*Amamentar é bom pra ela. **Hera***

Hera aponta como dificuldade, a necessidade de ter que acordar no período noturno para amamentar.

*Só quando ela mamava demais que ela acordava demais de noite, só à noite mesmo, ela acordava demais pra mamar. **Hera***

Ao terminar a entrevista, permaneço fazendo a observação por mais um tempo na casa de Hera. Ela está com a filha no colo, a menina está agitada e a mãe busca a

mamadeira que estava com a água em cima do fogão. Oferece a água para a filha, porém a menina não aceita. Em seguida, Hera oferece o peito, a menina mama vinte minutos e adormece. A mãe põe a filha na cama e ela dorme. Enquanto isso, Hera acaricia a cabeça da menina e conversa comigo.

Passados quinze minutos, a menina acorda, porém não está agitada. Hera pega a filha no colo e a embala. Ela fica tranquila e adormece novamente.

Durante a observação, o ambiente da casa de Hera permaneceu tranquilo e a rua pouco movimentada. Hera não conversou muito, porém foi receptiva durante minha permanência em sua casa.

Agradeço e encerro a observação.

Nos enunciados de Hera, são apontadas algumas dificuldades com a amamentação, principalmente no que se refere à ordenha do leite e ao estado comportamental da filha no início do aleitamento. Segundo Lee *et al.* (2009), a rotina de ordenha é uma prática exaustiva para as mulheres, especialmente quando os recém-nascidos têm uma demanda crescente de leite materno.

Durante a observação e a conversa com Hera, foi possível verificar que ela reconhece a filha como alguém com quem compartilha seu tempo e a considera uma companhia. Observei vários momentos de interação entre mãe e filha e pude perceber que Hera mostra-se carinhosa e atende prontamente às demandas de choro e inquietação da menina. Essa atitude pode sugerir o estabelecimento de um vínculo entre ambas. Alfaya e Schermann (2005) discutem a relação entre a sensibilidade materna e o aleitamento em díades com recém-nascidos de risco e concluem que o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros pode contribuir para o aumento da sensibilidade materna o que irá resultar em uma relação mais saudável e favorecer as futuras interações sociais da criança.

O leite materno aparece, no enunciado de Hera, como algo importante para a filha. A percepção materna quanto à necessidade da criança receber seu leite pode ser um fator favorecedor da continuidade da amamentação. Osis *et al.* (2004) advogam que o conhecimento das mães em relação às vantagens do leite materno para a saúde da criança pode favorecer o aleitamento materno exclusivo.

A rede de apoio social de Hera não foi mencionada por ela ao falar sobre os cuidados e a amamentação da filha. Ela relata que os cuidados da filha são realizados por ela, mesmo quando o companheiro está em casa. Essa situação reforça o papel da mulher como a pessoa responsável pelo cuidado dos filhos.

Durante a observação e a entrevista, Hera não mencionou a equipe de saúde da família quando falou dos cuidados e da amamentação da filha no domicílio.

Apesar do ambiente com pouca iluminação, da insuficiente circulação de ar e das paredes com infiltração, as condições materiais de Hera parecem ter sido favoráveis à continuidade da amamentação. Acrescentamos que o ambiente da casa permaneceu tranquilo, com pouca movimentação de pessoas e pouco barulho externo.

“Ela gosta demais de mamar”

Chego à casa de Héstia ao meio dia. Ela mora em um apartamento que pertence a um conjunto habitacional de oito prédios. Na entrada principal do condomínio, há um jardim de flores bem cuidado.

Ao passar pelo jardim, encontro Héstia falando ao telefone com o marido e a filha no colo.

O apartamento de Héstia localiza-se no térreo. Ao entrar no apartamento, avisto uma mesa de madeira e tampo de vidro, duas poltronas de couro preto do meu lado

direito, uma mesa de centro e um móvel de madeira com a TV, o DVD e o aparelho de som. Há vários bibelôs e porta-retratos enfeitando esse móvel. Sentamos no sofá e Héstia coloca a filha no carrinho de bebê.

Héstia tem 34 anos, possui o ensino médio completo, é casada, mora com a filha e o marido. Trabalha como cozinheira em um restaurante e está de licença maternidade. Informa que o marido trabalha o dia todo e estuda à noite. A renda da família é de três salários mínimos. Conta que, nos finais de semana, quando o marido está em casa, ele cuida da filha enquanto ela cuida da casa, lava e passa as roupas. Diz que ela só pega a filha para amamentar enquanto o pai está em casa, pois ele fica o tempo todo com a menina no colo assistindo TV.

A menina nasceu com 1280g e 31 semanas de idade gestacional. Ficou internada quarenta dias e Héstia conta que permaneceu acompanhando a filha durante toda a internação. Estão em casa há um mês e sete dias e a menina está com dois meses e meio de vida. Héstia mantém o aleitamento exclusivo no domicílio.

A TV está ligada. A menina está acordada no carrinho, atenta ao ambiente. Após dez minutos, ela chora e a mãe a carrega no colo. Ela não se acalma; então, a mãe oferece o peito. Durante a mamada, Héstia assiste à TV e conversa comigo. Ao amamentar, Héstia acaricia a cabeça da filha que olha atentamente para a mãe e depois adormece. Héstia segura a menina em posição para arrotar. Passados vinte minutos, Héstia coloca a filha no berço e vamos para a cozinha para ela terminar o almoço.

Ela está preparando o almoço e, passados dez minutos, a menina chora no berço. Héstia comenta que a filha só gosta de ficar no colo. Ela demora cinco minutos para atender ao choro da menina. Reposiciona a filha no berço, mas ela não se acalma. Coloca a menina no carrinho e ela continua chorando. Héstia carrega a filha no colo e vai para a cozinha. Ela diz que está acostumada a fazer o almoço com a filha no colo e que tem gastado em torno de três horas para conseguir preparar a comida.

Héstia prepara a mesa e serve bolo com café. Lanchamos enquanto a menina mama novamente. Início a entrevista e Héstia concorda em responder às perguntas enquanto amamenta. A menina mama por aproximadamente trinta e cinco minutos e dorme. Héstia coloca a filha no berço.

Durante a entrevista, Héstia fala longamente sobre sua história. Relata que foi transferida da maternidade de sua cidade para o Hospital Sofia Feldman. Teve muito medo de que a filha morresse logo após o parto.

Ao relatar sobre o período de internação da filha, fala sobre a diferença de comportamento da menina ao longo da interação, sobre a rotina de amamentação, sobre o desejo e as sensações de colocar a filha ao seio para mamar. Para ela, a amamentação ao seio tem relação com a recuperação da filha.

*Quando tava tirando lá, eu ficava doida pra dar o peito [...] Aí o dia que eu dei foi bom demais, foi uma sensação muito boa saber que ela tava recuperando, sabendo amamentar direitinho foi uma sensação boa demais. Eu achei que ela nunca ia conseguir. **Héstia***

*Lá tem horário, não é igual em casa que você dá na hora que o menino chora, você dá o peito. Lá chorava, ia dar o peito o pessoal perguntava: "já tá na hora"? Ah, não sei não, tá chorando, tá querendo [...] lá tinha horário certo. Lá, de duas em duas horas, eu tinha que dar ela, aí tinha essas regras, tinha os horários certinho... **Héstia***

Héstia faz considerações sobre as orientações fornecidas pela equipe durante o período em que acompanhou a internação da filha no hospital e é possível verificar seu aprendizado quanto ao manejo da lactação.

*Lá no hospital, as mulheres lá orientando, quando o peito tá muito cheio, você tirar um pouco, falar nisso, aqui no congelador tem até dois potinhos de leite que eu tirei e fiquei com dó de jogar fora. **Héstia***

*... isso tudo aprendi lá, que eu não sabia nada disso, né. A moça ensinava tudo direitinho, primeiro você faz a massagem pra depois você dar a ela, pra facilitar pra ela puxar, né. **Héstia***

Em seu enunciado, Héstia aponta contradição quanto à sua permanência no hospital acompanhando a filha e avalia aspectos negativos e positivos de sua experiência. Para ela, ter acompanhado a filha e ter apresentado menos dificuldades para cuidar no domicílio foram benefícios do período em que permaneceu no hospital. Aponta como aspecto negativo a condição clínica da filha.

*Foi bom demais o tempo que eu passei lá, foi uma experiência ruim e foi boa ao mesmo tempo, foi ruim porque ela ficou lá doentinha, doente não, porque na realidade, igual a médica falou comigo lá no CTI, na realidade ela não nasceu doente ela só ficou lá pra pegar o peso mesmo, entendeu, pra fortalecer o pulmãozinho dela porque problema nenhum, com doença nenhuma, entendeu, então não tive dificuldade nenhuma em casa com ela não. **Héstia***

Ao falar sobre a amamentação no domicílio, Héstia relata que está mantendo o aleitamento materno exclusivo desde que chegou do hospital. Diz que a experiência está sendo boa e que a filha gosta de mamar. Sente que superou suas próprias expectativas, pois achou que teria mais dificuldade para cuidar da filha prematura.

*Tá sendo boa. Tá normal. Muito boa. Igual a minha irmã: “ah, você comprou o NAN, dá o NAN pra ela pelo menos alguns horários pra você descansar um tiquinho”. Ah, não, enquanto eu estiver em casa, não tô fazendo nada mesmo, deixa ela mamar, porque às vezes ela mama um pouquinho, aí para, aí mama de novo, enquanto eu tiver em casa, ela vai mamar no peito. **Héstia***

*Parece que quanto mais ela suga, parece que mais o leite dá. Tá sendo muito bom mesmo. Dá até dó, tadinha, ela gosta muito de mamar, tô com dó de deixar ela se eu for voltar a trabalhar, ela sem mamar. Ela gosta demais de mamar. Ela adora mamar. Se ela tiver no meu colo, ela quer mamar. **Héstia***

*Eu achei que eu ia ter mais dificuldade de cuidar dela, de quando eu vi ela a primeira vez lá no CTI. **Héstia***

Respondidas as perguntas da entrevista, continuo a observação por mais trinta minutos. Héstia termina de preparar o almoço e a filha continua dormindo.

Encerro a observação e me despeço.

Os enunciados permitem reconhecer que Héstia, durante o período de internação, recebeu orientações da equipe de saúde quanto ao aleitamento materno e aponta o apoio recebido como facilitador da amamentação no domicílio.

No caso de Héstia, também podem ser apontados como fatores facilitadores da amamentação exclusiva, no domicílio, sua percepção positiva acerca de sua produção de leite e sua satisfação em amamentar.

Durante a entrevista e a observação, a continuidade da assistência a sua filha não foi mencionada por Héstia. Tampouco mencionou a atuação dos profissionais de saúde da atenção básica no apoio à amamentação no domicílio.

O enunciado de Héstia nos permite identificar, como rede social de apoio, seu marido e uma de suas irmãs. A partir da análise do enunciado de Héstia, verificamos que essa irmã não valoriza a prática do aleitamento materno exclusivo. E, apesar de receber incentivo da irmã para oferecer a fórmula, Héstia não o fez. O marido, quando presente, cuida da filha para que Héstia cuide das tarefas do lar, o que pode favorecer a continuidade da amamentação. Assim, podemos inferir que há contradições na rede social à qual pertence Héstia quanto à continuidade da amamentação exclusiva podendo ser apontada como uma rede que, embora divergente, não interferiu de forma direta prejudicando a continuidade da amamentação exclusiva.

Durante a observação, foi possível verificar que Héstia atende as necessidades da filha e concilia com as tarefas do lar. A execução do almoço demorou pelo menos duas horas no dia em que estive presente e ela parou para atender ao choro da menina por duas vezes durante minha permanência. Isso permite reconhecer que a mulher, em suas atribuições de mãe e cuidadora do lar, se divide entre seus vários papéis sociais.

A partir da observação, verificou-se que a casa de Héstita apresentava-se limpa e organizada e as condições materiais da família parecem favorecer a prática da amamentação exclusiva.

“Era um sonho e batalhei muito por isso”

É domingo, são oito horas e cinquenta minutos da manhã. Chego à casa de Atena com facilidade. Toco no portão e ela vem me atender.

Ao entrar, avisto a sala da casa, onde sentamos. A casa é grande, bem ventilada; o piso em cerâmica clara e os sofás da sala são de cor vermelha com almofadas coloridas. Do lado esquerdo da sala, há uma poltrona de um lugar onde Atena senta. Ao lado dela, há uma mesa de madeira com quatro cadeiras.

O marido de Atena entra na sala com a filha no colo. Ele estava tomando banho de sol com a filha. A menina estava dormindo e o pai levou-a para o quarto.

Atena tem 25 anos, tem ensino superior completo, mora com o marido e a filha. Trabalhava como professora do ensino infantil, mas estava de licença médica desde o início da gestação por causa do risco de abortamento. Atena disse que decidiu não retornar ao trabalho antes de a filha completar um ano de idade. A família mora em casa própria com renda mensal de cinco salários mínimos.

A filha de Atena nasceu com 940g e 26 semanas e seis dias de idade gestacional. Permaneceu três meses e meio internada. A família está há um mês e três dias em casa, a menina está com quatro meses e meio de vida. Atena permaneceu em tempo integral no hospital durante a internação da filha. O pai era presente, ia visitar a filha diariamente após a saída do trabalho. Durante a observação, foi possível acompanhar o pai participando dos cuidados da menina. Atena relata que está amamentando de forma exclusiva no domicílio e que começou a amamentar a filha

dois dias antes de ela sair da UTIN. Ela permaneceu por aproximadamente um mês no hospital, após a alta da UTIN, amamentando exclusivamente no peito.

Em relação à continuidade da assistência após a alta hospitalar, Atena relata que ainda está fazendo o acompanhamento da filha com a equipe do ambulatório do Hospital Sofia Feldman. O tempo de internação foi muito prolongado na UTIN, a criança fez uso de medicação para sepse fúngica e submeteu-se a exames de controle hepático e renal. Ela relata que não houve nenhuma intercorrência de saúde com a filha após a alta hospitalar.

Após deixar sua filha no berço, o pai sentou-se conosco, fez perguntas sobre o cuidado canguru e os cuidados com a filha no domicílio. Atena fala sobre o período de internação da filha relatando ter sido um período difícil para cuidar da filha por ter que seguir a rotina do hospital.

No hospital era difícil. Era tudo muito corrido, a gente não tinha tempo pra nada. Era dar banho, trocar a fralda, amamentar, o tempo era escasso e passava muito depressa.

(Diário de campo, p. 28, 18/04/10).

Nesse momento, a menina chora e a mãe diz que ela quer mamar. Acompanho Atena até o quarto da filha. O quarto é claro, arejado e as paredes tem cor lilás. A decoração é feita com bonecas de pano coloridas e os móveis são brancos. O pai carrega a filha no colo tentando acalmá-la enquanto a mãe lava as mãos e prepara as medicações. Atena ordenha um pouco de leite para administrar os medicamentos. Em seguida, ela pega a filha no colo e senta em uma cadeira de amamentação. Oferece o peito para a filha que, inicialmente, tem dificuldade em acertar o mamilo. Atena conversa com a filha e a acaricia. Ela mama por quinze minutos e dorme. A mãe põe a filha para arrotar e, em seguida, a coloca no berço.

Atena, com a ajuda do marido, prepara o banho. Assim que a menina acorda, a mãe leva-a para o quarto do casal e começa o banho. Ela mantém o banho de balde,

conforme é feito no hospital. O pai está presente e conversa com a filha durante o banho. A menina permanece atenta ao ambiente enquanto toma banho e não chora.

Observo que Atena utiliza uma técnica adequada de banho que irá favorecer o desenvolvimento motor da filha prematura.

Retornamos para o quarto da menina, leio o termo de consentimento livre e esclarecido com os pais e inicio a entrevista. Atena começa falando sobre seu desejo de amamentar.

*Sempre tive o desejo de amamentar, é assim, um sonho e batalhei muito por isso. **Atena***

Ao falar sobre o período de internação, Atena relata que se esforçou para retirar o leite e oferecer para a filha na UTIN e que, após iniciar a sucção na UCI, a menina apresentou dificuldades para amamentar.

*Antes de amamentar, tirando o leite pra manter. Ela sempre tomou o meu leite, sempre quando ela tava na UTI, uma vez, duas, ela tomou outro leite mas foi porque aumentou muito rápido e eu não dei conta de tirar assim, mas eu sempre me esforcei pra ela tomar o meu leite. **Atena***

*Quando ela saiu da UTI e foi pra UCI, eu tava ansiosa pra acontecer isso logo... Aí, na UCI, depois de três dias, ela já tava sugando mesmo, normal, às vezes ficava um pouco cansadinha, mas foi entrando no ritmo, parava, respirava e, como eu tinha muito leite, no princípio, ela engasgava um pouquinho. **Atena***

Atena fala sobre sua satisfação em amamentar a filha. Para ela, esse é um momento especial por sentir que está contribuindo com a filha.

É tudo de bom, é a melhor parte, é o que eu mais gosto de fazer. Mais do que dar banho, mais do que qualquer outra coisa, a parte que eu mais gosto de fazer é amamentar, que eu sinto assim, parece que é o momento que eu tô fazendo alguma coisa por ela de verdade. Não que as outras coisas não fossem, sabe, mas as outras coisas outras pessoas podem fazer e amamentar,

*só eu posso. Então, pra mim, é muito especial esse momento, muito importante. Muito importante mesmo, dou muito valor. **Atena***

Para Atena, os fatores facilitadores da amamentação no domicílio foram o vínculo estabelecido entre ela e a filha no hospital e ter leite.

*Ter leite e eu acho que assim, o contato mesmo. Mas eu acho que o principal é o fato de ter leite, de ter leite e, assim, essa aproximação que eu já tinha com ela por causa do canguru, então, eu acho que tudo isso facilitou. O canguru... tudo isso facilitou, mas principalmente, ter leite. **Atena***

Ao falar sobre as dificuldades, Atena relata que não está apresentando dificuldades em manter o aleitamento exclusivo no domicílio mas que, durante a internação, a filha apresentou dificuldades no estabelecimento da amamentação.

*As dificuldades que eu tive foram no hospital. No início, na adaptação, mas em casa eu não vejo dificuldade [...] Às vezes, ela fica mais agitada, mas é o peito mesmo que acalma [...] Lá, as que eu tive foi que ela ficava muito sonolenta; no início, dormia muito e perdia muito o bico do peito, engasgava, ela engasgava bastante por causa do volume do leite e ainda não conseguia engolir porque tudo antes ia pela sondinha. **Atena***

Atena aponta que, para a continuidade da amamentação, foi necessário manter suas convicções e perseverar. Em seu enunciado, aponta o leite materno como valor, como algo importante para a criança.

*Eu tive que ser muito perseverante pra chegar até aqui porque, assim, eu cheguei até em pensar em parar. **Atena***

*Porque pra mim era importante, sabe, assim, essa questão dos anticorpos, eu tinha isso muito claro pra mim [...] É porque eu tô de um lado, na minha profissão, que a gente olha as coisas como elas deveriam ser, os pais estão de um lado, que eles até reconhecem que deveria ser, mas fazem do jeito deles. Então, às vezes, no hospital, eu me colocava muito do lado do profissional de saúde que fala o que deveria ser. Então, eu tomava essa postura pra mim. Em relação ao bico, em relação à mamadeira, em relação à amamentação. Então, é uma coisa que eu tinha, mas por causa do meu contexto. Então eu pensava assim: não, a amamentação é importante, é importante, pronto e acabou. Então, assim, essa convicção. **Atena***

Atena revela que o apoio do companheiro foi importante no início da amamentação da filha, quando ela apresentava dificuldade em conseguir sugar.

*Meu esposo me incentivou muito também, né, podia ter falado, não, ah, vamos dar logo o NAN mesmo pra ela, deixa voltar a sonda, deixa, e ele, não, vai dar certo, vai dar certo, vai dar certo, vai dar certo. **Atena***

O marido de Atena, que também esteve presente durante a internação da filha, participou da entrevista e, em sua fala, aponta o leite materno como importante para a filha e diz que acreditou na recuperação da menina.

*Sempre pensei dessa importância que, apesar das dificuldades do início, mas que ia dar certo. Porque eu via ela muito espertinha em relação... Então, eu sempre acreditei nela, na nossa filha, acreditei nela e torcendo com a mãe, vamos que vamos. **Marido de Atena***

Ao longo da entrevista, a menina chora e Atena oferece o peito. Ela não se opõe a continuar a responder às perguntas amamentando. Dessa vez, a menina não tem dificuldade em iniciar a pega. Mama e dorme no colo da mãe.

Após a entrevista, voltamos para a sala e continuo a observação. A menina está dormindo no colo do pai.

Durante a observação, o marido de Atena participou dos cuidados da filha, ajudou a administrar os medicamentos, a preparar o banho e preparou um lanche para nós.

Atena me mostra seu álbum de casamento. Conversamos. Encerro a observação ao meio-dia.

O enunciado de Atena permite inferir que a permanência no hospital acompanhando a internação de sua filha possibilitou a formação de um vínculo entre a mãe e a menina por meio do Método Canguru, o que pode ter favorecido a continuidade da amamentação exclusiva no domicílio. Guimarães e Monticielle (2007), ao estudarem

sobre a formação do apego no método canguru, afirmam que a possibilidade de livre acesso aos pais na UTIN propostas pelo método e a permanência em tempo integral facilitam o reconhecimento das necessidades dos recém-nascidos prematuros pelos pais, o que irá favorecer a superação dos sentimentos vivenciados com o parto prematuro e conseqüentemente a aceitação do filho real em detrimento do filho imaginário. As autoras acrescentam que a amamentação é uma maneira concreta de desenvolver o apego com o filho prematuro.

No enunciado de Atena, o aleitamento materno foi apontado como um valor, algo que ela desejou e que se sente bem ao fazê-lo por identificar a amamentação como um cuidado que possibilita a vivência da maternidade. Isso nos permite inferir que a amamentação no domicílio está sendo vivenciada por ela como uma experiência coberta de êxito.

Foram observados a participação e o apoio do marido de Atena nos cuidados da filha e sua opinião favorável ao aleitamento materno. Flacking, Dykes e Ewald (2010) revelam que a participação do pai no processo de aleitamento pode ser um fator favorecedor da manutenção da amamentação. Segundo os autores, as variáveis relacionadas ao pai são o maior nível de escolaridade e a possibilidade de exercer a paternidade.

Durante a observação, foi possível verificar que o ambiente da casa e as condições materiais da família de Atena também podem ser apontados como favoráveis à prática do aleitamento materno.

“Porque mesmo se está ferido você tem que dar”

É segunda-feira. Chego à casa de Ilítia às oito e meia da manhã conforme combinado. O muro da casa é bastante alto e tenho dificuldade em ser atendida. Ligo para o celular de Ilítia e, logo em seguida, um rapaz atende ao portão.

O lote é em aclive e avisto as casas construídas ao fundo. Ao entrar, vejo uma escada que nos leva à parte mais alta do lote, sem cimento e cheia de mato. Subo a escada. Em frente à porta de entrada, há um tanque de cimento e, ao lado, um carrinho de bebê. Entro na sala e o menino diz para eu sentar na poltrona que Ilítia, sua madrasta, iria me atender.

Ilítia tem 26 anos, estudou até a quinta série do ensino fundamental, mora com o companheiro, o filho e o enteado em uma casa alugada. Ela não trabalha fora do lar e o responsável pelo sustento da família é o pai da criança. Ela relata que a renda da família é correspondente a um salário mínimo e meio.

O filho nasceu com 1380g e 33 semanas de idade gestacional. Ficou internado por vinte e sete dias. Ilítia conta que permaneceu acompanhando a internação do filho em tempo integral. Ela e seu filho estão no domicílio há um mês. O menino está com dois meses e vinte e dois dias de idade. Ilítia não mantém o aleitamento exclusivo há uma semana.

Estou sentada num sofá colorido. O chão da casa é de cimento vermelho e observo que as telhas são de amianto. Um pequeno quarto, ao lado da sala, possui uma cama de solteiro que está coberta por uma colcha de tecido bege.

Após cinco minutos, entra na sala o companheiro de Ilítia com o filho no colo. Ele senta no sofá de frente para mim. Diz que o menino chora a noite toda e não deixa ninguém dormir, pois tem refluxo e a família tem receio do menino aspirar.

Passamos a noite com a luz acesa, correndo o olho nele.

(Diário de campo, p. 30, 03/05/10).

Pouco tempo depois, Ilítia sai do quarto e senta conosco na sala. O pai entrega o filho à mãe e vai tomar café com o menino que me atendeu no portão. Ilítia me conta que o menino é seu enteado e que o bebê é seu primeiro filho.

Ilítia tenta oferecer o peito ao filho, porém o menino recusa. Ele chora, a mãe tenta posicioná-lo no colo, mas ele continua chorando. Ela oferece a chupeta, ele rejeita. A mãe deita o menino de bruços em suas pernas e ele se acalma.

Enquanto conversamos na sala, sinto o cheiro do café que o companheiro de Ilítia e o filho dele estão tomando lá dentro.

Ele retorna para a sala e leio o termo de consentimento livre e esclarecido com o casal. Início a entrevista. O menino chora e a mãe oferece novamente o peito. Ele aceita e pega o peito com facilidade. Não mama muito tempo, aproximadamente dez minutos.

Ilítia fala sobre seus sentimentos ao iniciar sua experiência de amamentar o filho no hospital. Revela que se sentiu desesperada com o comportamento do menino, no início, pela dificuldade em pegar o peito e depois por querer mamar com frequência. Conta que a equipe orientou quanto à frequência das mamadas.

*Na primeira vez que o doutor falou que eu podia dar o peito pra ele, que ele pegou, pra mim, eu fiquei meio desesperada, a primeira vez ele não quis. **Ilítia***

*Só que aí, depois, veio o desespero, que toda hora, a madrugada toda ele mamava lá no hospital, o tempo todo. Parece que o leite não tava sustentando ele. **Ilítia***

*Depois, as enfermeiras foram ensinando a alternar os horários pra ele mamar. De três em três horas. **Ilítia***

*Depois foi lá no PID. No PID, tinha os horários também, porque as meninas chamavam é, meia noite, três horas da manhã e seis horas da manhã. Ficava mais sossegado. **Ilítia***

Apesar de ter revelado sentimentos negativos quanto ao aleitamento do filho, Ilítia aponta que se sentia satisfeita e alegre com a amamentação no hospital principalmente por ver seu filho crescendo.

*No segundo dia que ele resolveu pegar, pra mim foi a maior alegria. **Ilítia***

*Cada vez que ele acordava, por mais que eu tava com sono, pra mim era uma satisfação. Melhor era quando eu via que ele tava engordando, quando chegava o dia de pesar e ele engordava, pra mim era uma satisfação. **Ilítia***

Após a ida para o domicílio, Ilítia relata que a rotina de amamentação mudou, ela não segue horários estabelecidos para amamentar e oferece o peito deitada. Para ela, o domicílio é mais tranquilo e a criança se sente melhor.

*Aqui em casa, eu não sigo corretamente algumas coisas que eles me ensinaram no hospital, não sigo, vou falar verdade. Porque eu acho que ele se sente melhor assim, na questão da amamentação. Era a questão de ter horário pra mamar, de não amamentar ele deitado. **Ilítia***

Ao apontar as dificuldades encontradas para amamentar o filho no domicílio, Ilítia revela que se sente insegura por acreditar que seu leite não está sustentando o filho.

*Tem hora que eu fico com a impressão que o leite não tá sustentando ele... Não sei se é o meu nervosismo que passa pra ele, ele acaba não sustentando, o que que é. Aí eu já não dou mama pra ele com aquela confiança igual eu dava antes. **Ilítia***

Ilítia relaciona seu estado emocional com o comportamento do filho e acredita que esse comportamento pode ser influenciado pela amamentação.

*Quando eu estou calma, que eu não estou muito estressada, eu dou mama pra ele, ele dorme... Parece que o peito é a coisa mais maravilhosa pra ele. Fica quietinho. Uma coisa boa que parece que a gente transmite através da amamentação, o que a gente está sentindo pra criança, ele fica calminho. **Ilítia***

Além da condição emocional, Ilítia também aponta os benefícios biológicos do leite materno.

A experiência de ser mãe é muito boa. Uma coisa gratificante e muito mais ainda quando a gente tem o próprio leite da gente pra gente alimentar a criança porque a gente sabe que dali a criança vai, vai, é uma primeira vacina, como me ensinaram, é a primeira vacina da criança é o leite materno, é importante

*você saber que, através de você, o seu filho está tendo mais saúde, ficando uma criança saudável, uma criança esperta. **Ilítia***

Ilítia aponta como dificuldade para a continuidade da amamentação no domicílio o aleitamento em livre demanda. Ela atribui a fissura de seu mamilo à livre demanda. Em seu enunciado, é possível verificar a amamentação como algo obrigatório.

*O que me incomoda muito é a questão dele mamar toda hora e o bico do meu peito ferir... Se ele está com vontade de mamar, só porque o peito tá ferido. Aí, eu deixo ele mamar assim, mesmo sentindo muita dor, mas eu deixo... Porque mesmo que está ferido você tem que dar. **Ilítia***

Para Ilítia, as mamadas noturnas são difíceis porque ela precisa acordar para amamentar.

*E tem outra, viu, acordar. Na hora que eu estou dormindo aquele sono mais gostoso... Aí ele acorda, chorando. **Ilítia***

Ilítia se mostra preocupada com o comportamento do filho. Ela não percebe o menino como uma criança tranquila, mas como uma criança irritada.

*Eu fico sem saber o que eu faço porque eu quero continuar a dar o peito pra ele, mas se for pra eu dar o peito e ele continuar nessa guerra, eu quero alguma coisa que acalma ele, alguma coisa pra acalmar. **Ilítia***

Ilítia expressa que a maternidade tem sido uma experiência de aprendizado que lhe ensina a ser mais paciente.

*Mas agora, com esse menino, eu aprendi muita coisa, eu sei que esse menino pra mim, pra quem não tem filho e vai ter, criança é o maior remédio para a sua vida é uma criança, tanto pra te dar alegria quanto para te consertar, se você tem algum problema, é ignorante, não tem paciência, criança te conserta bastante. **Ilítia***

Ao terminar a entrevista, Ilítia solicita ao companheiro que dê um banho no filho. Ele pega o menino e o leva para o quarto. Alguns minutos após o pai ter levado o

menino para o quarto, o irmão busca uma chuquinha que estava dentro do carrinho de bebê. Ouço o barulho da água sendo colocada na chuquinha.

Continuo conversando com Ilítia no sofá. O irmão chega com o menino no colo após cerca de vinte minutos e o entrega à mãe. O menino está bastante sonolento. A mãe confere a roupa e diz que acha que o pai não deu banho, só trocou a roupa do filho e o irmão confirma.

Ilítia fala que ainda não conseguiu marcar consulta para o menino na Unidade Básica de Saúde pois não está conseguindo fazer o cadastro. Informa que, na região onde mora, para ser cadastrado no PSF, é necessário residir no endereço há pelo menos um ano, situação não compatível com a dela.

Não houve mais movimentação na casa. Encerro a observação às dez horas.

No enunciado de Ilítia, é possível verificar que ela conhece benefícios biológicos do leite materno para a criança e que se sente satisfeita por poder amamentar e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do filho.

Os sentimentos envolvidos em sua experiência de amamentar são variados podendo expressar aspectos positivos e negativos com a amamentação.

Essa atitude reforça as orientações de Ramos e Almeida (2003), ao apontarem para a necessidade de os profissionais de saúde que assistem à mulher em situação de aleitamento, romperem com o sistema vigente e considerarem a amamentação como um processo cultural que necessita ser apoiado pela sociedade.

Apesar de apontar vantagens do leite materno e de identificar o ambiente domiciliar como um espaço mais confortável para amamentar, Ilítia não mantém a amamentação exclusiva em casa. Durante a observação, Ilítia revela uma

dificuldade de acesso à assistência à saúde de seu filho. A criança está no domicílio há um mês e ainda não foi atendida pelos profissionais da rede básica de saúde. Podemos inferir que Ilítia, após a alta hospitalar de seu filho, ainda não recebeu nenhuma orientação e apoio da equipe de saúde para dar continuidade ao aleitamento exclusivo de seu filho.

A fissura no mamilo é apontada como uma dificuldade para manter a amamentação em livre demanda. Uma das causas de desmame precoce apontadas na literatura são as intercorrências mamárias, conforme evidenciam Parizotto e Zorzi (2008), em seu estudo sobre fatores de risco para interrupção do aleitamento materno precocemente.

A contradição fica expressa no discurso de Ilítia, ao considerar que seu estado emocional está diretamente ligado ao estado comportamental do filho. Em um momento, ela aponta o peito como algo que acalma a criança e, em outro, ela refere-se à necessidade de algo para que o filho não fique irritado. Assim, precisamos considerar que o aleitamento materno não representa apenas alimentação no sentido de nutrição, mas constitui-se de uma relação de troca entre mãe e filho.

“Mama o dia inteiro, aí eu faço as coisas correndo”

São nove horas e cinquenta minutos da manhã. Está um dia muito frio. Chego à casa de Hécate e toco a campainha. Uma senhora me atende e diz para eu entrar.

No lote onde mora Hécate há várias casas. O acesso à casa de Hécate se dá pela lateral esquerda do terreno, após subir alguns degraus de uma escada.

Hécate me recebe na porta de entrada de sua sala. Na sala, há uma mesa de madeira com quatro cadeiras. Sentamos uma de frente para a outra.

Ela me leva para ver o menino no berço. O filho dormia em um quarto ao lado da sala; estava com a cabeceira elevada e lateralizado. O quarto de Hécate tem uma cama de casal, o berço do menino e um tamborete com uma TV em cima dele. Ao lado da TV, há um criado-mudo com produtos de higiene e beleza. Ela carrega o filho no colo e voltamos para a sala.

Hécate fala sobre o nascimento prematuro e inesperado do filho. Ela tem 35 anos, é solteira, possui o ensino médio completo, trabalha como cozinheira em um restaurante, recebe um salário mínimo por mês e está de licença maternidade. Hécate relata que voltará a trabalhar antes de seu filho completar um ano e que havia feito um acordo com os patrões. Mora sozinha com o filho, conta que sua família é do interior, mas que tem uma irmã que mora próximo, em cuja casa almoça todos os dias. Informa que mantém o relacionamento com o pai do menino, mas apenas como namorados. Relata que ele sempre vai visitá-los.

O filho de Hécate nasceu com 655g e 26 semanas de idade gestacional. Ficou internado três meses e nove dias no hospital, sendo praticamente todo o tempo na UTIN. Ficou apenas uma semana na UCI e dois dias na Casa do PID. Está há um mês no domicílio. Tem quatro meses e 10 dias de idade. Hécate, após duas semanas no domicílio, introduziu fórmula láctea na mamadeira e mantém a amamentação em seio materno.

O menino chora e Hécate oferece o peito. Ele mama vinte e oito minutos. Enquanto mama, está atento ao ambiente e olha para a mãe. No entanto, ela manteve contato visual comigo e não olhou ou conversou com o filho durante a mamada. O menino largou o peito e Hécate o colocou para arrotar. Nesse momento, ela beija o filho e ele dorme por aproximadamente vinte minutos.

Logo após o filho acordar, Hécate diz que irá preparar o banho dele e pede para que eu carregue o menino. No meu colo, ele permaneceu tranquilo e alerta.

Ela dá o banho rapidamente no filho e veste uma roupinha limpa. Durante o banho, ele chorou muito e ela não tentou acalmá-lo nem com conversa nem com posicionamento.

Depois do banho, voltamos para a sala e li o termo de consentimento livre e esclarecido com ela. Início a entrevista. O menino chora durante a entrevista, mama por dez minutos e depois dorme. Hécate não se opõe a responder às perguntas enquanto amamenta.

Hécate relata que, no período em que permaneceu acompanhando o menino internado no hospital, a ordenha foi uma atividade difícil. Diz que ficava preocupada quando não conseguia retirar o leite de que o filho precisava.

Tirar o leite? É meio difícil. Tinha hora que eu ficava desesperada porque de noite eu não conseguia. Hécate

Hécate comenta sobre a rotina de amamentação no hospital. De seu enunciado, é possível apreender que os termos utilizados pela equipe são incorporados pela mulher fazendo parte de seu vocabulário.

Eu só fui dar mama pra ele quando ele saiu, foi pra UCI. Aí eu comecei a dar o peito. Dez minutinhos antes das dietas. Eu dava dez minutinhos, depois ele mamava, tomava a dieta. Mas aí não teve como, porque ele queria mais e mais, aí o médico liberou. Aí eu dava só o peito. Não tinha mais dieta. Hécate

Ela relaciona a utilização do leite materno com a alta do filho da UTIN.

Muito bom mesmo poder amamentar ele, porque foi isso que tirou ele mais rápido de lá, do CTI. Hécate

Hécate revela que o filho não apresentou dificuldades para sugar, mas as mamadas noturnas consistiam em uma dificuldade para ela durante a internação do filho.

*Ele pegou o peito sem nenhuma dificuldade. Aí na Casa do PID, à noite era mais difícil, porque ele não dormia queria mamar no peito [...] Só no peito. **Hécate***

Hécate mostra a diferença entre o ambiente hospitalar e o domiciliar com relação à amamentação. Explica que, no hospital, é preciso cumprir as normas de horário e, no domicílio, ela se baseia na observação dos sinais emitidos pela criança. No domicílio, ela se reconhece como cuidadora responsável pelo filho.

*Porque lá eles querem que dê de três em três horas e, em casa, eu dou na hora que eu acho que é necessário. Precisa de dar. Em casa, o diferente é que eu quem cuido. Eu observo se ele está sentindo alguma coisa. **Hécate***

Hécate acredita ter pouco leite. Relata que o filho mama com muita frequência e não lhe deixa o tempo necessário para as outras atividades.

*Pra amamentar, nenhuma dificuldade não, é normal. Olha pra você ver, mama toda hora. Não tive nenhuma dificuldade assim não. Achei tranquilo... **Hécate***

*Aí eu dou pra ele agora, ele mama aqui, aí não dá tempo de o peito encher. Aí eu dou uma mamadeira, o tanto que ele quer... mama o dia inteiro, aí eu faço as coisas correndo. **Hécate***

Ao encerrar a entrevista, uma vizinha de Hécate chega e começa a conversar. Hécate diz que tem o apoio dos vizinhos do lote e sempre é atendida por eles quando precisa.

A partir da observação, foi possível verificar que Hécate é uma pessoa que reside sozinha, não aponta para uma referência familiar que seja a favor da amamentação. Cuida do filho e das atividades do lar sozinha, mas conta com o apoio de uma irmã para não precisar fazer o almoço.

Considerando o processo de aleitamento materno vivenciado por Hécate durante os três meses de internação do filho, é possível inferir que os profissionais de saúde

necessitam repensar o modelo de assistir à mulher e o recém-nascido prematuro durante a internação para que mãe e filho tenham êxito com a amamentação após a alta hospitalar. Além disso, torna-se necessária a reflexão acerca da continuidade da assistência à criança pela equipe do PSF. A equipe de saúde não é mencionada como referência no processo da amamentação do filho de Hécate.

Foi possível verificar que as condições materiais de Hécate sinalizam uma situação financeira desfavorável. Reside sozinha, paga aluguel e recebe um salário mínimo para seu sustento e do filho. Decidiu por sair do emprego e ficar em casa por um ano para cuidar do filho, mas optou pelo aleitamento misto logo nas duas primeiras semanas após a alta hospitalar. A opção de Hécate pela introdução de fórmula láctea revela uma contradição por aumentar seu custo de vida, numa situação financeira desfavorável.

O discurso de Hécate aponta para uma percepção de leite fraco. Talvez esteja insegura para alimentar seu filho de forma exclusiva. Almeida (1999) revela que a crença no leite fraco e no leite insuficiente é secular em nossa cultura e pode interferir diretamente na interrupção da amamentação. Para ele, a mulher que utiliza esses argumentos necessita de apoio da equipe de saúde. Fujimori *et al.* (2010) confirmam que o argumento de leite fraco utilizado pelas mulheres é uma dificuldade encontrada por elas durante a amamentação e a introdução de outros alimentos é a maneira que encontram para resolver o problema, o que resulta em desmame precoce.

5.2 Os analisadores

5.2.1 A experiência das mães com o aleitamento materno no hospital: o hospital como um espaço de aprendizagem

A partir dos enunciados, foi possível apreender que a permanência das mães no hospital acompanhando a internação de seus filhos foi um período em que

aprenderam sobre os cuidados com o filho e sobre o manejo da amamentação com a equipe de saúde.

É necessário considerar que esse momento de aprendizagem vivenciado no hospital mostrou-se importante na continuidade da amamentação após a alta hospitalar, pois as mulheres podem tornar-se mais seguras quando dominam o conhecimento e a habilidade para amamentarem seus filhos.

As mulheres associaram o uso do leite materno com a recuperação do filho, a saída mais rápida da UTIN e do hospital e seu crescimento e desenvolvimento. Essas considerações feitas por elas podem ter sido resultado do conhecimento adquirido pelas mulheres sobre os benefícios do leite materno para a saúde da criança.

Isto torna importante, durante a permanência das mães acompanhando seus filhos internados, que sejam incorporados pelos profissionais a realização de ações educativas individuais e em grupos. Ferenici *et al.* (2009) afirmam que as ações educativas, realizadas em grupos participativos com mães de recém-nascidos prematuros internados, são capazes de promover seu aprendizado para cuidarem de seus filhos durante a internação e após a alta hospitalar. As autoras acrescentam a necessidade de utilização de metodologias efetivas para despertar o interesse do adulto em aprender.

É importante evidenciar que somente informações oferecidas às mães sobre o aleitamento materno não são suficientes para que elas amamentem. Algumas mulheres demonstraram conhecimento sobre os benefícios do leite materno para a saúde da criança, mas optaram por introduzir a fórmula na mamadeira. Esse resultado permitiu verificar que a decisão em manter o aleitamento materno exclusivo ou interrompê-lo não está relacionada apenas ao conhecimento de seus benefícios, mas também a questões culturais e a outros aspectos da vida das mulheres. Assim, podemos inferir que como o uso da mamadeira é uma prática

comum em nossa sociedade, as mulheres e as pessoas de seu convívio podem considerá-lo um ato da vida cotidiana.

5.2.2 O ambiente domiciliar favorecendo a liberdade e o conforto

Ao visitar as catorze casas e famílias, foi possível apreender diferentes realidades, hábitos de vida variados e relações familiares distintas. Encontramos mulheres que moravam sozinhas com o filho, sem contato com demais familiares; mulheres casadas; mulheres solteiras que moravam com a família e que recebiam seu apoio para amamentar e aquelas que, mesmo tendo um companheiro, uma família próxima, desmamaram precocemente seus filhos.

Os domicílios visitados diferenciaram-se no que diz respeito às condições materiais. Apenas alguns domicílios possuíam acabamento interno em pisos e paredes, havia diferenças quanto ao tipo de eletrodomésticos e à renda per capita.

Em sua maioria, os domicílios apresentavam-se limpos e organizados. Apenas um dos domicílios destacou-se quanto a sua desordem e suas condições higiênico-sanitárias desfavoráveis.

O ambiente domiciliar foi apontado por todas as mulheres como um espaço diferente do ambiente hospitalar para amamentar devido à liberdade e conforto oferecidos pelo domicílio.

Heller (2008, p.31) define a vida cotidiana como *“a vida de todo homem.”* Para a autora, a vida cotidiana é vivida pelos homens em todas as suas dimensões utilizando, para isso, suas ideias, sentimentos, desejos e inteligência. A vida cotidiana é mutável e constituída pela organização do trabalho, do lazer, da vida privada, das atividades sociais e do descanso (HELLER, 2008).

As decisões do homem, na vida cotidiana, são baseadas na probabilidade. Isso significa dizer que as ações cotidianas não são calculadas de forma precisa e matemática e as consequências de seus atos são resultantes de probabilidades (HELLER, 2008).

Assim, o processo de amamentação no domicílio se insere no cotidiano dessas mulheres e a decisão por manter ou interromper o aleitamento é tomada mesmo frente à incerteza das conseqüências. Elas estão vivendo em sua cotidianidade e, ao optarem por manter ou interromper o aleitamento, estão baseando sua decisão na probabilidade. Essa assertiva vem de encontro ao entendimento de Silva (1997) que interpreta a decisão das mulheres em amamentar como uma atitude de assumir riscos ou garantir benefícios e é a partir do cotidiano que elas fazem essa escolha.

Os enunciados das mulheres convergem para o entendimento do domicílio como um espaço de liberdade e autonomia. Podemos inferir que, ao retornarem para o domicílio, o espaço da vida privada, as mulheres têm maior possibilidade de tomar decisões e criam seus *habitus* em relação à amamentação de seus filhos. Neste estudo, a palavra *habitus* sugere uma forma representativa de pensamentos, percepções e ações conforme propõe Bourdier (2004).

A amamentação no domicílio foi apontada como uma fase mais agradável de ser vivenciada pela mãe, quando comparada ao hospital devido ao conforto e à possibilidade de intimidade com o filho. As mulheres se sentem mais capazes de atender às necessidades dos filhos no ambiente domiciliar. Entretanto, algumas mulheres desmamaram nas primeiras semanas após a alta hospitalar.

O ambiente domiciliar não pode ser considerado facilitador da continuidade da amamentação de forma isolada. É necessário avaliar outros fatores que podem contribuir para a manutenção do aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros, após a alta hospitalar.

Embora todas as mulheres tenham apontado o domicílio como um espaço favorável ao aleitamento, uma das mães relatou ter sentido insegurança para amamentar nos primeiros dias após a alta hospitalar por não contar mais com a equipe de enfermagem em tempo integral. Isso nos permite apreender uma mudança na tecnologia necessária ao cuidado e ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro logo após a ida para o domicílio e a necessidade de apoio à mãe após a alta hospitalar para a continuidade da amamentação.

5.2.3 A rede social e as mediações produzidas para o aleitamento materno

Durante as observações e as entrevistas, foi possível constatar a presença de pessoas que compartilhavam com as mães tanto os afazeres domésticos como os cuidados com a criança. Foi possível verificar que essa ajuda era realizada por seus companheiros ou por outras mulheres como suas mães, irmãs, sogras ou amigas.

Neste estudo, a rede social de apoio representa um arranjo social formado por pessoas que se relacionam diretamente com as mulheres e que compartilham entre si seus conhecimentos, interesses e valores. Fontes e Martins (2006) refletem sobre a noção de rede social e afirmam que ela revela a existência de vínculo e a utilização de recursos materiais e abstratos pelas pessoas que a compõem para enfrentarem as situações do cotidiano.

A análise dos dados permitiu verificar que todas as participantes tiveram interferência das pessoas pertencentes à sua rede social no processo de amamentação de seus filhos no domicílio.

A análise dos dados evidenciou que duas mulheres que receberam orientações e apoio de sua rede social mantiveram a amamentação exclusiva no domicílio. É importante ressaltar que, nos dois casos, as mulheres contaram com o apoio de suas mães e suas sogras.

Marques *et al.* (2010) afirmam que as mulheres em situação de aleitamento materno se encontram em uma fase da vida em que se tornam mais susceptíveis às opiniões de outras pessoas. Os autores acrescentam que as avós podem influenciar o comportamento materno durante a amamentação.

Embora a figura da avó tenha aparecido no presente estudo como marcante não podemos desconsiderar que a ausência percebida, durante as observações e entrevistas, de outros membros da rede social à qual essas mulheres pertencem, significa a inexistência de influência de outras pessoas como os companheiros, irmãos e amigas.

Neste estudo, a participação e o apoio de um dos pais destacaram-se. Ele reconhece a amamentação como importante para sua filha e ofereceu apoio à esposa, em todo o processo de amamentação, durante a internação e após a alta hospitalar. Torna-se importante ressaltar que essa mulher aponta o apoio do marido como um fator que contribuiu para a continuidade da amamentação.

As pessoas da rede social primária aparecem no cotidiano da amamentação de recém-nascidos prematuros no domicílio como mediadoras, favorecedoras ou dificultadoras da continuidade do aleitamento materno.

Nakano *et al.* (2007) afirmam que as crenças e os hábitos sobre o aleitamento materno são transmitidos pela família, que ocupa o espaço central de referência das mulheres nutrizas. Para os autores, as relações familiares, ao envolverem o processo de amamentação, são sustentadas em afeto, intimidade e solidariedade entre os membros, o que justifica sua posição central para as mulheres que estão amamentando.

No presente estudo, a rede social primária pode ser percebida como um fator que possibilitou a continuidade da amamentação exclusiva no domicílio, mas quando as opiniões dos familiares desencorajavam a prática da amamentação, foi observado

que o desmame esteve mais presente. Os dados permitem inferir que a rede social que a mulher pertence pode influenciar no aleitamento materno com vistas a promovê-lo ou a desencorajá-lo.

A análise dos dados permitiu inferir que as mulheres, ao chegarem ao domicílio com seus filhos, encontram-se em uma nova condição, com uma experiência com a amamentação durante a internação hospitalar e a rede social pode ser considerada como referência para a mulher no domicílio quanto à alimentação de seu filho.

A manutenção ou a interrupção da amamentação sofre um efeito importante do apoio recebido pela mulher de sua rede social, visto que a amamentação é uma prática cultural e determinação social.

5.2.4 A tecnologia necessária para o sucesso da amamentação de recém-nascidos prematuros

As observações e a análise dos enunciados permitiram verificar que a amamentação no domicílio é parte integrante dos cuidados ao recém-nascido prematuro. Considerando a amamentação como uma prática que demanda diferentes tecnologias para sua continuidade, tornou-se necessário discutir sobre a assistência prestada ao recém-nascido prematuro e sua família durante a hospitalização e após a alta hospitalar como um fator que interfere na manutenção do aleitamento materno exclusivo.

A assistência à saúde do recém-nascido prematuro depende de diferentes tecnologias. Neste estudo, a abordagem das tecnologias em saúde foi adotada a partir das definições propostas por Merhry (1997, p.121) como: as *tecnologias duras* são aquelas ligadas a “equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais”; as *tecnologias leve-duras* são decorrentes do “uso de

saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia” e as *tecnologias leves* como as tecnologias de relação “do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”.

A análise dos dados permitiu verificar que a continuidade do aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros no domicílio depende de diferentes modalidades de tecnologias.

Quanto às *tecnologias leve-duras*, os profissionais de saúde foram apontados pelas mulheres como pessoas que as orientaram quanto ao manejo da lactação durante a internação de seus filhos prematuros. Podemos inferir que as mães, ao falarem disso, estavam dizendo que tiveram que aprender sobre a amamentação. Considerando o aleitamento materno como um *continuum* em um processo de cuidado ao recém-nascido, é necessária a existência de um saber sistematizado para orientar e apoiar as mulheres durante a amamentação.

Além da importância do conhecimento sobre a amamentação pelos profissionais de saúde, neste estudo, foi possível apreender que algumas mães utilizaram esse aprendizado para identificar os benefícios do leite materno para seus filhos e para a continuidade da amamentação no domicílio.

O conhecimento e a experiência das mães com o aleitamento materno durante a internação de seus filhos possibilitaram a utilização da tecnologia contida no processo de aprendizagem como um dispositivo para a continuidade do aleitamento após a alta hospitalar.

A análise dos dados evidencia que, embora as informações obtidas do discurso científico pelas mães sejam necessárias, as informações do senso comum também exercem influência na continuidade da amamentação e pode ser considerada de

maior relevância para as mães. Podemos inferir que a *tecnologia leve-dura* pode ser importante para respaldar a mulher em sua decisão quanto ao aleitamento materno.

No que se refere às *tecnologias leves*, verificou-se que são necessárias na assistência à amamentação visto que as habilidades de comunicação são fundamentais para o apoio às mulheres em processo de aleitamento materno. Leite, Silva e Scochi (2005) identificam a necessidade de os profissionais de saúde adotar uma postura que facilite sua interação com as nutrizes para compreender as dificuldades encontradas por elas no processo de amamentação e ajudá-las a resolvê-las.

Neste estudo, a maioria das mães identificou o aleitamento materno como uma prática que lhes possibilitou experimentar a maternidade e que favoreceu o contato e a troca de afeto com seus filhos. Assim, podemos identificar o emprego da *tecnologia leve* caracterizando uma possibilidade oferecida pelo aleitamento materno entre as mães e seus filhos.

Os enunciados das mães referentes a sua capacidade de oferecer o leite e de nutrir como uma experiência que as aproxima dos filhos remetem-nos ao conceito de dádiva proposto por Caillé (2002, p.192) “qualquer prestação de bem ou de serviço, efetuada sem garantia de retorno, tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social”. O aleitamento materno pode ser reconhecido como uma dádiva ofertada pelas mães por meio de seu corpo.

A análise dos dados permitiu inferir que o corpo da mulher aparece como uma tecnologia necessária ao aleitamento materno. A mulher utiliza seu corpo superando seus limites e suas possibilidades.

O corpo, na amamentação, é revelado como possibilidade ao serem identificadas a sua capacidade de nutrir, de formar e fortalecer o vínculo entre a mulher e o filho durante o aleitamento materno.

Os limites do corpo aparecem não apenas em forma de cansaço e dor, mas em sua necessidade de beleza e cuidado. Duas mulheres apontam a amamentação em livre demanda como um fator que as impede de cuidar dos cabelos e de pintar as unhas.

Uma das mães do estudo aponta para a dor que sente no mamilo ao amamentar seu filho e revela que, mesmo sentindo dor, ela oferece o peito porque “tem que dar”. Isso nos permite inferir que a mulher pode, ao vivenciar a maternidade, atribuir maior valor às necessidades do filho quando comparadas a suas próprias necessidades e superar os limites de seu corpo para atender à demanda do filho.

Nakano (2003) afirma que a construção cultural da maternidade sugere uma doação da mãe para o filho, o que pode implicar na inexistência de limite entre a individualidade do corpo da mulher e de seu filho no período inicial da vida resultando em conflitos e que, de maneira subjetiva, reivindicam os limites de seu corpo.

A análise dos dados permitiu verificar que, para as mães e recém-nascidos deste estudo, a manutenção do aleitamento materno não exigiu a utilização de *tecnologias duras*.

5.2.5 A trajetória do recém-nascido prematuro: necessitando da continuidade da atenção à saúde

A análise dos dados permitiu verificar que as mulheres, ao retornarem a seus domicílios com seus filhos prematuros, encontravam-se em uma nova condição. Tornaram-se responsáveis pela amamentação e cuidados de seus filhos sem a presença, em tempo integral, da equipe de saúde.

A amamentação do recém-nascido prematuro, após a alta hospitalar, apresentou-se como um dos cuidados realizados pelas mães, facilitado pela experiência que

acumularam durante a internação de seus filhos. Dittz (2009) revela que a participação das mães no cuidado do recém-nascido internado na UTIN é possibilitada quando a equipe reconhece a alteridade e a construção da maternidade pela mulher. A autora afirma que as mães conquistam um espaço e um fazer no cuidado que resulta em um novo modo de cuidar.

Os enunciados revelaram que, ao permanecerem internadas, acompanhando seus filhos prematuros no hospital, as mulheres adquiriram conhecimentos e práticas sobre o aleitamento materno configurando-se em uma nova experiência de vida. Ao amamentarem no domicílio, encontram-se em outra etapa de suas vidas e o fazem a partir da experiência anterior e das condições reconhecidas por elas como benefícios e possibilidades de continuidade da amamentação.

A análise dos dados evidenciou que mesmo as mulheres que mantiveram o aleitamento materno exclusivo no domicílio apresentam dificuldades para mantê-lo. A continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro e sua família necessita ser pautada nos princípios da integralidade e do trabalho em rede de serviços. Deve ser caracterizada como um *continuum* visto que, ao receber alta hospitalar, os recém-nascidos e suas famílias apresentarão outras demandas que devem ser consideradas pelos profissionais do sistema de saúde.

Ao discutir a continuidade da amamentação exclusiva no domicílio, torna-se relevante a discussão proposta por Ayres (2007, p.53) sobre o *êxito técnico* como “à dimensão propriamente instrumental da ação” e o *sucesso prático* como “à dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana”.

Podemos considerar o aleitamento materno exclusivo à alta hospitalar de recém-nascidos prematuros como um êxito técnico. Porém, a interrupção da amamentação ou a introdução da fórmula e da mamadeira no domicílio, apontam para a inexistência do sucesso prático. Assim, podemos inferir que o sucesso prático no

aleitamento materno requer superação de uma realidade caracterizada por ações normativas e a sua incorporação como um valor na vida cotidiana de profissionais, mulheres e famílias.

Embora algumas mulheres tenham relatado estarem fazendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos na Unidade Básica de Saúde (UBS), não ficou evidente, a partir da análise dos dados, que os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) sejam considerados referência para essas mães no que se refere à amamentação e cuidados de seus filhos no domicílio. Os dados evidenciam que o contato das mulheres e seus filhos com a ESF acontece nas consultas na UBS e não houve relatos de visitas domiciliares pela equipe de saúde.

A análise dos dados evidenciou que houve ruptura na continuidade do cuidado ao recém-nascido prematuro e suas mães pois, ao receberem alta hospitalar, não houve garantia de assistência à saúde a todos os recém-nascidos e suas mães. Os recém-nascidos prematuros, ao receberem alta hospitalar, necessitam ser assistidos pela Equipe de Saúde da Família ou pela equipe de seguimento do hospital de origem. A partir do exposto, podemos considerar que a comunicação entre serviços e a integração de ações em saúde são desafios a serem superados, para que se concretizem os princípios da integralidade do cuidado como uma rede permite o reconhecimento das demandas em saúde e que ofereça cuidados e serviços a partir das necessidades dos usuários.

Podemos inferir que a integração das ações em saúde pode viabilizar um cuidado oportuno pela equipe de saúde visto que a continuidade do aleitamento materno é importante na redução da morbi-mortalidade de recém-nascidos prematuros e, portanto deve ser reconhecida pelos profissionais e serviços de saúde, como uma ação importante no plano de cuidados, em nível hospitalar e ambulatorial.

Mendes (2010) afirma que as condições crônicas, incluindo as maternas e infantis, exigem que os sistemas de atenção à saúde sejam organizados e atuem de forma

proativa, contínua e integrada. A assistência à saúde da criança durante a puericultura é considerada uma condição crônica. Assim, podemos inferir que o aleitamento materno seja considerado como condição crônica durante a puericultura e, portanto necessita de ações que sejam contínuas, estejam integradas nas de assistência à saúde das crianças e que os profissionais atuem de maneira proativa com vistas a incentivá-lo e apoiá-lo.

Ao falarem sobre a continuidade do aleitamento materno no domicílio, duas mães se referem aos pediatras como profissionais que acompanham o crescimento de seus filhos após a saída do hospital. A análise dos dados permitiu inferir que eles não se mostraram mediadores facilitadores da manutenção da amamentação exclusiva após a alta hospitalar. Em um dos casos, a justificativa da introdução de fórmula esteve relacionada ao ganho de peso insatisfatório e, no outro, à volta ao trabalho. As outras doze mães, em seus relatos, não apresentaram nenhum outro profissional de saúde como mediador da continuidade da amamentação no domicílio após a alta hospitalar.

De acordo com o Manual de Atenção à Saúde da Criança, publicado em 2005, pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, orientar sobre o aleitamento materno é uma das atribuições da equipe de saúde do PSF. Desse modo, podemos inferir que uma atuação mais efetiva da Equipe de Saúde da Família poderia contribuir na melhoria da prevalência do aleitamento materno após a alta hospitalar (MINAS GERAIS, 2005).

A análise dos dados permitiu verificar que, entre as catorze mães participantes do estudo, duas ainda não estavam vinculadas ao serviço de saúde para realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Em um dos casos, os profissionais da Unidade de Referência de sua região alegaram a falta de um profissional capacitado para assistir a criança devido a seu nascimento prematuro e que a responsabilidade pelo acompanhamento da criança deveria ser do hospital onde ela nasceu. No outro caso, o acesso ao serviço de saúde local se dá a partir do tempo de moradia no endereço e a família ainda não havia completado

o tempo mínimo na residência que lhes garantisse o acesso ao serviço de saúde da região.

Sobre essa situação encontrada no estudo, torna-se relevante a discussão sobre os oito objetivos do milênio propostos pela ONU em 2000, dentre os quais encontramos a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2010).

A criança tem direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Embora as políticas sociais públicas definam a saúde como um direito, esse conceito vem sendo utilizado como uma noção de privilégio e não de cidadania.

Machado *et al.* (2005) advogam que, embora o direito à saúde esteja contemplado na legislação, é necessário que se torne uma ação concreta nos serviços de saúde. Recém-nascidos prematuros, principalmente aqueles menores de 1500g ao nascimento, podem apresentar complicações e sequelas a médio e longo prazo como: déficit motor e neurológico, déficit nutricional ao final do primeiro ano de vida e atraso na linguagem. O acompanhamento sistemático de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar é um fator que contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado dessas crianças e pode diminuir o risco de complicações futuras (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004; MOTA *et al.*, 2005).

As complicações biológicas acrescidas da vulnerabilidade social e da ruptura da continuidade da assistência à saúde de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar podem resultar em situações mais complexas como a maior mortalidade e morbidade de crianças nascidas prematuramente.

A necessidade do oferecimento da assistência em saúde como uma atenção oportuna vem de encontro ao princípio do cuidado como fio tecedor da integralidade, a partir da atuação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, Silva Junior *et al.* (2005) explicam que os profissionais devem partir da percepção das necessidades de saúde dos usuários para direcionarem sua prática profissional. Os autores acrescentam que os profissionais, além de prestarem o cuidado, precisam gerenciar a busca de recursos e otimização de resultados. Assim, torna-se possível estabelecer uma relação de vínculo entre profissionais e usuários e oferecer uma assistência que, efetivamente, atenda às necessidades dos recém-nascidos prematuros e suas famílias.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em 2005, publicou o Manual de Assistência Hospitalar ao Neonato com um capítulo sobre o seguimento ambulatorial do recém-nascido de risco (MINAS GERAIS, 2005). Nesse capítulo, os recém-nascidos prematuros menores de 34 semanas ao nascer e os de baixo peso menores de 2000g ao nascer são classificados como risco II e, portanto, devem ser encaminhados a um serviço de referência (ambulatório de seguimento de risco) e, simultaneamente, acompanhados pela Unidade Básica de Saúde.

A análise dos dados evidenciou que as famílias, ao retornarem ao domicílio com seus filhos, nem sempre têm garantido o acesso ao serviço de saúde o que pode comprometer a continuidade da amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar.

5.2.6 As condições materiais e o aleitamento materno

A análise dos dados nos permitiu visualizar que as famílias que participaram do estudo possuíam renda per capita entre R\$ 90,20 e R\$ 902,00. Analisar o perfil econômico das famílias não é objetivo do estudo. Esses dados, entretanto, nos permitem inferir que há necessidade de se considerar um risco aumentado devido à

vulnerabilidade social, por apresentarem menos oportunidades no que diz respeito às condições materiais, objetivas de suas realidades.

Os dados obtidos por meio das observações mostraram que o aleitamento materno exige dedicação de tempo dessas mulheres para atenderem à demanda de seus filhos. Oito das catorze mulheres que participaram do estudo não trabalhavam fora do lar e quatro das seis que trabalhavam antes do filho nascer, optaram por não retornarem ao trabalho. Entretanto, foi possível verificar que, apesar de algumas mulheres contarem com a ajuda do companheiro ou de outra pessoa de sua rede social, eram as principais responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos reforçando o papel social da mulher como cuidadora.

Há evidências na literatura de que as mulheres com maior nível de escolaridade e melhores condições financeiras mantêm o aleitamento materno por mais tempo, quando comparadas às de menor escolaridade e menor poder aquisitivo (BRASIL, 2009; ESCOBAR, *et al.*, 2002). Entretanto, esses estudos não apontam para as causas dessas diferenças.

A partir da análise dos dados, podemos inferir que essa diferença não está associada ao menor acesso à informações, uma vez que as mulheres deste estudo permaneceram em um Hospital Amigo da Criança e receberam orientações sobre o manejo da lactação. No entanto, podemos verificar que podem contribuir, para essa realidade, as diferentes oportunidades de manutenção da infraestrutura da casa, o apoio recebido da rede social primária e a necessidade de assumirem várias responsabilidades no cotidiano.

Um dos domicílios visitados permitiu verificar essa realidade quando uma mulher, mãe de três filhos, com história anterior positiva de aleitamento materno, havia introduzido leite de vaca para seu filho após duas semanas no domicílio. As condições materiais da família eram precárias, ela era a responsável pelo cuidado da casa e dos três filhos em uma situação higiênico-sanitária desfavorável e não

contava com uma rede de apoio para a amamentação. Essa situação nos apresenta uma contradição uma vez que, em condições higiênico-sanitária e materiais desfavoráveis, a família ainda necessita gastar recursos com a compra de leite para uma criança que poderia continuar recebendo apenas o leite materno.

As mulheres participantes deste estudo se caracterizaram como um grupo heterogêneo no que se refere ao trabalho remunerado. Algumas delas, trabalhadoras formais, se beneficiaram de uma das políticas de proteção ao aleitamento materno no país, a licença maternidade de 120 dias prevista na legislação - Constituição Federal, artigo 7, inciso XVIII (BRASIL, 1988). Entretanto, havia mulheres que trabalhavam no mercado informal e não podiam usufruir desse benefício. Nesse sentido, torna-se necessária a criação de alternativas de proteção ao aleitamento materno para mulheres que não pertencem ao mercado formal de trabalho. Na Índia, foi realizado um projeto que contou com o apoio de empregadores das mulheres que trabalhavam como empregadas domésticas para que elas pudessem dispender seu tempo amamentando seus filhos (MENON; MULFOR, 2007).

Além do trabalho, a continuidade dos estudos foi identificada como um fator que dificulta a manutenção do aleitamento materno e os cuidados da criança pelas mães adolescentes. Uma das mães participantes do estudo optou por interromper os estudos para cuidar da filha até que complete um ano de idade. No Canadá, por exemplo, existem programas de apoio às mães adolescentes para continuarem amamentando sem interromper seus estudos. Esses programas contemplam a flexibilidade de horário para o estudo e mesmo o cumprimento de atividades escolares no domicílio (MENON; MULFOR, 2007).

As condições materiais foram identificadas como um fator que, em determinadas situações, podem exercer influência na continuidade do aleitamento materno. Embora as Políticas de Aleitamento Materno no Brasil contemplem a promoção, a proteção e o apoio à amamentação, neste estudo, ficou evidente a fragilidade

dessas políticas para atender às necessidades dos recém-nascidos prematuros e suas mães em condições materiais desfavoráveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu apreender os aspectos relacionados ao aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros no domicílio a partir da experiência das mães.

Uma aproximação com o cotidiano das mulheres que amamentam e cuidam de seus filhos prematuros no domicílio possibilitou maior compreensão do processo de aleitamento materno e dos aspectos que interferem em sua continuidade após a alta hospitalar e as contradições presentes nessa realidade.

O estudo possibilitou evidenciar que o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros é vivenciado de forma singular, por cada mulher, em seu cotidiano. Os depoimentos permitiram identificar a presença de sentimentos contraditórios vivenciados pelas mulheres durante o processo de amamentação de seus filhos.

Verificou-se a interferência da rede social no processo de amamentação dessas mulheres. A rede social exerceu influências positivas e negativas na continuidade do aleitamento materno. Desse modo, recomenda-se que os profissionais de saúde atuem com vistas a apoiar não apenas as mulheres no processo de amamentação, mas também a rede social de apoio para que o aleitamento materno seja vivenciado de forma exitosa pelas mulheres, seus filhos e famílias.

O estudo permitiu verificar que a experiência de amamentação vivenciada pelas mulheres durante a internação de seus filhos foi identificada como uma possibilidade de aprendizado com a equipe de saúde. Neste sentido, torna-se necessário o investimento na formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuação no aleitamento materno.

O ambiente domiciliar foi identificado como um espaço que possibilitou a experiência de o aleitamento materno ser vivenciado com mais liberdade e conforto quando comparado ao ambiente hospitalar. Entretanto, podemos inferir que as vantagens apontadas pelas mães sobre o ambiente do domicílio não foram suficientes para a manutenção do aleitamento materno exclusivo se analisadas isoladamente.

O estudo permitiu verificar que o aleitamento materno é uma prática que depende de diferentes tecnologias, porém a tecnologia leve, referente às relações e afetos, se destacou. Assim, podemos inferir que a amamentação permite a construção de vínculo entre mãe e filho. Os enunciados revelaram que o corpo da mulher pode ser reconhecido como um instrumento que possibilita a integração e fortalece a relação afetiva entre ambos.

Evidenciou-se que as condições materiais podem ter influência na continuidade do aleitamento materno exclusivo no domicílio por serem determinantes de maiores ou menores oportunidades, por aumentarem ou diminuir os riscos e a vulnerabilidade dos recém-nascidos e suas famílias.

Fragilidades foram reconhecidas quanto à atuação dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros por não serem apontados como referência para as mulheres em situação de aleitamento e cuidados de seus filhos no domicílio.

Ao contrário do que é proposto pela legislação e Sistema Único de Saúde, o direito à saúde ainda não acontece por meio do exercício da cidadania e foi possível identificar que os serviços de saúde ainda precisam avançar, tanto no que diz respeito ao acesso, à assistência propriamente dita quanto na articulação do trabalho em rede para atenderem às necessidades de saúde de recém-nascidos prematuros e suas famílias.

Ressalta-se que a garantia da continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro após a alta hospitalar é fundamental para a manutenção do aleitamento materno no domicílio, pois as mulheres necessitam de incentivo e apoio dos profissionais de saúde para manterem a amamentação exclusiva. Recomenda-se outros estudos sobre a continuidade da assistência aos recém-nascidos prematuros, suas mães e famílias e a relação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

A análise dos dados nos permitiu inferir que todos os recém-nascidos prematuros, após a alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo, podem continuar a ser amamentados no domicílio. Entretanto, suas mães necessitam de apoio para a manutenção da amamentação. Para isso, faz-se necessária uma abordagem, tanto pelas políticas públicas quanto pelos profissionais de saúde, que contemple não apenas os aspectos biológicos do aleitamento materno, mas também os aspectos emocionais, culturais, históricos e sociais que envolvem esse complexo processo.

Podemos inferir que a amamentação exclusiva à alta de recém-nascidos prematuros configura-se em um êxito técnico do aleitamento materno. Entretanto, podemos apontar como desafio o sucesso prático da amamentação após a alta hospitalar. O sucesso prático pode se concretizar a partir de uma assistência na qual a escuta das mulheres e família seja realizada e considerada pelos profissionais de saúde.

Como resultado deste estudo, podemos afirmar que o aleitamento materno se insere no contexto de vida da mulher. Assim, a continuidade do aleitamento materno no domicílio está relacionada a aspectos individuais e sofre influências de diferentes fatores presentes no cotidiano de cada recém-nascido, de sua mãe e de sua família.

REFERÊNCIAS

ALFAYA, C.; SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Est. Psicol.**, Campinas, v. 10, n.2, p. 279-285, 2005.

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

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza cultura. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p. 119-125, 2005.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS-AAP. Follow-up care of High-risk infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 114, p.1377-97, 2004.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE-GRANBEL. **Mapa da região metropolitanda de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://granbel.ite.net.br/IM_mapambh.asp> Acesso em: 29 nov. 2010

AUCOTT, S. *et al.* Neurodevelopmental care in the nicu. **Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.**, New York, v.8, n.4, p. 298-308, 2002.

AVERY, G. B. Neonatologia: perspectiva na década de 90. In: AVERY, G.B. **Neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap. 1, p. 3-7.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora 70, 2008.

BAUER, M.W.; GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2007.

BITTAR, R. E. O que fazer para evitar a prematuridade. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.15-16. jan-mar. 2001.

BORIS, G. D. J. B.; CESÍDIO, M. H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Rev. Mal-estar Subj.**, Fortaleza, v.7, n.2, p. 451-478, set. 2007.

BOURDIER, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004. 223p.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes e usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, maio/jun. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa Federal do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigo 7 inciso XVIII.

BRASIL. **Lei 8069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil, 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>> Acesso em: 11 jun. 2010.

BRASIL. **Lei 11265 de 03 de janeiro de 2006**. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura correlatos. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96062/lei-11265-06>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos**: bases técnico-científicas, diagnóstico alimentar e nutricional e recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1683 de 12 de julho de 2007. Aprova a norma de orientação para implantação do método canguru, destinada a promover a atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p.134.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1251>. Acesso em: 11 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 nov. 2010.

BURKHAMME, M. D.; ANDERSON, G. C.; GHIU, S.H. Grief, anxiety, stillbirth, and perinatal problems: healing with Kangaroo care. **Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v.33, n.6, p. 774-782, Nov-Dez. 2004.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom: terceiro paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAMPBELL, S. H.; GUTMAN, C. Challenges of breastfeeding preterm infants: a case study. **Awhonn Lifelines**, Philadelphia, v.10, n.6, p. 490-497, dec./jan. 2006-2007.

CASTRO, A. G. *et al.* Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. **Pró-Fono Rev. Atual. Cient.**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 29-38, jan./abr. 2007.

CHARPAK, N. *et al.* Kangaroo mother care: 25 years after. **Acta Paediatr.**, Stockholm, n.94, v.5, p.514-522, may 2005.

CULLER, J. **Teoria Literaria: uma introdução**. São Paulo: Beca Prod. Cult., 1999.

DITZ, E.S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2009. 147 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, 2009. 147p.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2008.

DUARTE, E. D. **O cuidado ao recém nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** 2007. 190 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, 2007.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R. Cuidado mãe canguru: relato de experiência. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 5, n.1, p. 86-92, jan./dez. 2001.

ESCOBAR, A. M. U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.2, n.3, p. 253-261, set./dez. 2002.

FERECINI, G. M. *et al.* Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n.3, p.250-256, jul./set. 2009.

FLACKING, R. *et al.* Trustful bonds: a key to [quot]becoming a mother[quot] and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 62, n.1, p.70-80, Jan. 2006.

FLACKING, R.; DYKES, F.; EWALD, U. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. **Scand. J. Public Health**, Oslo, v. 38, n. 4, p. 337-343, June 2010.

FLECTHER, M. A. Avaliação física e classificação. In: AVERY, G. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido.** 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 269-289.

FONTES, B.; MARTINS, P. H. **Redes, práticas associativas e gestão pública.** Recife: Editora Universitaria UFPE, 2006.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 295p. p. 99-113.

FUJIMORI, E. *et al.* Aspectos relacionados ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 315-327, jun. 2010.

FUJINAGA, C. I. *et al.* Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-Fono Rev. Atual. Cient.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 143-150, abr./ jun. 2007.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da evolução**: um estudo introdutório. São Paulo: Editora Cortez, 1997.

GIUGLIANI, E. *et al.* Breast pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. **Acta Paediatr.**, Stockholm, v. 85, p.1499-500, 1996.

GROLEAU, D.; CABRAL, I. E. Reconfiguring insufficient breast milk as a sociosomatic problem: mothers of premature babies using the kangaroo method in Brazil. **Matern Child Nutr.**, Oxford, v.5, n.1, p.10-24, Jan. 2009.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. (Des) motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n.1, p.11-20, mar. 2007.

HAKÉ-BROOKS, S. J.; ANDERSON, G. C. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial. **Neonatal. Netw.**, San Francisco, v. 27, n. 3, p.151-159, May/June 2008.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Indicadores 2009**. Belo Horizonte: HSF, 2009.

JAVORSKI, M. *et al.* As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.12, n.6, p. 890-898, nov./dez. 2004.

KLAUSS, M. H.; KENNEL, J. H. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 4-12, jan. 1998.

LAMY FILHO, F. *et al.* Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p.428-435, set./out. 2008.

LARGUÍA, M. Maternidades centradas en la familia. **Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda**, Buenos Aires, v.17, n.3, p.103-109, 1998.

LEE, Y. T.; LEE, T. T.; KUO, S. C. The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 65, n.12, p. 2523-2531, 2009.

LEITE, A. M.; SILVA, I. A.; SCOCHI, C. G. S. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Riberão Preto, v.12, n. 2, p.258-264, mar./abr. 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EDU, 1986.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. 304 p.

MARGOTTO, P. R. Leite humano exclusivo para o recém-nascido prematuro: evidências para a sua adição. In: MARGOTTO, P. R. **Assistência ao recém-nascido de risco**. 2. ed. Brasília: Porfiro, 2004.

MARQUES, E. S. *et al.* A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, p.1391-1400, 2010.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002. Cap. 7, p.147-187.

MEIER, P. P.; BROWN, L. State of the science: breastfeeding for mothers and low birth weight infants. **Nurs. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 31, p. 351-365, 1996.

MEIER, P. P.; FURMAN, L. M.; DEGENHARDT, M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. **J. Midwifery Womens Health.**, New York, v. 52, n. 6, p.579-587, Nov./Dec. 2007.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 3, p.311-318, 2003.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENON, L.; MULFORD, C. (Ed.) **Innovative Initiatives: supporting working women's right to breastfeed**. Malaysia: World Alliance for Breastfeeding Action – WABA, 2007.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e ferindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-160.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Análise da Situação da Saúde em Minas Gerais/2008**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Assistência hospitalar ao neonato**. Belo Horizonte: SES-MG, 2005. 294p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/protocolos/assistencia_hospitalar_neonato.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?dtxt=21379> Acesso em: 20 nov. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiências existenciais de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 3, n. 43, p. 639-643, 2009.

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**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.355-363, 2003.

NAKANO, A. M. S. *et al.* O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 230-238, mar./abr. 2007.

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

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, maio/jun. 2004

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, M.C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1901-1910, nov.-dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Semana mundial da amamentação. “Amamentação: garantir esse direito é responsabilidade de todos”. Brasília, 08 abr. 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=593>>. Acesso em: 27 out. 2008.

OSIS, M. J. D. *et al.* Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 172-179; mar./abr. 2004.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.

PRIGENZI, M. L. H. *et al.* Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período de 1995-2000. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n.1, p.93-101, jan./mar. 2008.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

RAUSCH, M. C. P. *et al.* **Análises da situação de saúde no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 47p.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.142-149, 2007.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, n.1, S101-S110, 2005.

SANTIAGO, L. B. *et al.* Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 504-512, 2005.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto: USP, 2000.

SERTORIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólicas e utilitária da chupeta na visão das mães. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 56-62, 2005.

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

SILVA, I. **Amamentação uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe, 1997. 257p.

SILVA, M. H .A. *et al.* Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ao nascer: subsídios para a assistência de enfermagem em berçário. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 282-291, maio 2000.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 108-115, jan./mar. 2009.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. D. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. 304 p.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p.957-964, 2008.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n.5, p. 645-651, set-out, 2008.

SOCIEDADE MÉDICA PAULISTA DE ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE. Compromisso com a qualidade hospitalar. **Taxa de aleitamento materno no Brasil**. Disponível em:< <http://www.cqh.org.br/?q=node/1027>>. Acesso em: 06 jul. 2009.

SOUZA, M. B. M.; ALMEIDA, J. A. G. **História da alimentação do lactente no Brasil**: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

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 Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 183-191. jan./mar. 2008.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2007.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 28, n.1, p.79-88, 2007.

TRONCO, C. S. *et al.* Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.108-113, jan./mar. 2010.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VITOLLO, M. R. *et al.* Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev Psiquiatr.** Porto Alegre, v. 29, n.1, p.28-34. 2007.

WALKER, M. Physiology of the breast during pregnancy and lactation. In: MANNEL, R.; MARTENS, P. J.; WALKER, M. (Ed.). **Core curriculum for lactation consultant practice.** 2. ed. Morrisville, NC: International Lactation Consultant Association, 2007. p. 223-233.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Nutrition Data Banks. Global data bank on breastfeeding. **Archives.** Geneva: WHO, 2003. Disponível em: http://www.who.int/nut/db_bfd.htm. > Acesso em: 27 out. 2008.

APÉNDICES

APENDICE A

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter recebido da Enfermeira, Cynthia Márcia Romano Faria, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - área de concentração enfermagem e saúde, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo, os dados serão utilizados para produção da dissertação, de artigos e apresentação em eventos científicos. Todo o material obtido será destruído (queimado) após cinco anos do término da pesquisa.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ser fotografada, filmada e a minha fala gravada durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Belo Horizonte,de.....de 2010.

Entrevistado:.....

Pesquisador:.....

Contato da participante:

Telefone:.....

Endereço para
contato:.....

.....

Assinatura:.....



Polegar Direito

APÊNDICE B

CARTA DA PESQUISADORA

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2010

Prezada _____,

Eu, Cynthia Márcia Romano Faria, sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – área de concentração enfermagem e saúde e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. Essa pesquisa está sendo orientada pela professora Roseni Rosangela Sena.

Sua colaboração é muito importante para a realização desse estudo e, por isso, solicito a sua participação. Algumas informações são necessárias para que a senhora decida sobre sua participação.

1. Sua colaboração é voluntária, consiste em responder algumas perguntas de uma entrevista, participar da observação e autorizar que sua fala seja gravada.
2. Caso a senhora não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para seu filho, caso ele esteja sendo acompanhado no ambulatório do Hospital Sofia Feldman.
3. Durante a implementação da pesquisa, poderá fazer todas as perguntas que achar necessárias para esclarecer suas dúvidas.
4. A entrevista será gravada e a senhora poderá ter acesso à gravação e à transcrição, se assim o desejar.
5. Será garantido seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado o sigilo de dados confidenciais.
6. A utilização dos resultados obtidos será exclusivamente para fins científicos.
7. A senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora se sentir necessidade durante ou após o período de coleta de dados pelo telefone (31) 34869137/ (31) 88884080 ou pelo e-mail: cynthiaromano28@yahoo.com.br.
8. Para participar dessa pesquisa, a senhora não terá nenhum tipo de despesa nem receberá nenhuma gratificação.
9. Ao final da pesquisa, a senhora terá livre acesso a seu conteúdo, se for de seu interesse e poderá discuti-lo com a pesquisadora.

Certa de contar com seu apoio, agradeço.

Cynthia Márcia Romano Faria

Contato da pesquisadora:

Cynthia Márcia Romano Faria

Tel.: (031)3486-9137 / 8888-4080

Endereço: Rua Camilo Prates, 655 apto 302 Bairro União, Belo Horizonte, MG.

CEP 31170-490

Email: cynthiaromano28@yahoo.com.br

Belo Horizonte, 26 de agosto de 2009

APENDICE C
CARTA À COORDENADORA

Prezada Senhora,
Coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman
Dra. Lélia Maria Madeira

Encaminho, para apreciação dessa instituição, a realização do projeto de pesquisa “O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar”.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar aspectos relacionados ao aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar, a partir da experiência das mães. Considero ser esse estudo necessário, devido a sua contribuição para a assistência integral ao recém-nascido e sua família.

Os atores informantes serão as mães de recém-nascidos prematuros egressos da UTIN do Hospital Sofia Feldman. Como instrumento de coleta de dados, serão utilizadas a observação participante e a entrevista com roteiro semi-estruturado que serão gravadas para posterior análise dos discursos.

Certa de contar com a atenção de V.Sa., coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cynthia Márcia Romano Faria
Enfermeira

APÊNDICE D**Roteiro semi-estruturado das entrevistas**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS- GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Roteiro de Entrevista

Nome da mãe ou responsável: _____
Nº _____ Data da entrevista: ____/____/____
Idade: _____ Grau de escolaridade: _____ Estado civil: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Trabalha fora? _____ Casa própria? _____ Quantos cômodos? _____
Quantas pessoas vivem na casa? _____
Renda familiar: _____ Principal provedor: _____

Dados da criança:

Idade atual: _____ Sexo: _____
IG ao nascimento: _____ Peso de nascimento: _____
Duração da internação no hospital: _____
Quanto tempo em casa? _____

Perguntas norteadoras

1. Como foi sua experiência de amamentar seu filho no hospital?
2. Como foi/está sendo sua experiência de amamentar seu filho em casa?
3. Quais as facilidades você encontrou para amamentar seu filho após a alta do hospital?
4. Quais as dificuldades você encontrou para amamentar seu filho no domicílio?

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Local:_____.

Data: __/__/__. Início:__:__:__. Término:__:__:__.

A observação será orientada pelas seguintes questões:

- Como se dá a interação entre mãe e filho?
- Como é a dinâmica da família?
- Como é a atuação da mulher na família?
- Como é a rotina de cuidado do bebê?

ANEXOS

Parecer de Relator – 08/2009

SISNEP: ?

Título do Projeto: O aleitamento materno em recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar

Interessados:

√ Dra. Roseni Rosangela de Sena (Orientadora)

√ Cynthia Márcia Romano Faria (Mestranda)

DECISÃO

Comunicamos que, após reanálise do Protocolo de Pesquisa relativo ao Projeto intitulado: O ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR constatou-se o atendimento às solicitações feitas no PARECER datado de 05 de outubro de 2009.

Neste sentido, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) considera **APROVADO** o referido Projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser utilizado.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.



Dra. Lélia Maria Madeira

Coordenadora do CEP/HSF



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0556.0.203.000-09

**Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 02 de dezembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**O aleitamento materno em recém nascidos prematuros após alta hospitalar**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP

PARECER PROJETO ETIC 556/09

Recebido no COEP: 13/11/09
Recebido pelo parecerista: 18/11/09
Enviado ao COEP: 01/12/2009

Título: O aleitamento materno em recém nascidos prematuros após alta hospitalar.
Área do conhecimento: Ciências da Saúde – Enfermagem.
Pesquisador (es): Roseni Rosângela de Sena (Prof. Doutor/UFMG- coordenador), Cynthia Márcia Romana Faria (Mestranda)
Instituição responsável: Escola de Enfermagem da UFMG
Instituição onde será realizado: Escola de Enfermagem da UFMG

Documentação

Presentes: Carta de encaminhamento ao Coep com solicitação de correção na data de início do projeto e do CPF da mestranda, folha de rosto e protocolo de pesquisa com todas as assinaturas, aprovação pela Câmara Departamental e parecer consubstanciado, aprovação pelo comitê de Ética do Hospital Sopia Feldman, TCLE, modelo do questionário que será aplicado.

Datas: Início: 01/03/09 (01/03/2010)
Término: 01/12/10

Projeto: O projeto tem por objetivo analisar aspectos relacionados ao aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar, a partir da experiência das mães. A amostra será proveniente do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte e será constituída pelas mães de recém-nascidos prematuros egressos da UTIN. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista, com roteiro semi-estruturado, da observação participante e o diário de campo será utilizado como instrumento de registro da pesquisadora. Esta coleta de dados será realizada no domicílio dos sujeitos da pesquisa. Os dados serão analisados utilizando-se a técnica da análise de discurso.

Mérito: Projeto meritório e relevante que poderá contribuir para a qualidade do cuidado do recém-nascido prematuro, do vínculo mãe-filho e para o fortalecimento do aleitamento materno exclusivo.

Parecer: Projeto sem comprometimentos éticos. TCLE bem redigido esclarece adequadamente aos participantes.

Voto: S.M.J. somos pela aprovação do projeto.